

XLV Congreso de la semFYC

Madrid, del 13 al 15 de noviembre de 2025

MEJOR PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Prevención cardiovascular personalizada en mujeres perimenopáusicas: un enfoque multimodal en Atención Primaria

DOI: 10.55783/rcmf.19E1001

Estibaliz Gamboa Moreno^a, Irene Alonso Sampedro^b,
Luis Gabriel Luque Romero^c, Miguel Giráldez Álvarez^d
e Iván Macía Oliver^e

^a Unidad de Investigación de Atención Primaria de AP y Osis de Gipuzkoa. Subdirección de Atención Primaria. Osakidetza. San Sebastián. Gipuzkoa (España)

^b Grupo de Investigación de Atención Primaria de AP y OSIS de Gipuzkoa. Biogipuzkoa. San Sebastián. Gipuzkoa (España)

^c Unidad de Investigación del Servicio Andaluz de Salud. Sevilla (España)

^d Fundación Pública Andaluza para la Gestión de la Investigación de Salud en Sevilla. Sevilla (España)

^e Fundación Centro de Tecnologías de Interacción visual y Comunicaciones Vicomtech. San Sebastián. Gipuzkoa (España)

OBJETIVOS

Desarrollar un modelo de estratificación de riesgo cardiovascular personalizado en mujeres (40-60 años), y evaluar su capacidad para mejorar los modelos existentes con el fin de mejorar la prevención y el abordaje clínico desde la Atención Primaria (AP).

MATERIAL Y MÉTODOS

El proyecto CAMEL se articula en cuatro subestudios. Un primer subestudio de métodos mixtos que consistió en una encuesta a más de 6.000 mujeres de diferentes países, de las cuales cerca de 3.000 fueron españolas; junto con un estudio cualitativo en el cual se recogieron las experiencias sobre los síntomas, los conocimientos y la prevención de la relación entre la salud cardiovascular y la menopausia. En ello participaron cerca de 120 mujeres de diferentes niveles socioeconómicos y nacionalidades, y 30 profesionales sanitarios de diferentes especialidades y sistemas.

Paralelamente al anterior se está realizando o un subestudio retrospectivo que incluye diversas bases de datos, y que recopilará diferentes tipos de los mismos desde los repositorios clínicos de los centros colaboradores.

Posteriormente, está previsto realizar dos estudios clínicos consecutivos. El primero es un estudio prospectivo observacional de dos años de duración con la participación de 3.000 mujeres, de las cuales 1.000 procederán de dos comunidades autónomas españolas. Las participantes serán mujeres entre 40 y 60 años, con y sin una enfermedad cardiovascular establecida al inicio. El reclutamiento se realizará de forma consecutiva en las consultas de Atención Primaria y los centros asociados de los cinco países participantes. Se recogerán datos clínicos, de estilo de vida, biomarcadores avanzados, información procedente de los dispositivos portátiles y las pruebas de imagen.

Finalmente, se hará un estudio clínico intervencional donde se pondrán en práctica y se evaluarán aquellas recomendaciones preventivas, así como los nuevos modelos de estratificación propuestos que deriven del análisis de los resultados obtenidos de los anteriores subestudios.

El análisis estadístico se basará en modelos de datos multimodales y técnicas de inteligencia artificial. Entre las posibles limitaciones se encuentran la necesidad de validar los resultados en otros contextos y los posibles sesgos derivados de las diferencias entre los sistemas sanitarios.

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

Se espera que CAMEL contribuya a una mejor predicción del riesgo cardiovascular en las mujeres perimenopáusicas, un grupo tradicionalmente infradiagnosticado y tratado de forma subóptima. Gracias a la implicación de estas dos unidades de investigación de AP, los hallazgos tendrán una traslación directa a la práctica clínica del primer nivel asistencial, lo que facilitará la detección precoz y la personalización de las estrategias preventivas. Además, el desarrollo de las herramientas digitales, como plataformas interactivas y aplicaciones móviles, permitirá empoderar a las mujeres en el autocuidado de su salud y reforzar el papel de la AP como eje central de la prevención cardiovascular.

ASPECTOS ETICOLEGALES

Los subestudios de métodos mixtos y retrospectivos han sido aprobados por los Comités de Ética de Investigación correspondientes y el subestudio prospectivo observacional ha sido presentado para su aprobación el 14/09/2025. Se garantizará la confidencialidad de los datos, el consentimiento informado y el cumplimiento de la normativa europea y nacional de protección de datos (GDPR/LOPD).

FINANCIACIÓN

Proyecto CAMEL, financiado por la Unión Europea a través de Horizon Europe (grant agreement n.º 101156210).

CEI

Caramel Women (métodos mixtos):

- Euskadi: código PI2025055
- Andalucía: código de registro 202599903778961

Caramel RS (retrospectivo):

- Euskadi: código
- Andalucía: código de registro 202599906470159

Caramel-OS: este protocolo está pendiente de aprobación.

MEJOR RESULTADO DE INVESTIGACIÓN

Coste-efectividad y coste de la implementación de una intervención para mejorar la adherencia a los fármacos para el riesgo cardiovascular: ensayo clínico basado en datos de vida real (IMA-CRCT)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1002

Carmen Corral Partearroyo^a, Ignacio Aznar^a, Alba Sánchez Viñas^b, M.^a Teresa Peñarrubia María^c, M.^a Carmen Olmos Palenzuela^d y María Rubio Valera^d

^a Grupo de Investigación en Evaluación de Tecnologías Sanitarias en Atención Primaria y Salud Mental (Prisma). Institut de Recerca Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. Barcelona (España)

^b Consorcio de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Madrid (España)

^c CAP Bartomeu Fabrés Anglada, Gerencia Territorial Metropolitana Sud, Institut Català de La Salut. Gavà. Barcelona (España)

^d Grupo de Investigación en Evaluación de Tecnologías Sanitarias en Atención Primaria y Salud

OBJETIVOS

Evaluar el coste-efectividad y el coste de implementación de una intervención de cambio del comportamiento basada en la toma de decisiones compartidas (TDC) (intervención IMA) para mejorar la adherencia a la medicación y los resultados clínicos en los pacientes con una enfermedad cardiovascular y/o diabetes en Atención Primaria (AP) en Catalunya.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ensayo controlado aleatorizado por conglomerados en 24 centros de Atención Primaria (CAP) con 3.629 pacientes (NCT05026775). La

iniciación y adherencia secundaria a la medicación, el riesgo cardiovascular (RCV) y los costes a un año (uso de servicios y bajas laborales) se estimaron utilizando datos del mundo real de historias clínicas desde la perspectiva del sistema sanitario y de la sociedad limitada. Se aplicaron modelos lineales generalizados multinivel para calcular la ratio coste-efectividad incremental. La incertidumbre se evaluó mediante un análisis de sensibilidad y 5.000 remuestrados. Los costes de implementación de la intervención IMA se recopilaron utilizando el marco «Stages of Implementation Completion (SIC)», que incluye las fases de preimplementación, implementación y sostenibilidad.

RESULTADOS

Los resultados preliminares no muestran diferencias significativas en la iniciación, la adherencia secundaria, ni en los costes desde ninguna perspectiva, pero sí en el RCV a favor de la intervención IMA. La nueva intervención dominó al tratamiento habitual en términos del RCV, pero fue dominada en la adherencia y mostró un coste extra de 82.056 € por paciente iniciador adicional. El coste total de implementación en los 12 centros fue de 58.261 € (132.631 € para 100 centros, dada la existencia de los costes fijos), incluyendo 1.364 horas de recursos humanos y 21.418 € en materiales: preimplementación (676 h; 8.439 €), implementación (314 h; 600 €) y sostenibilidad a cinco años (375 h; 12.379 €).

CONCLUSIONES

La intervención IMA no impactó de forma clínicamente relevante en los costes ni efectos, pero dominó al cuidado habitual en términos de RCV. Deberá evaluarse la eficiencia a largo plazo. Los costes de implementación son relativamente bajos, lo que sugiere que escalar y sostener la intervención IMA es factible y viable financieramente.

FINANCIACIÓN

Starting Grant (ERC-2020-948973).

CEI

Comité Ético del IDIAP Jordi Gol (21/051-P).

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN – FORMATO ORAL

B-COMPASS: modelo digital para mejorar la adherencia del paciente y ofrecer soluciones de apoyo en Atención Primaria (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1003

Jaime Barrio Cortés^a, Ana Isabel Villimar Rodríguez^b, M.^a Teresa Beca Martínez^a, Almudena Castaño^c y Andrés Gaspar Castillo Sanz^a

^a Fundación para la Investigación e Innovación Biosanitaria en Atención Primaria. Madrid (España)

^b Servicio de Farmacia. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Madrid (España)

^c CS Los Ángeles. Madrid (España)

OBJETIVOS

El principal es proporcionar evidencia para validar el modelo B-COMPASS (BEAMER-COMputational Model for Patient Adherence and Support Solutions) en entornos clínicos reales, evaluando su precisión para predecir la adherencia al tratamiento, la validez de la segmentación de los pacientes, la exactitud en la caracterización de los perfiles y su fiabilidad general. El secundario es demostrar su efectividad y viabilidad de implementación para abordar la no adherencia, midiendo su impacto en la mejora de la adherencia, así como explorando las percepciones de los pacientes y opiniones de los profesionales sanitarios sobre su utilidad, aplicabilidad y facilidad de uso en la práctica asistencial diaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el marco del proyecto europeo BEAMER (BEhavioural and Adherence Model for improving quality, health outcomes and cost-Effectiveness of healthcaRe), centrado en mejorar la adherencia terapéutica, se ha desarrollado el innovador modelo B-COMPASS, diseñado para identificar las necesidades, las preferencias y los perfiles de adherencia de los pacientes, ofreciendo apoyos personalizados. Se evaluará mediante un diseño de métodos mixtos que combina un ensayo clínico aleatorizado (ECA) multicéntrico y un estudio cualitativo. Se llevará a cabo entre septiembre de 2025 y abril de 2026 en centros de Atención Primaria (CAP) de una comunidad autónoma española, en paralelo con otros países europeos.

El ECA incluirá un tamaño muestral calculado de 250 pacientes adultos con enfermedades crónicas (cardiovasculares, neurológicas y/o endocrinas). En la visita 1 se aplicará el modelo BEAMER a través de una plataforma digital, recogiendo variables sociodemográficas, contextuales y de adherencia. Posteriormente, B-COMPASS clasificará a los pacientes según su perfil de adherencia. Los participantes serán aleatorizados a un grupo de intervención (apoyo personaliza-

do mediante recomendaciones para los pacientes y sus profesionales a través de la plataforma según su perfil) o a un grupo de control (atención estándar). En la visita 2 se volverá a aplicar el modelo para evaluar cambios en la adherencia y experiencia tras la intervención. El intervalo entre las visitas será de 4 meses. El análisis cuantitativo incluirá pruebas estadísticas (chi-cuadrado, t de Student, U-Mann-Whitney, alfa de Cronbach, regresiones) y modelos de coste-efectividad (Markov/simulación).

El estudio cualitativo consistirá en entrevistas y grupos focales con pacientes y profesionales seleccionados por un muestreo intencional. Se empleará análisis temático para validar perfiles del modelo y explorar percepciones, barreras y facilitadores para su implementación.

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

Los resultados serán de gran relevancia para la AP, ámbito donde la adherencia es un reto clave. La validación de B-COMPASS facilitará la identificación de las necesidades, preferencias y perfiles individuales de adherencia terapéutica, lo que permitirá apoyos personalizados que mejoren la adherencia. Su utilidad en los entornos clínicos reales, especialmente la AP, promoverá su aplicación en distintos contextos y tipos de pacientes. Además, optimizará los recursos, fomentará la prevención y apoyará decisiones clínicas basadas en los datos, asegurando la viabilidad del modelo con los métodos y medios disponibles.

ASPECTOS ETICOLEGALES

Estudio aprobado por Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) del Hospital Universitario de La Princesa, cumpliendo con la legislación vigente.

FINANCIACIÓN

Iniciativa Innovative Medicines Initiative (acuerdo n.º 101034369), con apoyo del programa Horizon 2020 de la Unión Europea, la European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations y Link2Trials.

CEI

Comité de Ética de Investigación con Medicamentos del Hospital Universitario de La Princesa.

Desarrollo y evaluación de una herramienta de ayuda para la toma de decisiones compartidas (HAD) para la promoción de la actividad física en las personas con una enfermedad mental en Atención Primaria (proyecto HADEF) (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1004

Valle Coronado Vázquez^a, Ana García Rubio^a,
Natalia Martínez-Lage Losa^b, Gloria Uria Santamarina^a,
Elena Carrión Isaacs^a y Leonor Araceli López Cabrera^a

^a CS de Las Cortes. Madrid (España)

^b CS Parque Goya. Zaragoza (España)

OBJETIVOS

El objetivo principal es desarrollar y validar una herramienta HAD (HADEF) para apoyar la toma de decisiones compartidas sobre la actividad física entre los profesionales y pacientes con una enfermedad mental. Los objetivos secundarios incluyen evaluar su aceptabilidad, usabilidad y efectividad para mejorar la adherencia al ejercicio, reducir el conflicto decisional y mejorar las variables clínicas (IMC, perfil lipídico, presión arterial) y el distrés emocional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: investigación mixta secuencial (QUAL → QUAN) estructurada en cuatro fases: 1) desarrollo del prototipo (revisión sistemática de guías de práctica clínica (GPC) y grupo de expertos con metodología Delphi), 2) pilotaje alfa (evaluación cuali-cuantitativa de aceptabilidad y usabilidad de la herramienta con los pacientes y profesionales), 3) pilotaje beta (estudio cuasi-experimental con un grupo control en la muestra de pacientes) y 4) desarrollo final.

Lugar y marco: centros de Atención Primaria (CAP).

Criterios de inclusión: pacientes de 18-65 años con un diagnóstico de enfermedad mental (CIE-11), >1 año de evolución, clínicamente estables, sedentarios (según los criterios de la OMS). Profesionales sanitarios (Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria) con experiencia en la promoción de la salud.

Exclusión: contraindicación médica para el ejercicio, dificultades cognitivas/comunicativas graves, institucionalización.

Muestreo:

- Fase alfa: 22 participantes (10 pacientes, 10 profesionales, 2 investigadores) para las entrevistas; 64 (32 pacientes/32 profesionales) para los cuestionarios (muestreo intencional).
- Fase beta: 70 pacientes (35 intervención/35 control) (muestreo consecutivo, potencia 80%, $\alpha = 0,05$, precisión del 10%).

Intervenciones:

- Grupo de intervención: uso de la HADEF (app móvil interactiva basada en estándares IPDAS) en la consulta para la decisión compartida.
- Grupo de control: consejo breve y entrega del folleto informativo (práctica habitual).

Variables y mediciones:

- Nivel de actividad física (IPAQ-Largo y podómetro, METs/semana).

- Secundarias: conflicto decisional (Decisional Conflict Scale), variables clínicas (IMC, perfil lipídico, TA), distrés emocional (BSI-18), aceptabilidad (OAT) y usabilidad (SUS).

Análisis estadístico: análisis descriptivo, pruebas t / U de Mann-Whitney, chi-cuadrado, ANCOVA para comparar los cambios en la actividad física ajustando por covariables, y análisis temático para los datos cualitativos (Maxqda). Significación $p < 0.05$ (SPSS v28).

Limitaciones: la naturaleza no aleatorizada del diseño puede introducir sesgos de selección. La adherencia a la app y la posible pérdida de seguimiento son factores críticos a controlar.

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

La HADEF es una herramienta transferible directamente a la consulta de AP, diseñada para tomar decisiones compartidas con los pacientes considerando sus valores y preferencias. Su implementación puede mejorar la promoción de la actividad física de forma personalizada, empoderar a los pacientes, mejorar las adherencias y los outcomes clínicos, y servir como modelo para otras áreas de la prevención y promoción de la salud.

ASPECTOS ETICOLEGALES

El estudio se realizará según la Declaración de Helsinki y fue aprobado por un Comité de Ética de Investigación. Se obtendrá el consentimiento informado escrito previo. Se garantizará la confidencialidad de los datos según la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos.

FINANCIACIÓN

Se ha solicitado una financiación en las convocatorias de proyectos de investigación 2025 del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). El presupuesto solicitado (20.976 €) cubre desarrollo tecnológico (app), las licencias de software, las traducciones, las publicaciones en acceso abierto y la difusión en congresos.

CEI

Comité de Ética de la Investigación de la Fundación Jiménez Díaz, código: PIC070-23_OTROS.

Estratificación pronóstica a muy corto plazo de la insuficiencia cardíaca descompensada en Atención Primaria: HEFESTOS 3.7 score (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1005

José María Verdú Rotellar^a, Victoria Cendrós Cámara^b, Esther Miranzo Pinilla^a, Leila Pifarré Portella^a y Laura Pirretas Faus^a

^a CUAP-ESIC Sant Martí. Barcelona (España)

^b CAP Adrià. Barcelona (España)

OBJETIVOS

Objetivo principal: desarrollar y validar un modelo basado en variables clínicas de fácil obtención en la consulta de Atención Primaria (AP) que permita predecir la hospitalización, así como la mortalidad, a muy corto plazo en una cohorte de pacientes atendidos en AP como consecuencia de una descompensación de la insuficiencia cardíaca (IC).

Objetivo secundario: valorar el papel de la ecografía pulmonar, de cava inferior y yugular en la predicción del riesgo de recaída precoz en aquellos pacientes a los que se administre, ambulatoriamente, un tratamiento diurético intravenoso en AP en el primer episodio de la descompensación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo multicéntrico de cohortes destinado a desarrollar un modelo predictivo de hospitalización y muerte a muy corto plazo como consecuencia de una descompensación de la IC atendida en AP. Ámbito: 10 centros de AP y un CUAP (centros de urgencias de Atención Primaria).

Criterios de inclusión (se han de reunir todos):

- Paciente con diagnóstico de IC (I,50 de la clasificación CIE10) registrado en su historia clínica de AP.
- Edad mayor o igual a 45 años.
- Episodio de descompensación de su IC atendido en el ámbito de AP (visita urgente, programada o domiciliaria).

Sujetos necesarios: un modelo predictivo amerita diez casos (muerte u hospitalización) por una variable incluida. Dado que en nuestro estudio piloto encontramos cuatro variables significativas, se precisaría la inclusión de pacientes hasta completar los 40-50 casos del objetivo primario. En el estudio piloto, el objetivo principal acaeció en el 9% de los incluidos. Por lo tanto, precisaremos incluir entre 360 y 450 pacientes.

Análisis estadístico: se realizarán análisis descriptivos para describir la población de estudio. Las diferencias de la distribución de las diferentes variables en relación con las variables de resultado se evaluarán utilizando la prueba de chi-cuadrado o Fisher para las variables categóricas y el test de Student para las variables continuas.

Para responder al objetivo principal, se elaborará y validará un modelo predictivo según una regresión logística múltiple mediante el método *stepwise backward* para seleccionar los predictores independientes ($p < 0,05$) relacionadas con la variable de resultado.

Intervenciones: en el momento de la descompensación se valorarán variables accesibles en AP, como los antecedentes personales, variables de anamnesis y exploración (signos y síntomas), tratamientos, electrocardiograma y pulsioximetría. En aquellos pacientes a los que se administre ambulatoriamente un tratamiento diurético intravenoso en AP se analizará el papel de la ecografía pulmonar, de cava inferior y yugular como predictores de la recaída precoz.

Limitaciones: pérdida de pacientes y no registro de las variables, que se minimizará con un monitor del estudio.

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

Disponer de un modelo predictivo y de una calculadora de riesgo permitiría reducir significativamente el porcentaje de reingresos al identificar aquellos pacientes en los que la terapia y seguimiento debe ser más intensivo.

ASPECTOS ETICOLEGALES

Se respetarán los aspectos éticos de la Declaración de Helsinki y las normas de buenas prácticas de investigación. El paciente firmará un consentimiento informado autorizando su participación en el estudio y la utilización de sus datos con este fin.

FINANCIACIÓN

Instituto DE Investigación Carlos III (PI23/01422).

CEI

Comitè Ètic d'Investigació amb medicaments (CEIm) de l'IDIAP Jordi Gol 23/279-P.

Evaluación comparativa de las estrategias de implementación basadas en Audit and Feedback para reducir la prescripción farmacológica de escaso valor en las personas mayores de 65 años en Atención Primaria (proyecto AFFAP) (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1006

Mikel Baza Bueno^a, Álvaro Sánchez Pérez^b, Nerea Merino Inda^c, Marta Esteban Sánchez^d y Laura de la Rosa Gay^d

^a Unidad de Atención Primaria de Arrigorriaga. Bizkaia (España)

^b Unidad de Investigación Atención Primaria de Bizkaia. Barakaldo. Bizkaia (España)

^c Instituto de Investigación Sanitaria Biobizkaia. Barakaldo. Bizkaia (España)

^d Servicio de Farmacia. Hospital San Eloy. OSI Barakaldo-Sestao. Barakaldo. Bizkaia (España)

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad de una estrategia de de-implementación basada en Audit and Feedback (AF), facilitada por Farmacéuticas de Atención Primaria (FAP), para reducir la prescripción de medicamentos potencialmente inapropiados (PPI) —benzodiazepinas (BZD), inhibidores de la bomba de protones (IBP) y opioides— en las personas mayores de 65 años en AP. Se comparará con la estrategia actualmente utilizada en el servicio de salud, basada en la provisión periódica de AF sin facilitación. Se espera una reducción absoluta del 10% en la proporción de PPI en el grupo intervención respecto al grupo control.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio de intervención con diseño escalonado por centros (*stepped wedge*) en AP, desarrollado en una organización sanitaria integrada. Participarán centros de salud (CS) en los que al menos el 51% de los cupos médicos, o un mínimo de cuatro profesionales por centro, se comprometan con el proyecto. Cada centro comenzará en situación de control y, progresivamente, pasará a la situación de intervención.

Los pacientes incluidos serán mayores de 65 años adscritos a los centros participantes, seleccionados aleatoriamente (mínimo 60 por centro), que presenten al menos una de las siguientes prescripciones potencialmente inapropiadas: benzodiazepinas durante más de tres meses, IBP durante más de ocho semanas sin una indicación digestiva ni fármacos gastrolesivos asociados, u opioides en tratamiento continuado frente al dolor no oncológico. Se excluirán aquellos casos en los que el/la médica/o de familia considere inadecuado modificar la medicación por razones clínicas específicas.

La estrategia de control consiste en la provisión periódica de informes de AF, incluyendo tasas globales de PPI, listados de pacientes y materiales de soporte. La intervención añade sesiones de facilitación grupal lideradas por las FAP, donde se revisan los datos del centro, se acuerdan planes de acción individuales y colectivos, y se realiza un seguimiento estructurado de los avances, obstáculos y ajustes necesarios.

El análisis estadístico comparará la evolución de las proporciones de PPI entre los grupos mediante modelos multivariantes adaptados al diseño escalonado, con un ajuste por centro y momento temporal. Entre las limitaciones del estudio se encuentra la posible variabilidad en la intensidad y calidad de la implementación de las sesiones de facilitación.

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

Los resultados permitirán valorar la efectividad de una estrategia de Audit and Feedback con un componente de facilitación en un entorno real de AP, frente a la práctica habitual basada únicamente en informes. La intervención puede ser fácilmente transferible a otros contextos organizativos con estructuras similares, especialmente en los sistemas públicos con una orientación comunitaria. Además, el proyecto contribuirá a fortalecer la cultura de seguridad y adecuación terapéutica en el tratamiento de las personas mayores, fomentar la colaboración entre los profesionales de medicina y farmacia, e impulsar dinámicas de mejora continua que integren la

evidencia, reflexión clínica y acción colectiva. También se espera aportar conocimiento útil para el desarrollo de políticas de racionalización terapéutica a nivel meso y macro, alineadas con los retos de sostenibilidad y calidad en la atención a la cronicidad.

ASPECTOS ETICOLEGALES

El protocolo del estudio ha sido enviado al Comité de CEim Euskadi, pendiente de valoración.

FINANCIACIÓN

Financiado por el Departamento de Salud del Gobierno Vasco (Código: 2024111054).

CEI

El protocolo del estudio ha sido enviado al Comité de Ética de Investigación con medicamentos (CEim) Euskadi, que evaluará el proyecto en su reunión del 16 de septiembre. Certificado de evaluación CI-E25-57.

Evaluación de la integración de la Atención Primaria en las residencias en Catalunya: protocolo de estudio del grado de integración y su impacto (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1007

Mar Álvarez Pedrerol^a, Leonardo Méndez Boo^b, Anna Reñé Reñé^b, Marta Torres^c, Eduardo Hermosilla Pérez^b y Josep Vidal Alaball^d

^a Fundació Institut Universitari per a la Recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAP Jordi Gol). Barcelona (España)

^b Sistema d'Informació dels Serveis d'Atenció Primària (SISAP). Barcelona (España)

^c Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQUAS). Barcelona (España)

^d Unitat de Recerca i Innovació en Atenció Primària. Gerència d'Atenció Primària i a la Comunitat de Catalunya Central. Manresa. Barcelona (España)

OBJETIVOS

La atención a las personas institucionalizadas en las residencias de mayores requiere una respuesta sanitaria coordinada y adaptada a su complejidad. En Catalunya, el *Pla de desplegament de l'atenció integrada social i sanitària*, aprobado en noviembre de 2023, impulsa un modelo basado en la responsabilidad clínica de los equipos de Atención Primaria (AP) sobre los residentes y la coordinación con los profesionales de las residencias.

Este estudio tiene como objetivo analizar el grado de integración actual de la AP en las residencias de mayores (RM) de Catalunya, y su impacto en la salud de los residentes, la calidad asistencial de los

centros, el uso de los recursos sanitarios y en la carga de trabajo de los profesionales. Asimismo, se pretende identificar los modelos de integración más eficaces para orientar las decisiones de política sanitaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Se incluirán todas las RM del Instituto Catalán de la Salud (ICS) de Catalunya y los equipos de Atención Primaria (EAP) responsables de su atención. En una primera fase se aplicará una encuesta dirigida a los EAP, diseñada para evaluar el grado actual de integración y determinar la fecha de inicio del proceso de integración. Se complementará con la información del Documento de Prácticas Integradas (DPI), que formaliza la colaboración entre los EAP y las RM. A partir de estos datos, se clasificarán las residencias según su nivel de integración.

En una segunda fase, se analizará el impacto de la integración mediante un diseño controlado pre-post, comparando los resultados entre las residencias con distintos niveles de integración. Las variables incluirán las hospitalizaciones, las visitas a urgencias, la mortalidad, los indicadores de calidad asistencial (de las residencias y de los equipos) y la carga de trabajo profesional. Los modelos se ajustarán por características de las RM, los EAP y los residentes (p. ej., el tamaño residencia, localización, perfil del residente, variables socioeconómicas y demográficas, ruralidad, etc.). Se utilizarán datos del período 2021-2025, proporcionados por el Sistema de Información de los Servicios de Atención Primaria (SISAP) del ICS.

Una limitación relevante del estudio puede ser la dificultad para definir con precisión el grado y el momento de inicio de la integración en cada residencia, así como la participación en la encuesta, lo que podría afectar a la representatividad y la comparabilidad de los resultados.

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

Este estudio permitirá conocer de forma estandarizada el grado de integración de la AP en las RM de Catalunya. La información obtenida, junto con el análisis del impacto, generará evidencia útil para orientar las decisiones clínicas, organizativas y de política sanitaria. Los resultados podrán contribuir a introducir mejoras que incrementen la eficiencia del sistema y la calidad de la atención a las personas institucionalizadas.

ASPECTOS ETICOLEGALES

El protocolo será revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Investigación (CEI) del IDIAP Jordi Gol antes de proceder a su implementación. Uso de los datos pseudonimizados. No se requiere un consentimiento informado.

FINANCIACIÓN

Estudio financiado por la Comisión Europea (HORIZON-HLTH-2022-CARE-08, ID 10195424) como parte del proyecto FLASH (Flexible Approaches to Support Health Through Financing).

CEI

Está pendiente de valoración por parte del Comité de Ética de la Investigación.

Evaluación de una plataforma digital integrada para el seguimiento remoto de pacientes con insuficiencia cardíaca en Atención Primaria (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1008

Laia Alcober Morte^a, Montserrat Marín Jorret^a, Alba Cobos Piñero^b, Mar Capdevila Jauregui^a, Sergi Yun Viladomat^c y Luis Fernando Dubón Mendoza^a

^a CAP Sant Josep. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona (España)

^b CAP Centre. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona (España)

^c Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona (España)

OBJETIVOS

El propósito del estudio es determinar la eficacia de una herramienta digital integrada en la historia clínica electrónica, destinada a monitorizar de forma remota a los pacientes con IC en un centro de Atención Primaria (CAP). Se analizará su efecto sobre el autocuidado, la adherencia terapéutica y el seguimiento clínico, así como su influencia en la frecuencia de las descompensaciones, hospitalizaciones y visitas a urgencias. Además, se valora la usabilidad de la herramienta por los pacientes como factor determinante para su implementación efectiva.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio cuasi experimental que incluirá pacientes en seguimiento en el centro de salud (CS) después de un ingreso hospitalario por IC. Se comparará un grupo de intervención, que utilizará la herramienta digital, con un grupo de control que recibirá la atención habitual.

El estudio se llevará a cabo en dos CS urbanos con características sociodemográficas comparables.

La plataforma digital permite a los pacientes introducir parámetros como el peso, la tensión arterial, la frecuencia cardíaca y un cuestionario de síntomas a través de una WebApp instalada en sus dispositivos móviles, vinculada a la historia clínica electrónica. Los datos se actualizan en tiempo real y generan alertas automáticas ante los cambios significativos.

Las variables clínicas (peso, tensión arterial, frecuencia cardíaca y síntomas) se extraerán tanto del software de la plataforma como de la historia clínica electrónica. La satisfacción y usabilidad serán evaluadas al finalizar el seguimiento mediante un cuestionario diseñado para el estudio y la escala System Usability Scale.

Se recopilarán los datos sociodemográficos, clínicos y de seguimiento. El análisis incluirá técnicas descriptivas, comparativas y multi-

variables, así como un estudio de coste-efectividad y regresiones ajustadas por variables clínicas relevantes.

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

Este trabajo pretende aportar cierta evidencia que respalde la integración de las tecnologías digitales para la monitorización domiciliar en la práctica clínica de Atención Primaria, optimizando la atención a pacientes con IC.

ASPECTOS ETICOLEGALES

La participación será voluntaria, y requiere un consentimiento informado firmado. Los datos se manejarán codificados para garantizar la confidencialidad, asignando un código alfanumérico cuyo vínculo con la información personal quedará bajo custodia exclusiva de la investigadora principal.

FINANCIACIÓN

La app forma parte de la plataforma digital eSalutMetroSud, propiedad de la Gerència HUB/HV y de la Gerència d'Atenció Primària i a la Comunitat (GAPIC) Delta, Baix Llobregat i Penedès. La plataforma digital ha estado financiada por el Servei Català de la Salut.

CEI

Proyecto enviado al Comité de Ética en la Investigación Clínica (CEIC) del IDIAP Jordi Gol, pendiente de validación.

Evaluación diagnóstica y predictiva de pruebas y estrategias para detectar la fragilidad en Atención Primaria: estudios DETRAGIL 1 y 2 (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1009

Irene Gómez Soto^a, Ana María López Rodríguez^b, Celia Aragón Ferrao^c, Amaia Fernández Alonso^c, Oihanna Hernández Ortiz de Urbina^d e Iñaki Martín Lesende^d

^a CS de Begoña. OSI Bilbao-Basurto. Bilbao. Bizkaia (España)

^b Unidad Docente Multiprofesional de Atención Primaria de Bizkaia. Bilbao. Bizkaia (España)

^c CS de Otxarkoaga. OSI Bilbao-Basurto. Bizkaia (España)

^d CS de Indautxu. Dr. Areilza. OSI Bilbao-Basurto. Bizkaia (España)

OBJETIVOS

Optimizar la detección activa de fragilidad en la Atención Primaria (AP) reduciendo los falsos positivos y determinando las pruebas y estrategias, con mejores características diagnósticas, mediante:

- Estudio DETRAGIL1. Evaluar el rendimiento diagnóstico de las herramientas individuales y combinadas en las estrategias, considerando el fenotipo de Fried como *gold standard*.
- DETRAGIL2. Analizar su validez predictiva considerando fundamentalmente la pérdida funcional a los doce meses.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio combinado en el ámbito de cinco centros de salud (CS) de una misma Organización Sanitaria Integrada (OSI).

Diseño y variables de estudio:

- DETRAGIL1. Estudio transversal de rendimiento diagnóstico de pruebas de ejecución (Short Physical Performance Battery, SPPB, Up&Go TUG, velocidad de marcha VM), cuestionarios (FRAIL, VIDA, Lawton-Brody) y estrategias de detección de la fragilidad, considerando como *gold standard* el índice de Fried.
- DETRAGIL2. Cohorte prospectiva para analizar la validez predictiva de las mismas (incluyendo el índice de Fried), considerando la pérdida de función a los 6 y 12 meses (también las caídas, la hospitalización, la institucionalización y la muerte).

Selección y muestra: muestreo aleatorio sistemático (con proporción 6/4 mujeres/hombres) de personas ≥ 70 años sin deterioro en actividades básicas de la vida diaria (Barthel ≥ 90). Estimación de 323 personas para un área bajo la curva (AUC) de 0,80 (IC 95%, amplitud 0.2).

Análisis:

- DETRAGIL1. Sensibilidad, especificidad, AUC, likelihood ratios y score de riesgo integrado.
- DETRAGIL2. Modelos de regresión logística y Cox para los eventos considerados.

Registro de variables en redCAP con posterior descarga a SAS y otros paquetes estadísticos.

Limitaciones: considerando una prevalencia de fragilidad en AP del 12% captaríamos unos 40 frágiles; aunque suficiente para los análisis predictivos, se contempla ampliar la muestra, según las posibilidades durante el trabajo de campo, para ampliar la potencia del estudio. Además, el diseño sólido y escalable puede hacer que se adhieran otros investigadores.

La participación de múltiples profesionales, aunque entrenados, puede generar cierta variabilidad interobservador, aunque aporta realismo en el contexto asistencial.

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

DETRAGIL generará evidencia práctica para:

1. Mejorar el diagnóstico de la fragilidad, identificando herramientas/estrategias con mayor validez diagnóstica y predictiva.
2. Optimizar recursos, reduciendo las pruebas e intervenciones innecesarias o de poco valor.
3. Continuar validando escalas como VIDA o el índice de Fried.

Combina el rigor metodológico y la relevancia clínica para revolucionar el manejo de la fragilidad en AP, reforzando recomendaciones basadas en la evidencia, con un impacto directo en los *outcomes* en salud. Por ello, es probable que se convierta en un estudio de referencia nacional/internacional.

ASPECTOS ETICOLEGALES

Aprobado por el Comité de Ética de Investigación con medicamentos (CEIm) Euskadi (ref. PI2025080 DETFRAGIL1 y PI2025049 DETFRAGIL2). Todos los participantes firmarán el consentimiento informado. Los datos serán anonimizados conforme a la normativa vigente (RGPD y LOPDGDD).

FINANCIACIÓN

Coordinación del proyecto DETFRAGIL y curso de Emergencia de Investigadores en AP de la OSI, incluidos en la intensificación investigadora del coordinador del estudio, financiada por el Departamento de Salud del Gobierno Vasco (exp. 2023222002).

CEI

Autorizado por el CEIm Euskadi (ref. PI2025080 DETFRAGIL1 y PI2025049 DETFRAGIL2).

Gemelo digital inteligente para la prescripción social en la atención sanitaria primaria (SAM) (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1010

Olga de Cos Guerra^a, María Zúñiga Antón^b, José María Llorente González^c, Federico Talledo Pelayo^d, Carmen Bentué Martínez^b y Valentín Castillo Salcines^a

^a Universidad de Cantabria. Santander. Cantabria (España)

^b Universidad de Zaragoza. Zaragoza (España)

^c Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón. Zaragoza (España)

^d Grupo de Economía de la Salud. Instituto de Investigación Sanitaria IDIVAL. Santander. Cantabria (España)

OBJETIVOS

El proyecto SAM aborda tres objetivos:

1. Contribuir a la innovación sociosanitaria con el diseño e implementación geotecnológica del gemelo digital inteligente GDI-SAM, que cuantifica los determinantes sociales de la salud a nivel de edificio y «mapea» el patrimonio territorial y los servicios locales que son activos para la salud para la población, especialmente en las edades vulnerables (6-18 años y mayor de 60, OMS), lo que posibilita la prescripción social personalizada en tiempo real y adaptada a los territorios.
2. Visibilizar y poner en valor el patrimonio territorial y los servicios locales como activos para la salud para promover el bienestar y la salud comunitaria, geolocalizando y señalizando los activos en el territorio, tanto en áreas rurales como urbanas, en busca del equilibrio territorial y la equidad sociosanitaria, fomentando estilos de vida saludables desde la infancia y promoviendo el envejecimiento activo.

Evaluar la prescripción social mediante SAM para la mejora de la vida de las personas y la salud comunitaria local, asegurar su transferencia a nivel regional, colaborando con las autoridades competentes, y nacional para consolidar la dimensión social en sus estrategias de salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

El proyecto SAM emplea un enfoque metodológico interdisciplinar sustentado en fuentes estadísticas y cartográficas armonizadas de España, Francia y Portugal, conforme a la Directiva europea INSPIRE. Los materiales incluyen datos demográficos, socioeconómicos, sanitarios y territoriales, con una resolución espacial a nivel de barrio y edificio. Combina métodos cuantitativos (modelización estadística y espacial multiescalar, geoprocesos...) y cualitativos (cuestionarios estandarizados, entrevistas semiestructuradas, talleres participativos). La validación se articula mediante pilotos en Atención Primaria (AP), servicios sociales y clínicas privadas, con validez para los dos sistemas europeos e implicando a las autoridades sanitarias regionales. Asimismo, incorpora dinámicas de inteligencia colectiva para reforzar la cocreación de indicadores y modelos predictivos. El SAM cuenta con 15 socios beneficiarios y 10 asociados de España, Francia y Portugal. El piloto SAM se despliega en consultas de territorios rurales y urbanos en 7 regiones de Interreg Sudoe en diferentes contextos sociosanitarios, incluso uno transnacional en La Raya España-Portugal y otro en medicina oncológica en Francia.

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto SAM presenta una amplia aplicabilidad al integrar datos estadísticos, sociales y geoespaciales en un gemelo digital inteligente orientado a la mejora de la salud y los servicios sociales. Su uso permite detectar desigualdades, optimizar la asignación de recursos y generar escenarios que apoyen la toma de decisiones estratégicas. El pilotaje en distintos contextos garantiza la transferencia de los resultados a la práctica profesional. Asimismo, la metodología interoperable y transnacional asegura su adaptabilidad a diferentes marcos europeos, lo que refuerza su utilidad en la formulación de políticas públicas. En conjunto, el proyecto SAM ofrece un instrumento innovador y sostenible para la planificación, la equidad y la mejora de la atención ciudadana.

ASPECTOS ETICOLEGALES

No aplica.

FINANCIACIÓN

Proyecto Interreg Sudoe SAM, S2/4.5/E0271. Beneficiario principal: Fundación Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla - Grupo de Economía de la Salud (IDIVAL); Gasto subvencionable: 1.965.800,00€. Proyecto cofinanciado por el Programa Interreg Sudoea través del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER).

CEI

No procede.

HealthData@MAD-R&I®: aprovechando el potencial de los datos clínicos de salud para una investigación e innovación sanitarias seguras, éticas y escalables (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1011

Carlos Arias Alcaide^a, Elsa María Moreda Sánchez^b, Isabel del Cura González^c, Ángeles Nieto Díez^d y Juan Cárdenas Valladolid^b

^a Fundación para la Investigación e Innovación Biosanitaria de Atención Primaria (FIIBAP). Madrid (España)

^b Dirección General de Investigación y Docencia. Viceconsejería de Sanidad. Madrid (España)

^c Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. Madrid (España)

^d Dirección General de Salud Digital. Consejería de Digitalización. Madrid (España)

OBJETIVOS

La Atención Primaria (AP) genera un volumen considerable de datos clínicos, fruto del trabajo de múltiples profesionales sanitarios y no sanitarios, que permanecen infrautilizados pese a su valor para mejorar los sistemas de salud.

En un momento clave para la transformación digital, el proyecto HealthData@MAD-R&I® impulsa la creación de un espacio federado, ético y escalable para el uso secundario de los datos en la salud, con un fuerte enfoque en la realidad asistencial y en el potencial de la Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) como motor de cambio.

Sus objetivos son:

1. Facilitar el acceso ético y legal a los datos clínicos.
2. Garantizar el cumplimiento normativo europeo (incluido el Espacio Europeo de Datos de Salud).
3. Promover la colaboración público-privada.
4. Permitir el desarrollo de modelos predictivos que mejoren la atención sanitaria basada en la evidencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

La plataforma HealthData@MAD-R&I® se integra en una infraestructura de nube híbrida preexistente y emplea tecnologías y formatos de datos estandarizados (OMOP CDM) que facilitan el intercambio de los datos de salud (interoperabilidad), ayudan en la creación de procesos, políticas y procedimientos de acceso (gobernanza), y protegen los derechos fundamentales de la ciudadanía (privacidad).

El proyecto sigue un enfoque ágil e iterativo, lo que permite mejoras continuas mediante la retroalimentación entre diferentes actores involucrados, alineándose con los principios FAIR (*Findable, Accessi-*

ble, Interoperable y Reusable), y siguiendo los códigos de buenas prácticas en la gobernanza de datos.

Se han incluido cuatro casos de uso representativos para demostrar el potencial del espacio de datos, relacionados con desafíos específicos del Sistema Nacional de Salud (SNS):

1. Estudio y optimización de los patrones de derivación en las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas.
2. Mejora de las vías de atención para las mujeres largas supervivientes de cáncer de mama.
3. Prevención de hospitalizaciones no programadas.
4. Evaluación de la eficacia de las estatinas para la prevención primaria de eventos cardiovasculares y mortalidad en los pacientes de 75 años o más.

Además, la plataforma permitirá el desarrollo de modelos analíticos y predictivos avanzados.

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

HealthData@MAD-R&I® representa un cambio de paradigma en el aprovechamiento de los datos clínicos desde la AP y la atención hospitalaria, con un modelo que refuerza la confianza, la privacidad y la utilidad. Se prevé escalar esta experiencia a otras comunidades autónomas, favoreciendo políticas de datos compartidas, con un impacto directo en las decisiones clínicas y la planificación sanitaria, y consolidando un enfoque de I+D+i sanitaria más colaborativo, ético y centrado en el paciente.

ASPECTOS ETICOLEGALES

Dictamen favorable 01/25 del Comité de Ética de Investigación con medicamentos (CEIm) Regional de la Comunidad de Madrid.

FINANCIACIÓN

Este proyecto (HealthData@MAD-R&I con el código TSI-100121-2024-79) está financiado por el Ministerio para la Transformación Digital y de la Función Pública y por la Unión Europea a través de los recursos financieros derivados del Instrumento Europeo de Recuperación (*Next Generation EU*), en el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia.

CEI

Dictamen favorable 01/25 del CEIm Regional de la Comunidad de Madrid.

Impacto de una intervención formativa sobre la perspectiva de género en la salud mental en Atención Primaria (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1012

Blanca de Gispert Uriach^a, Ermengol Coma Redón^b, Roger Esteban Fabrós^c, Josep Vidal Alaball^d y María Rodríguez Barragán^e

^a Direcció Assistencial d'Atenció Primària i Comunitària. Institut Català de la Salut. Barcelona (España)

^b Sistema d'Informació dels Serveis d'Atenció Primària. Institut Català de la Salut. Barcelona (España)

^c Institut d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol. Barcelona (España)

^d Unitat de Recerca i Innovació Catalunya Central – Institut Català de la Salut. Manresa. Barcelona (España)

^e CAP La Mina. Institut Català de la Salut. Barcelona (España)

OBJETIVOS

Objetivo general: evaluar el efecto de una intervención formativa sobre la perspectiva de género en la salud mental sobre las creencias y actitudes y, por tanto, en la práctica clínica de las personas profesionales de Atención Primaria (AP) respecto a la atención de pacientes con trastornos de ansiedad (TA) desde una perspectiva de género interseccional.

Objetivos específicos: 1. Describir la prevalencia y el manejo clínico de los TA por parte de las personas profesionales de AP desde una perspectiva de género interseccional en la fase preintervención. 2. Evaluar el impacto de una intervención formativa sobre sesgos de género en la salud mental en las creencias y las actitudes de las personas profesionales de AP. 3. Evaluar el impacto de esta formación en el abordaje clínico de los TA.

MATERIAL Y MÉTODOS

Subestudio 1: estudio descriptivo retrospectivo a partir de los datos recogidos en la historia clínica de AP de la población atendida en 290 equipos de AP (EAP) de una comunidad autónoma. Análisis de variables sobre el manejo clínico, sus tendencias temporales y su asociación con las características de la población, de los EAP y de las personas profesionales desde una perspectiva de género interseccional. Variables principales: prevalencia del TA, otros diagnósticos de salud mental, prescripción y utilización de psicofármacos y derivaciones a los Servicios de Salud Mental. Asociación con características sociodemográficas de la población asignada (edad, sexo, índice socioeconómico, nivel de comorbilidad, porcentaje de población migrante, etc.), características del EAP (ruralidad, número de consultorios y de profesionales, etc.) y de sus profesionales (sexo, edad, perfil profesional, etc.).

Subestudio 2: estudio prospectivo aleatorizado con una muestra representativa de EAP, considerando las características poblacionales y de los EAP. Se realizará una intervención formativa sobre la perspectiva de género en la salud mental en AP dirigida a todas las personas profesionales de los EAP.

Se evaluarán y compararán las creencias y actitudes, antes y después de la intervención, mediante una escala de conciencia de género.

Subestudio 3: estudio prospectivo aleatorizado comparativo. Se evaluará el efecto de la intervención en el manejo clínico de los TA: nuevos diagnósticos, prescripción de benzodiazepinas y antidepresivos (incidencia, duración, DHD y uso inadecuado) y derivaciones a los Servicios de Salud Mental a los 6 y 12 meses posintervención. Se analizarán diferencias en función del sexo, la edad, el estatus migratorio, el perfil profesional y otras características de los y las profesionales. Se analizará el grado de correlación entre los nuevos diagnósticos y las prescripciones, así como la influencia de otras variables poblacionales del subestudio 1. Datos procedentes de la historia clínica electrónica.

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

Existen sesgos de género importantes en la atención a los problemas de salud mental en AP. Sin embargo, disponemos de pocos estudios sobre los factores relacionados con estos sesgos y la efectividad de las intervenciones formativas o de sensibilización para modificarlos. Disponer de evidencias sobre estos aspectos es clave para implementar medidas efectivas con el objetivo de reducir los sesgos de género existentes y las inequidades sociales en la atención sanitaria.

ASPECTOS ETICOLEGALES

Pendiente de valoración por parte del Comité de Ética de referencia.

FINANCIACIÓN

Financiado por la Unión Europea (Horizon Europe, referencia 101095424).

CEI

Pendiente de valoración por parte del Comitè d'Ètica d'Investigació amb medicaments (CEIm) del IDIAP Jordi Gol.

Proyecto PreFrAP (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1013

Asensio López Santiago^a, Mario Salvestrini Rodríguez^b, Enrique José Casado Galindo^b, Daniel Campoy Soto^b y Antonio Gris Peña^b

^a CS La Unión. Murcia (España)

^b Área de Salud II y III Región de Murcia. Murcia (España)

OBJETIVOS

Retrasar la evolución de la fragilidad mediante una intervención en los pacientes crónicos de 70 a 85 años clasificados en estadio de

prefragilidad, mediante una intervención educativa sobre los profesionales de Atención Primaria (AP).

MATERIAL Y MÉTODOS

Ensayo cuasi-experimental con una asignación por grupos aleatorizada.

Sujetos: médicos de familia y enfermeros de los centros de salud (CS). Población diana estudiada: personas de 70 a 85 años, con patologías crónicas, prefrágiles según el cuestionario VIG-FRAGIL.

Criterios de selección: selección aleatoria por clúster.

Intervención:

- El grupo de intervención médicos de familia y enfermeros de los CS con participación voluntaria. Cada profesional seleccionará cinco sujetos de 70 a 85 años con criterios de prefragilidad. Recibirán una formación de seis horas específicas al inicio del proyecto.
- El grupo de control médicos de familia y enfermeros de los CS. Seleccionarán cinco usuarios de 70 a 85 con criterios de prefragilidad.
- Duración del seguimiento a los 12 meses desde el reclutamiento.

Diseño de la intervención: formación, apoyada en escenarios clínicos, sobre una entrevista motivacional de Rolling y Miller, estadios del cambio de Prochaska y Diclemente, el modelo de cambio de las 5As, e intervenciones comunitarias. Los contenidos sobre el ejercicio físico, las pautas nutricionales, el consumo de sustancias adictivas, la polimedición, el estado emocional y las actuaciones sobre el apoyo social.

Criterios de exclusión de los mayores:

- Padezcan una enfermedad con una previsión de deterioro grave o fatal.
- Antecedentes de psicopatología que origine una perturbación de su vida cotidiana.
- Limitación para realizar actividades básicas fuera de su domicilio.
- Estar institucionalizado.

Selección de la muestra de pacientes de 150 por cada grupo. Se estima un 27% de fragilidad en el grupo de estudio y un 47% de sujetos en el grupo de prefragilidad. Se estima un 20% de pérdidas. El cálculo de la muestra se realiza para un intervalo de confianza del 0,95 y una potencia del 80%.

VARIABLES DE ESTUDIO

Cuestionario VIG-FRAGIL, listado de enfermedades crónicas, listado de fármacos, cuestionario BARTHEL, datos sociodemográficos, nivel de formación máximo alcanzado, grupo familiar, consumo de tóxicos, cuestionario BPAAT de inactividad física, accesibilidad del domicilio, accesibilidad a actividades sociales y recursos comunitarios. Escala de apoyo social y/ soledad. Escala mínima validada en AP de situación de la ansiedad, escala mínima validada en AP del estado depresivo.

Análisis estadístico. Las variables categóricas se describirán mediante frecuencias absolutas, porcentajes y un intervalo de confianza (IC) del 95%. Para la descripción de las variables continuas se utilizará la media y desviación estándar (DE). La asociación bivariable entre las variables cualitativas se analiza mediante la

chi-cuadrado y para las variables cuantitativas el ANOVA. Se utilizó un nivel de significación estadística $p < 0,05$.

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

Disponer de una intervención con profesionales de fácil aplicación para retrasar la fragilidad en el grupo de población seleccionado.

ASPECTOS ETICOLEGALES

El proyecto ha sido aprobado por los dos Comités de Investigación de las dos áreas de salud en los que se desarrolla.

FINANCIACIÓN

El proyecto ha recibido 16.500 € en la convocatoria de 2023 de Ayudas Intramurales del Instituto de Investigación Biosanitaria (IMIB) de la Región de Murcia.

CEI

Comité Ético de Investigación del Hospital Universitario Sta. M.^a del Rosell, Áreas II y VIII de Salud del Servicio Murciano de Salud. N.º EudraCT.

Conformidad del Comité de Ética de la Investigación Área III de Salud para la realización de estudios de investigación, n.º de registro: CEI-2025-02-6.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN – FORMATO PÓSTER CON PRESENTACIÓN ORAL

Análisis de episodios de infecciones respiratorias altas (IRA) desde la perspectiva del PROA comunitario (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1014

Rosa M.^a García Vizueté^a, Aida Fidalgo Alonso^a, Pablo Tranche Álvarez-Cagigas^a, Sandra Charro Alonso^a e Isabel Elena Ferrero Fernández^a

^a Área Sanitaria VIII. Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Asturias (España)

OBJETIVOS

Objetivo principal: medir el impacto (relativo a la variabilidad en la práctica, la adecuación terapéutica y los indicadores del Plan Na-

cional Frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) de las medidas instauradas por el equipo PROA (Programa de Optimización de Uso de los Antibióticos). Comunitario en las infecciones respiratorias altas (IRA).

Objetivos secundarios: identificar la variabilidad de la práctica clínica, evaluar la adecuación terapéutica y aportar información que requiere el equipo PROA para el diseño, seguimiento y modificación de las estrategias de mejora en el uso de antimicrobianos en episodios de IRA.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de episodios CIAP (Clasificación internacional de Atención Primaria) codificados con R72-74-76 registrados en la ECAP (estación clínica de Atención Primaria), en los años 2023 (como punto de partida), 2024 (como paso intermedio, ya que el PROA comenzó a organizarse y se puso en marcha durante ese año) y 2025 (para medir los resultados de las intervenciones realizadas, por lo que se espera ir incorporando datos y actualizar esos informes).

Se incluirán todos los episodios creados en la ECAP en 2023-2024-2025 en los usuarios adscritos al área de salud con los códigos mencionados. Dado que en nuestro sistema de información es común encontrar el fenómeno de «episodios dentro de episodios», establecemos un sistema de depuración y análisis para vencer esa limitación y poder obtener la información de esos «episodios encubiertos»: se considera nuevo episodio si hay prescripción antibiótica más allá de 10 días desde la creación del episodio anterior para el mismo diagnóstico. Se analizará la primera opción de tratamiento antibiótico para cada episodio, tomando como referencia de adecuación las guías PRAN.

Se estudiarán el código CIAP, descriptivo del episodio, el grupo ATC del antibiótico, la puntuación Centor-McIsaac, el registro de test de diagnóstico rápido (TDRA), el resultado del test, la zona básica de salud, el tipo de atención, el prescriptor diferente al médico de familia. Se analizarán los indicadores del PRAN sobre estos episodios como variables del resultado:

Pacientes tratados con antibióticos, pacientes tratados con penicilinas sensibles a betalactamasas, menores de 3 años con antibióticos, pacientes pediátricos tratados con amoxicilina clavulánico, pacientes pediátricos tratados con macrólidos, recetas amoxicilina/recetas amoxicilina + amoxicilina, ác. clavulánico.

Se realizará análisis estadístico con un estudio mediante una estadística descriptiva de todos los episodios. Se elaborarán tablas de frecuencias y gráficos comparativos.

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

Los resultados se presentarán como una herramienta de ayuda al cambio, de manera que, mediante la difusión de los mismos, especialmente en los equipos de AP, se consiga alcanzar los objetivos del PROA, entre ellos:

- Disminuir la tasa de indicación de antibióticos diferentes a la penicilina.
- Reducir la tasa de faringoamigdalitis aguda (FAA) con un antibiótico prescrito sin un TDRA realizado.
- Disminuir la tasa de antibióticos pautados ante el TDRA negativo.

- Valorar si las medidas aplicadas hasta ese momento provocan cambios en la prescripción para continuar con ellas o modificarlas.

ASPECTOS ETICOLEGALES

Conforme a la legislación vigente. Sin conflictos de interés.

FINANCIACIÓN

No requiere.

CEI

Comité de Ética de la Investigación de medicamentos del Principado de Asturias (CEImPA) Asturias 2025.253.

Analizadores *point of care* y tratamiento deplectivo domiciliario en la insuficiencia cardíaca: prevenir complicaciones y evitar ingresos (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1015

José Ignacio Santos Plaza^a, Verónica Zurdo de Pedro^a, Susana Lorenzo Fernández^a, María Pastor Lebrero^a, María Cruz Aldudo Avilés^a y Silvia Lorena Romón Cano^a

^a Unidad de Práctica Avanzada en la Cronicidad (UPAC). Valladolid (España)

OBJETIVOS

Objetivo principal: validar la eficacia de la monitorización con analizadores POC (iones y función renal) durante perfusión continua de diuréticos de asa en el domicilio en los pacientes con una insuficiencia cardíaca descompensada, con el fin de reducir los desequilibrios hidroelectrolíticos, prevenir el fracaso renal agudo (FRA) y evitar los ingresos hospitalarios innecesarios.

Objetivos específicos:

- Cuantificar la reducción de episodios de hipopotasemia e hiponatremia con POC frente al periodo histórico sin POC.
- Determinar el impacto en la incidencia de FRA antes y después de la introducción de POC.
- Evaluar la reversión del FRA mediante el ajuste precoz del tratamiento guiado por POC.
- Analizar la variación en los ingresos y reingresos hospitalarios por las complicaciones relacionadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: estudio cuasi-experimental antes-después en el Área de Atención Primaria Valladolid Oeste.

Población: pacientes ≥ 65 años con una insuficiencia cardiaca crónica que requieran un tratamiento deplectivo con furosemida en perfusión continua domiciliaria. Inclusión consecutiva con un consentimiento informado. Exclusión: insuficiencia renal (IR) terminal en hemodiálisis, hospitalización inminente o ausencia de apoyo domiciliario.

Muestra: 100 pacientes, comparando 6 meses sin POC vs 6 meses con POC.

Variables:

- Principal: incidencia de FRA (aumento de creatinina ≥ 50 % en 48 h).
- Secundarias: episodios de hipopotasemia ($K^+ < 3,5$ mmol/L), hiponatremia ($Na^+ < 135$ mmol/L), ingresos/reingresos, tiempo libre de eventos, efectos adversos.

Recogida de datos: cohorte histórica a partir de la historia clínica electrónica; cohorte prospectiva mediante formularios estructurados y plataforma digital asociada a los POC.

Duración: 18 meses.

Análisis: estadística descriptiva y comparativa entre cohortes.

Limitaciones: ausencia de aleatorización, posible incompletitud en datos los retrospectivos y unicentricidad del estudio.

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

El uso del POC en el domicilio permitirá:

- Optimizar el ajuste diurético con decisiones más precisas y seguras.
- Reducir las complicaciones hidroelectrolíticas y el FRA, mejorando la seguridad clínica.
- Evitar los ingresos hospitalarios prevenibles y mejorar la eficiencia del sistema.
- Escalar el modelo a otros dispositivos, patologías y ámbitos asistenciales.

Este proyecto supone un cambio de paradigma: de una medicina reactiva basada en los síntomas a una medicina proactiva basada en datos objetivos en tiempo real. Además, puede generar publicaciones y presentaciones de alto impacto, posicionando al equipo como un referente en la monitorización avanzada en la insuficiencia cardiaca domiciliaria.

ASPECTOS ETICOLEGALES

El estudio se ajusta a la Declaración de Helsinki, Ley 14/2007 de Investigación Biomédica y la normativa de protección de datos (GDPR). No introduce procedimientos experimentales fuera de la práctica clínica habitual. Se cuenta con la autorización del Comité de Ética de Investigación de Valladolid (código de protocolo correspondiente).

FINANCIACIÓN

Hasta la fecha, el proyecto no dispone de financiación específica.

CEI

Comité de Ética de Investigación con medicamentos del Área de Salud de Valladolid (CEIm); código del CEIm: PI-GR-25-488-APO.

Efectos del programa Vivifrail sobre la capacidad funcional y el miedo a caer en las personas mayores de 70 años en Atención Primaria (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1016

Elisabeth Herminia Arias Gómez^a, María Fernanda Blanco Espinoza^a y María Palomino Sánchez^a

^a CS Cuenca II. UD de Cuenca. Cuenca (España)

OBJETIVOS

El objetivo principal es evaluar el impacto de un programa de ejercicios multicomponente basado en Vivifrail sobre la fuerza prensora con el dinamómetro, la velocidad de la marcha, el equilibrio mediante el Short Physical Performance Battery (SPPB) y el miedo a caer medido con la escala Falls Efficacy Scale-International (FES-I) en las personas ≥ 70 años atendidas en Atención Primaria (AP). Los objetivos secundarios incluyen: analizar los cambios en los parámetros de la valoración geriátrica integral (índice de Barthel, escala de Lawton y Brody, Functional Ambulation Category (FAC), Minimal State Examination (MMSE), criterios de fragilidad de Fried y test Timed Up and Go (TUG); y monitorizar la adherencia al programa y su relación con los resultados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Estudio cuasi-experimental antes-después en cohorte única. **Lugar y nivel asistencial:** centro de salud (CS) en área urbana, AP. **Población y criterios:** personas de ≥ 70 años. Inclusión: Barthel ≥ 60 , MMSE ≥ 24 , FES-I 20-64, consentimiento informado. Exclusión: enfermedades cardiovasculares, respiratorias o metabólicas agudas graves, dependencia total o fractura reciente.

Muestra: cupo de 1.700 pacientes; tamaño estimado $n = 50$ participantes ($\alpha = 0,05$, potencia 80%, con 10% pérdidas).

Intervención: programa de ejercicios domiciliario Vivifrail durante 12 semanas, 5 sesiones por semana. La asignación de rueda de ejercicios (A, B, B+, C, C+ o D) se basará en SPPB y TUG. Cada participante recibirá material explicativo y un «pasaporte Vivifrail» para registrar la adherencia y comprender los ejercicios. Se realizará seguimiento telefónico mensual.

Variables principales: fuerza prensora (dinamómetro), SPPB, FES-I. **Variables secundarias:** Barthel, Lawton y Brody, FAC, MMSE, Fried, TUG, adherencia (% sesiones).

Covariables: edad, sexo, nivel educativo, convivencia con acompañamiento o no, medicación psicotrópica, actividad física previa.

Análisis: descriptivo de todas las variables; comparación T0-T1 con t de Student pareada o Wilcoxon según distribución. Correlación entre adherencia y resultados (Pearson/Spearman). Análisis de regresión para controlar las covariables. Nivel de significación $p < 0,05$.

Limitaciones: ausencia de un grupo de control, sesgo de selección (único centro, pacientes con MMSE ≥ 24 y Barthel ≥ 60), posible sesgo de información y observación, adherencia variable.

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

El envejecimiento y la fragilidad son muy prevalentes en los países desarrollados, lo que se traduce en mayor dependencia, comorbilidades, hospitalizaciones y mortalidad. Se espera que la aplicación de Vivifrail mejore la capacidad funcional, reduzca el miedo a caer y fomente la autonomía en las personas mayores en AP, aportando evidencia útil y facilitando su implantación como herramienta de prevención y promoción de la salud.

ASPECTOS ETICOLEGALES

El estudio se ajustará a la Declaración de Helsinki y la normativa nacional sobre investigación en seres humanos. Todos los participantes firmarán un consentimiento informado previo al estudio y habiendo sido informados mediante la hoja de información al paciente.

FINANCIACIÓN

El proyecto no cuenta con financiación externa.

CEI

El protocolo ha sido presentado al Comité de Ética de la Investigación del área correspondiente y se encuentra pendiente de aprobación. Se enviará la autorización definitiva antes del inicio del congreso de la semFYC.

Eficacia de una intervención grupal asistida con perros en gente mayor con soledad no deseada: proyecto «patitas contigo» (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1017

M.^a Dolores Rodrigo Claverol^a, Yvette Miró Bernaus^a, Montse Capdevila Cotonat^a, Anna Cazalla Bringue^a, Susana Capons Medina^a y Olga Rosa Truchero^a

^a CAP Bordeta-Magraners. Lleida (España)

OBJETIVOS

Evaluar el efecto de una intervención grupal sobre la percepción de la soledad no deseada, el bienestar emocional y el apoyo social en las personas mayores que viven solas mediante una intervención asistida con perros de terapia. Determinar la satisfacción de los participantes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ensayo clínico aleatorizado de dos brazos (grupo de control [GC] y experimental [GE]), controlado, simple ciego. Ámbito de la Atención

Primaria (AP). Población: personas ≥ 65 años con diagnóstico «vive solo» en la historia informatizada y criterios soledad no deseada según el Three-Item Loneliness Scale; exclusión: alergia o fobia a perros, demencia, no entender el idioma. Se contactará telefónicamente si cumplen los criterios y expresan la voluntad de participar, serán aleatorizados mediante técnica aleatorización simple al GE o GC.

Muestra: si aceptamos una significación del 95% y una potencia estadística del 80% y un contraste bilateral, se necesitan 118 participantes (59 por grupo) para detectar una magnitud del efecto del 0,15, asumiendo una correlación entre medidas repetidas del 0,6. Se ha utilizado herramienta estadística GPower versión 3.1.

La intervención grupal multimodal se realizará en el centro de salud (CS): los participantes del GC realizarán nueve sesiones grupales psico-educativas con periodicidad semanal de una hora y media duración. Los GE realizarán las mismas sesiones con dos perros de terapia como facilitadores y motivadores. Se trabajará la consciencia y gestión emocional, la relajación, la autoestima, los hábitos en salud (técnicas de autocuidado), el ejercicio terapéutico y el conocimiento de los recursos comunitarios (activos en salud). Personal: médico de familia y técnico en Intervenciones Asistidas con Animales (IAA), enfermera, psicóloga, fisioterapeuta, trabajadora social e higienista dental del mismo Centro de Salud.

Mediciones autoadministrables en las sesiones 1 y 9: escalas de soledad UCLA (Universidad de California de Los Ángeles), ansiedad/depresión Goldberg y bienestar emocional (e-CAP), cuestionario de apoyo social Duke-UNC-11; encuesta de satisfacción (solo sesión 9). Análisis de los datos: análisis bivariante de las características basales mediante pruebas chi-cuadrado, T-Student o Mann-Whitney, según corresponda. Efecto de la intervención mediante un ANOVA mixto para comparar la posible diferencia en los valores posintervención de las diferentes escalas ajustando por los valores preintervención. Se tendrán en cuenta las posibles interacciones entre el grupo de estudio y los valores preintervención. Análisis estadístico con el software estadístico R, versión 4.3.2.

Limitaciones: no es posible enmascarar la intervención ni cegar al participante.

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

La soledad no deseada afecta negativamente a la salud física y psicológica de las personas mayores, así como a una mayor probabilidad de tener conductas perjudiciales para la salud. Se pretende aportar evidencia científica a una intervención no farmacológica para su abordaje, ya que es necesario invertir recursos en un problema creciente y considerado de salud pública.

Se obtendrá un impacto directo en las personas mayores en situación de soledad no deseada, que podrán beneficiarse de una intervención interdisciplinaria psico-educativa que les aportará herramientas para mejorar su estado emocional y de salud. Se trata de un proyecto práctico y reproducible que contribuirá a la humanización de la asistencia sanitaria; aportará investigación e innovación asistencial en condiciones reales (*real-world evidence*), con un abordaje del bienestar biopsicosocial centrado en las personas y el entorno.

ASPECTOS ETICOLEGALES

Código del Comité de Ética de la Investigación de medicamentos (CEIm) IDIAPJGol: 25/020-P. Protocolos prevención zoonosis y bienestar animal.

FINANCIACIÓN

Este trabajo no ha recibido financiación.

CEI

Código CEIm IDIAPJGol: 25/020-P.

Evaluación de la retirada de los incentivos económicos y de la información sobre los indicadores de calidad asistencial en profesionales de Atención Primaria (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1018

Roger Esteban Fabró^a, Leonardo Méndez Boo^b, Carolina Guiriguet Capdevila^b, Elisabet Balló Peña^b, Josep Vidal Alaball^c y Ermengol Coma Redon^a

^a Fundació Institut Universitari per a la Recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAP Jordi Gol). Barcelona (España)

^b Sistema d'Informació dels Serveis d'Atenció Primària (SISAP). Institut Català de la Salut. Barcelona (España)

^c Intelligence for Primary Care Research Group, Fundació Institut Universitari per a la Recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAP Jordi Gol). Manresa. Barcelona (España)

OBJETIVOS

Analizar el impacto de la retirada de los incentivos económicos y de la información relacionada con siete indicadores de calidad asistencial.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ensayo clínico aleatorizado por conglomerados sin enmascaramiento, con tres grupos: 1) Grupo de control, que mantiene tanto los incentivos económicos como el *feedback* de información habitual; 2) intervención 1, con la retirada de los incentivos económicos asociados a siete indicadores; 3) intervención 2, con la retirada de los incentivos económicos y la información de dichos indicadores. Para evitar pérdidas económicas, los profesionales incluidos en los grupos de intervención recibirán automáticamente la cantidad correspondiente a los incentivos retirados como compensación por su participación. El estudio se desarrollará entre enero y diciembre del 2025, con análisis intermedios a los 3, 6 y 9 meses. La intervención se realizará a nivel individual (médico y enfermera), pero la aleatorización se hará a nivel de equipo de Atención Primaria (EAP) para

que todos los profesionales de un mismo equipo estén en el mismo grupo de estudio. Se ha estimado necesario un mínimo de 12 equipos por rama (36 en total), aunque finalmente el ensayo se desarrollará en todos los equipos de tres territorios de la comunidad autónoma, donde se ha garantizado que no hay otras intervenciones sobre los indicadores incluidos en el estudio (n = 68 equipos, 1.615 profesionales).

Los siete indicadores se seleccionaron a partir de la evaluación de un grupo asesor formado por profesionales asistenciales, considerando criterios de variabilidad entre equipos, complejidad del indicador, número de pacientes incluidos y variación anual de los resultados. Los indicadores son: tratamiento adecuado de la fibrilación auricular, verificación de inhaladores, adecuación diagnóstica de la hipertensión arterial, y control de la tensión arterial en los pacientes con diabetes, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal crónica e hipertensión. La variable principal será el resultado de los siete indicadores y como variables de ajuste se considerarán tanto variables a nivel de equipo (ruralidad, índice socioeconómico, edad media de los pacientes, porcentaje de mujeres, etc.) como variables a nivel de profesional (edad, sexo, antigüedad, nacionalidad). El análisis estadístico se realizará mediante modelos mixtos. Una limitación relevante es que los profesionales incluidos no pueden ser ciegos.

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

Los indicadores de calidad asistencial se utilizan desde hace muchos años en AP. Los profesionales reciben un *feedback* periódico sobre sus resultados y algunos de estos indicadores se han incluido en programas de pago por desempeño. Sin embargo, se desconoce el impacto específico de cada una de estas intervenciones por separado, ya que habitualmente se aplican de forma conjunta.

Este estudio pretende aportar evidencia sobre el impacto individual de la retirada de incentivos económicos y/o de la información, lo que permitirá conocer mejor la efectividad de cada intervención por separado. Los resultados ayudarán a optimizar los esquemas de incentivos y los cuadros de mando, contribuyendo a una mejora de la calidad asistencial y a un uso más eficiente de los recursos.

ASPECTOS ETICOLEGALES

Estudio aprobado por el Comité de Ética.

FINANCIACIÓN

Financiado por la Unión Europea (Horizon Europe, referencia 101095424).

CEI

Aprobado por el Comité Ético de Investigación del IDIAP Jordi Gol (referencia 24/262-P).

Evaluación del efecto de un programa de bienestar emocional mediante una intervención asistida con animales en estudiantes universitarios: ensayo clínico aleatorizado. Proyecto Uni-Emotican (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1019

M.^a Dolores Rodrigo Claverol^a, Esther Rodrigo Claverol^a, Ester García Martínez^b, Eva Artigues Barberà^a, Marta Ortega Bravo^a y Francisco Valenzuela Pascual^b

^a Institut Català de la Salut. Lleida (España)

^b Universitat de Lleida. Lleida (España)

OBJETIVOS

Evaluar los efectos de un programa comunitario de bienestar emocional mediante una intervención asistida con animales (IAA) sobre la gestión emocional, inteligencia emocional y autoestima en el alumnado universitario con sintomatología de estrés, ansiedad y/o depresión leve o moderada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ensayo clínico aleatorizado con un grupo de control (GC) y experimental (GE), controlado y simple ciego. Muestreo aleatorio simple en GC y GI para reclutar una muestra de estudiantes universitarios. Criterios de inclusión: ≥ 18 años, presentar estrés, ansiedad y/o depresión leve o moderada según la escala DASS-21 y haber firmado el consentimiento. Criterios exclusión: tener alergia y/o fobia a perros, no entender el idioma. Se utilizará la calculadora GRANMO, considerando la desviación estándar obtenida en el cuestionario REDCap, específica de la población estudiada. Se aceptará un riesgo alfa 0,05 y riesgo beta $< 0,2$ (poder estadístico del 80%) en un contraste bilateral, con una tasa estimada de pérdidas seguimiento del 20%.

Se realizará una intervención grupal, basada en la *Guía de intervención grupal psicoeducativa en Atención Primaria*, para enseñar al alumnado a reconocer y gestionar sus emociones, facilitándoles pautas de actuación; 10 participantes/subgrupo. GE: cinco sesiones realizadas en la universidad, 1,5 h semanales con un profesional de Psicología, otro profesional IAA y dos perros de terapia. Metodología teórico-práctica en cada sesión sobre: conciencia y gestión emocional, técnicas de relajación, el poder del pensamiento, la autoestima y la autoimagen, habilidades sociales. GC: hará las mismas sesiones y con el mismo contenido sin perros de terapia ni profesional IAA. Medidas: escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21); gestión emocional: «Cuestionario de desarrollo emocional de adultos»; Inteligencia emocional: escala «Rasgo de Metaconocimientos sobre los estados Emocionales» (TMMS-24); escala de autoestima de Rosenberg; Satisfacción: cuestionario autoadministrado. recogida de datos antes y después de la intervención mediante cuestionario en línea en REDCap. Encriptación y almacenamiento por un investigador externo, evitando sesgos información. Se usará el programa R para realizar el análisis bivalente mediante las pruebas chi-cua-

drado, T de Student y ANOVA, según corresponda. Se excluirá el estudiantado que asista a menos de cuatro sesiones.

Limitaciones: por la naturaleza de la intervención no es posible enmascararla ni cegar al participante.

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

El estudiantado universitario experimenta un elevado malestar psicológico; en este aumento de la prevalencia de los trastornos mentales y sus síntomas puede influir el estrés académico y la falta de habilidades de afrontamiento. A pesar de ello, parece que no están dispuestos a buscar ayuda. En el ámbito universitario, las IAA donde se trabajan las competencias emocionales parecen favorecer la sensación de bienestar emocional, reduciendo la ansiedad y mejorando la capacidad de afrontamiento. Aportar evidencia sobre las IAA puede favorecer su aplicación en períodos de exámenes que implican más estrés; así como seguir estudiando la eficacia de las IAA en las universidades. Se pretende promocionar la salud e interactuar entre el ámbito universitario, y el de AP, mediante la figura del referente de bienestar emocional incorporada en los equipos de AP; facilitando recursos de gestión emocional para favorecer su salud emocional presente y futura.

ASPECTOS ETICOLEGALES

Aprobado por el Comité Ética Investigación y Transferencia de la Universidad (Código CERT116). Protocolos de prevención zoonosis y bienestar animal.

FINANCIACIÓN

Ayuda AGAUR Bienestar 2023 (ref. BDNS 723302).

CEI

Aprobado por el Comité Ética Investigación y Transferencia de la Universidad (Código CERT116).

Impacto de un programa grupal de terapia cognitivoconductual sobre la soledad no deseada en personas mayores que realizan actividad física en grupo en Atención Primaria (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1020

María Gallardo García^a, José Manuel Soler Torro^b y Elena Giménez Girona^c

^a CS Segorbe. Castelló (España)

^b CS de Tavernes de la Vallidigna. Gandía. València (España)

^c CS Almanjáyar. Granada (España)

OBJETIVOS

1. Evaluar si el empleo de un programa de terapia cognitivo-conductual (TCC), previo a las sesiones grupales de pilates, produce una reducción significativa de la soledad percibida (escala UCLA-10) en la población mayor de 65 años en Atención Primaria (AP).
2. Valorar el impacto en la calidad de vida (SF-12v2), el número de fármacos prescritos, las consultas en AP, la comorbilidad (índice de Charlson) y la función cognitiva (GDS).

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: ensayo clínico aleatorizado, dos brazos, paralelo.

Lugar y nivel de atención sanitaria: cuatro centros de salud (CS) de un departamento/área de salud.

Criterios de inclusión: mayores de 65 años en situación de soledad no deseada (UCLA-10 ≤ 30), no institucionalizados, con capacidad de deambulación, independientes (Barthel >60), sin deterioro cognitivo (GDS <3).

Tamaño muestral: 78 participantes (39 por grupo), calculado para detectar una diferencia de 5 puntos en la reducción media en la escala UCLA-10; con una desviación estándar de 6, nivel de confianza 95% ($\alpha = 0,05$), potencia 90% ($\beta = 0,10$) y tasa de pérdidas del 20%.

Muestreo: muestreo de casos consecutivos y aleatorización individual estratificada por centro, quedando en cada centro 2 grupos (control e intervención) equilibrados en número.

Intervención:

- Grupo de intervención: 8 sesiones grupales de TCC (2 h) en 3 meses, seguido de pilates grupal (1/2 h semana) durante 6 meses.
- Grupo de control: sesiones de pilates sin TCC previa.

Mediciones: preintervención, postintervención (mes 9) y al final del seguimiento a 12 meses (mes 21).

Variables:

- Variable principal: reducción media de UCLA-10 (pre vs post y pre vs final).
- Variables secundarias: cambio medio en SF-12v2 (CSF/CSM/total), variación de fármacos prescritos, visitas en AP (último año), índice de Charlson y GDS.

Análisis estadístico:

- Descriptivo: frecuencias y porcentajes (cualitativas); media, desviación estándar y rangos (cuantitativas).
- Bivariante: T de Student para muestras independientes para variables cuantitativas entre los grupos. T de Student para las muestras relacionadas para variables cuantitativas pre-post en cada grupo. Chi-cuadrado para las variables cualitativas (Charlson, GDS).
- Multivariante: regresión lineal para un cambio en UCLA-10; ajustada por edad, sexo, nivel socioeconómico, estudios y orientación sexual.

Limitaciones: la selección de los centros con perfiles diversos permitirá reducir el sesgo de selección. El cegamiento del evaluador, uso de escalas validadas e instrucciones claras permitirá reducir el sesgo de información. El análisis multivariante permitirá reducir el sesgo de confusión. La ausencia de un grupo TCC aislado y un grupo de control absoluto no permitirá estimar el efecto conjunto de TCC+pilates frente a no intervenir.

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

Demostrar el valor añadido de incorporar una TCC antes de la actividad física grupal para reducir la soledad, proponer diseños de programas combinados en AP y guiar las políticas de promoción de salud y bienestar en los mayores de 65 años. Además, disminución del uso de recursos sanitarios derivado de una mejor calidad de vida y uso adecuado del sistema sanitario.

ASPECTOS ETICOLEGALES

El proyecto ha sido evaluado por la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández con el código COIR TFM.MPA.JMST.MGG.250609. Previo a su inicio será evaluado por el Comité de Ética de la Investigación (CEI) del Área de Salud.

FINANCIACIÓN

El proyecto no ha recibido financiación externa en el momento actual.

CEI

Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández con el código COIR TFM.MPA.JMST.MGG.250609.

Impacto de una intervención multidisciplinar en la mejora de la fragilidad (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1021

M.^a Ángeles Gutiérrez Stampa^a, Estibaliz Gamboa Moreno^b, Leonor Rico Sánchez^b, Amaia Perales Antón^b y Kalliopi Vrotsou^b

^a CS Altza. San Sebastián. Gipuzkoa (España)

^b Instituto de Investigación Biogipuzkoa. San Sebastián. Gipuzkoa (España)

OBJETIVOS

Evaluar la viabilidad, factibilidad y el impacto de una intervención multidisciplinar en los sujetos frágiles en Atención Primaria (AP).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio piloto de intervención, longitudinal, prospectivo, sin grupo de control, realizado en dos centros de salud (CS). Se reclutan 35 pacientes. Se realiza una evaluación basal a los 4 y 8 meses de la intervención. La intervención tiene una duración de 3 meses.

En las consultas de AP se realiza un cribado oportunista de fragilidad, con la escala CFS, a individuos > 65 años y autónomos. Una enfermera los valora posteriormente con los test SPPB y Barthel e incluye a los pacientes frágiles y autónomos.

Descripción de la intervención: la intervención multidisciplinar se basa en la educación sobre la dieta mediterránea, el ejercicio y la revisión del tratamiento farmacológico.

Actividad física: se realizan sesiones grupales de una hora de duración, dos días a la semana, durante 12 semanas, dirigidas por un orientador deportivo del Patronato Municipal de Deportes del Ayuntamiento de la ciudad. Se incluyen ejercicios de fuerza, resistencia, flexibilidad y equilibrio.

Revisión de la polimedición: una farmacéutica de AP revisa los tratamientos farmacológicos con el objeto de detectar prescripciones potencialmente inapropiadas (STOPP/START), y realiza un informe con recomendaciones para que el médico lo valore.

Dieta: se valora el riesgo de malnutrición y la adherencia a la dieta mediterránea. La intervención, dirigida por una nutricionista, se basa en tres sesiones grupales, una sesión al mes de una hora. También se realiza una sesión online, dirigida a los profesionales sanitarios de estos CS, para mejorar el abordaje nutricional del paciente frágil en la práctica diaria.

VARIABLES: se recogen las características sociodemográficas, medidas antropométricas, la capacidad funcional y la fuerza muscular, la incidencia de eventos adversos, el estado nutricional y la adherencia a la dieta mediterránea, la actividad física, los fármacos, la comorbilidad, el estado cognitivo y de la esfera afectiva, la red social y la calidad de vida relacionada con la salud. Se evaluará el proceso de reclutamiento, la adherencia a la intervención, el proceso de evaluación y la satisfacción de los participantes.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: las variables continuas se describirán con medias y desviaciones estándar o con medianas y rangos intercuartílicos. Las variables categóricas se describirán con frecuencias y porcentajes. Se utilizarán el test de Student, Mc-Nemar. Los análisis se realizarán con R Studio 2023.09.1 para Windows.

LIMITACIONES: las principales limitaciones vienen dadas por tratarse de un estudio piloto con una muestra pequeña. Sin embargo, su diseño nos permitirá valorar la factibilidad y viabilidad de la intervención, así como el modo de reclutamiento y la adherencia de los participantes a las sesiones recibidas, aspectos fundamentales para valorar el impacto de la intervención.

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

Este proyecto está dirigido a avanzar en el manejo de la fragilidad en AP. Se pretende valorar si el manejo de la fragilidad con este tipo de intervención es factible para su implantación en la práctica clínica. Además, los resultados del estudio serán muy útiles para obtener una valoración preliminar del impacto de la intervención sobre la fragilidad. Si estos fueran positivos, desarrollaríamos un protocolo de investigación para valorar la efectividad de la intervención.

ASPECTOS ETICOLEGALES

Dictamen favorable del Comité de Ética de la Investigación (CEI) con fecha 17/12/2024.

FINANCIACIÓN

Este proyecto no ha obtenido financiación.

CEI

Comité Ético de Investigación del Área Sanitaria de Gipuzkoa. Código de protocolo: GUT-FRG-2024-11.

Percepciones de los médicos y las médicas de familia sobre las necesidades del uso secundario de datos sanitarios para la investigación e innovación: proyecto de encuesta transversal (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1022

Noelia García Barrio^a, Laila García Aldars^b, Elsa María Moreda Sánchez^b, Ana Isabel González González^b y Juan Luis Cruz Bermúdez^a

^a Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid (España)

^b Subdirección General de Investigación y Documentación. Madrid (España)

OBJETIVOS

Objetivo general: identificar las necesidades concretas del uso secundario de los datos sanitarios en el ámbito de la investigación y la innovación, así como las capacidades organizativas, técnicas y profesionales necesarias para atenderlas.

Objetivos específicos:

Explorar qué usos específicos de los datos sanitarios se consideran prioritarios por los actores clave.

Identificar las barreras actuales para activar dichos casos de uso.

Delimitar las capacidades necesarias para responder a estas demandas.

Recoger propuestas concretas sobre los modelos de solución y acompañamiento desde infraestructuras como HealthData@MAD-R&I.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio: estudio observacional, transversal, descriptivo, basado en una encuesta autoaplicada anónima, que se distribuirá entre los profesionales de Medicina Familiar y Comunitaria asistentes al Congreso semFYC 2025 en Madrid.

Población y muestra: se incluirán médicos y médicas de familia en el ejercicio clínico que asistan presencialmente al congreso. Se utilizará un muestreo por conveniencia, estimando al menos 200 respuestas. Participación voluntaria y anónima.

Instrumento y recogida de datos: cuestionario estructurado en formato digital (Google Forms) distribuido mediante un código QR en el congreso. Incluye preguntas cerradas y abiertas sobre el conocimiento, los usos, las barreras, los apoyos y las propuestas en torno al uso secundario de los datos clínicos.

Análisis previsto: análisis descriptivo de las frecuencias y la distribución por variables clave (edad, tipo de centro, años de experiencia, etc.). Exploración de las relaciones entre la experiencia previa en investigación y el interés en el uso secundario de los datos.

Limitaciones: muestreo no aleatorio; posible sesgo de selección; recogida en un entorno congresual.

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

Los resultados permitirán orientar el diseño de servicios, procedimientos y marcos de gobernanza para el uso secundario de los datos clínicos desde la Atención Primaria (AP). También contribuirán a identificar las barreras percibidas y oportunidades de mejora desde el punto de vista de los profesionales.

ASPECTOS ETICOLEGALES

Se informará sobre la participación voluntaria, el anonimato y la confidencialidad de los datos recogidos.

FINANCIACIÓN

No se cuenta con financiación externa específica para este estudio.

CEI

El protocolo será enviado al Comité de Ética correspondiente para su evaluación antes de la recogida de datos.

Proyecto de deprescripción de inhibidores de la bomba de protones en Atención Primaria. Un ensayo clínico aleatorizado (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1023

Raúl García del Río^a y José Manuel Soler Torro^b

^a Consultorio auxiliar Vicente Brull. Departamento de Salud Clínico – Malvarrosa. Conselleria de Sanitat. València (España)

^b CS de Tavernes de La Valldigna. Departamento de Salud de Gandía. Conselleria de Sanitat. Tavernes de la Valldigna. València (España)

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de un programa estructurado de deprescripción de inhibidores de la bomba de protones (IBP) en Atención Primaria (AP), trata sobre la reducción de prescripciones inadecuadas en los pacientes mayores de 65 años, así como valorar la seguridad clínica de la intervención.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ensayo clínico controlado, abierto, aleatorizado por conglomerados, con grupos paralelos, desarrollado en el ámbito de la AP en un departamento de salud. La población de estudio estará compuesta por

pacientes de 65 o más años en tratamiento activo con IBP durante al menos ocho semanas, sin indicaciones clínicas que justifiquen su uso crónico. Se estima un tamaño muestral total de 310 pacientes (155 por grupo), calculado para detectar una reducción absoluta mínima del 20% en la prescripción de una IBP con una potencia del 90% y asumiendo pérdidas de seguimiento del 20%.

Los participantes serán seleccionados mediante un muestreo consecutivo durante la consulta habitual de los médicos colaboradores. La intervención consistirá en la formación previa de los profesionales, la revisión individual de las historias clínicas y la aplicación de un algoritmo de deprescripción que contempla la reducción gradual, la suspensión o el mantenimiento del fármaco según la situación clínica, con un seguimiento planificado de seis meses. El grupo de control continuará con la práctica asistencial habitual.

La variable principal será la reducción en la proporción de pacientes con una prescripción activa de una IBP. Entre las variables secundarias se incluirán la aparición de síntomas digestivos (cuestionario GIS/RDG), la necesidad de reintroducción del fármaco, la ocurrencia de eventos adversos, el uso de medicación de rescate y factores asociados como comorbilidad, polifarmacia, edad, sexo y hábitos.

El análisis estadístico incluirá técnicas descriptivas e inferenciales. La variable principal se analizará comparando las reducciones del porcentaje de prescripción de la IBP entre el grupo de intervención, y el grupo de control, al final del seguimiento mediante las pruebas de chi-cuadrado o exacta de Fisher. Se construirá un modelo de regresión logística ajustado con la variable principal por variables de confusión potenciales: edad avanzada extrema (>85 años), índice de comorbilidad (Charlson), polifarmacia (5 o más medicamentos diarios), número de fármacos crónicos, uso concomitante de antiinflamatorios no esteroideos o antiagregantes. El análisis se realizará tanto por intención de tratar como por protocolo.

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

La intervención puede mejorar la calidad de la prescripción en los pacientes ancianos, reducir la polifarmacia y los riesgos asociados al uso crónico de la IBP, y optimizar la seguridad del paciente. Además, al basarse en formación profesional y en un algoritmo estandarizado, el programa resulta reproducible, escalable y coste-efectivo, con potencial impacto en políticas de seguridad y uso racional del medicamento en AP.

ASPECTOS ETICOLEGALES

Este proyecto no incluye resultados y ha sido evaluado por la Oficina de Investigación Responsable (OIR) de la Universidad Miguel Hernández con el código TFM.MPA.JMST.RGDR.250520.

FINANCIACIÓN

Este proyecto no ha recibido financiación externa en el momento actual.

CEI

Oficina de Investigación Responsable (OIR) de la Universidad Miguel Hernández con el código TFM.MPA.JMST.RGDR.250520.

Proyecto de investigación: determinantes sociales como variables pronósticas de los pacientes con EPOC (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1024

Alma Antoñanzas Serrano^a, Isabel Lahoz Bernad^a, Celia Artal Marteles^a, Alejandro Santos Mejías^b y Luis Andrés Gimeno Feliu^a

^a CS San Pablo. Zaragoza (España)

^b Grupo Epichron. Instituto Aragonés de Ciencias de La Salud (LACS). IIS Aragón. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza (España)

OBJETIVOS

El objetivo principal es investigar la relación de los determinantes sociales de la salud en el pronóstico de los pacientes con una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Más específicamente, se pretende valorar cómo influyen el estado socioeconómico, el nivel educativo, el género y el país de nacimiento en la mortalidad, los ingresos hospitalarios, las visitas a urgencias y las exacerbaciones en estos pacientes. Buscamos analizar la influencia de estas variables de forma conjunta desde un punto de vista interseccional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional mixto con un componente retrospectivo de dos años y una cohorte prospectiva abierta de cinco. Se incluirán pacientes con diagnóstico activo de EPOC adscritos al equipo de Atención Primaria (EAP) de San Pablo de Zaragoza a fecha 1/12/2024, así como nuevos casos hasta el 31/11/2025 para el estudio de cohorte. Se excluirá de la cohorte a quienes no puedan acudir a la entrevista inicial. La captación será oportunista por parte de cada médico de familia, previa firma del consentimiento informado.

En el estudio transversal se extraerán datos retrospectivos de BIGAN (información sociodemográfica de la base de datos de usuarios, clínica de la historia clínica electrónica y de utilización de servicios de ingresos hospitalarios y visitas a urgencias). En la cohorte, además de esa extracción anual, se recogerán datos sociales mediante una encuesta presencial de renta, nivel educativo, clase social, apoyo social, soledad no deseada, estado civil, vivienda, tabaquismo, peso, talla y uso de sanidad privada. En esa misma visita, cada paciente realizará un test de la marcha de seis minutos para poder completar el índice pronóstico BODE.

Se revisarán las historias clínicas mediante el programa OMI-AP para contabilizar las exacerbaciones atendidas en AP en los dos últimos años.

Mediante un análisis descriptivo sociodemográfico y clínico, y empleando modelos de regresión logística, evaluaremos la relación entre

las variables sociales y el pronóstico de la EPOC (medido como exacerbaciones, reagudizaciones, mortalidad), ajustando por sexo y proporcionando los resultados como odds ratios con intervalos de confianza.

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

La EPOC es la tercera causa de muerte mundial y afecta especialmente a los países de ingresos medios y bajos, con una prevalencia estimada del 10,6% en 2020. Además de factores biológicos como el bajo IMC y el tabaquismo, los determinantes sociales de la salud influyen significativamente en su desarrollo y pronóstico. Dada la falta de estudios locales y la relevancia de la enfermedad, se propone investigar esta relación para mejorar el manejo clínico y justificar una distribución equitativa de recursos.

ASPECTOS ETICOLEGALES

Este proyecto dispone de un dictamen favorable del CEIC Aragón (CEICA). Al tratarse de un estudio observacional, no se prevén riesgos adicionales para los pacientes. Se solicitará el consentimiento informado, incluyendo el acceso a la HCE y a los datos de BIGAN. La participación podría implicar un leve aumento en el tiempo de consulta. No habrá compensación económica, pero los pacientes podrán recibir los resultados si lo desean. Todos los datos serán tratados de forma anónima.

FINANCIACIÓN

No contamos con ningún tipo de financiación.

CEI

CEIC Aragón (CEICA) PI24/586.

Validación de la ecografía pulmonar, realizada por médicos de familia, como prueba de imagen inicial para la evaluación pronóstica y diagnóstica de neumonía en los pacientes con COVID-19 (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1025

Cristina Gadea Ruiz^a, Kalbiye Danailova Senturk^b, Andrés Iván Martínez Kawan^c, Lucía Iñigo Sánchez^d y Bernardino Oliva Fanlo^e

^a CS Can Pastilla – Platja de Palma. Palma. Illes Balears (España)

^b CS Son Gotleu. Palma. Illes Balears (España)

^c CS Calvià. Santa Ponça. Illes Balears (España)

^d Unidad de Desarrollo de la Historia Clínica de Atención Primaria (UDHICAP). Palma. Illes Balears (España)

^e Unidad de Investigación de Atención Primaria de Mallorca. Illes Balears (España)

OBJETIVOS

Evaluar:

- Valor pronóstico de la ecografía pulmonar (LUS) en los pacientes con una infección SARS-CoV-2.
- Valor diagnóstico de la LUS para la neumonía en los pacientes con una infección SARS-CoV-2.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo de validación diagnóstica.

Entorno: se incluyeron pacientes atendidos en Atención Primaria (AP) (centro de salud, CS, o domicilio), mayores de 18 años diagnosticados de COVID-19 mediante PCR.

Variables: sociodemográficas, signos vitales, comorbilidades, resultado de POCUS.

Estándar de referencia: diagnóstico definitivo de neumonía mediante una radiografía de tórax.

Análisis: descriptivos, bivariados (POCUS positivo frente a negativo), sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN).

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

624 pacientes incluidos.

Pacientes POCUS+ (367/624):

- Peor condición clínica (fiebre, SatO_2 , frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca).
- Mayor prevalencia de HTA, DM, EPOC, IC.

Pronóstico:

- Derivación a urgencias hospitalarias: OR 8,83 (IC del 95%: 6,11-12,88).
- Ingreso hospitalario OR 2,57 (IC del 95%: 1,83-3,66).
- UCI: OR 2,05 (IC del 95%: 0,96-4,71).
- Muerte: OR 5,52 (IC del 95%: 1,43-35,99).

Valor diagnóstico POCUS pulmonar para la neumonía COVID-19 (383 pacientes):

- Sensibilidad: 68.3% (IC del 95%: 62,5-73,6), especificidad 43,6 % (IC del 95%: 33,5-54,2), VPP 78,7% (IC del 95%: 73,0-83,5), VPN 31,1 (IC del 95%: 23,5-39,8), CP+: 1,21 (IC del 95%: 1-1,47), CP-: (0,73 (IC del 95%: 0,6-0,88).

Limitaciones:

- Escasa formación recibida debido a la premura de la situación.
- No se pudo usar la prueba de referencia ideal (TAC torácico) por las restricciones existentes.
- Difícil comparación debido a los distintos criterios diagnósticos usados en la literatura.

Fortalezas:

- Estudio realizado en el ámbito de la AP, incluyendo los domicilios de los pacientes.

CONCLUSIONES

Las alteraciones encontradas en la POCUS pulmonar de los pacientes con COVID-19, realizada en AP, resultaron un buen predictor del

riesgo de los pacientes de presentar un evento grave (derivación a urgencias, ingreso hospitalario, muerte).

El valor diagnóstico para la neumonía fue bajo. Sería necesario analizar las medidas necesarias para mejorar este aspecto para generalizar su uso como prueba diagnóstica de neumonía vírica en AP.

ASPECTOS ETICOLEGALES

Aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) de las Illes Balears (IB4530/21) y del Área de Salud de Salamanca (PI-2021-10881).

Se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes.

FINANCIACIÓN

Este estudio ha sido financiado por el Instituto de Salud Carlos III a través de la convocatoria de propuestas de Acción Estratégica en Salud 2021 (PI21/01521).

CEI

Aprobado por el CEIm de las Illes Balears (IB4530/21) y del Área de Salud de Salamanca (PI-2021-10881).

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN – FORMATO ORAL

Actitudes hacia la deprescripción en los pacientes mayores polimedicados y los médicos de Atención Primaria en Madrid (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1026

Rodrigo Medina García^a, Sara Ares Blanco^b, Irene Martínez Negro^b, Sara Vargas Lobé^c y M.^a Eloísa Rogero Blanco^d

^a CS Quince de Mayo. Madrid (España)

^b CS Federica Montseny. Madrid (España)

^c CS Entrevías. Madrid (España)

^d CS General Ricardos. Madrid (España)

OBJETIVOS

Describir las preferencias terapéuticas y la actitud hacia la deprescripción en los pacientes mayores polimedicados y sus médicos de familia (MF).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional transversal en la AP de Madrid. Se incluyeron pacientes ≥ 65 años en tratamiento con ≥ 5 medicamentos y sus MF. Se empleó un cuestionario para los pacientes que incluía preguntas del rPTAD y el cuestionario PACPD-12 en los médicos. Se recogieron variables sociodemográficas de vínculo con el MF y relacionadas con los medicamentos. Análisis descriptivo y bivariado. Aprobación del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) del Hospital Universitario 12 de Octubre.

RESULTADOS

Participaron 111 pacientes (53,2% mujeres) y 22 MF (81,8% mujeres). Entre los pacientes, el 88,3% preparaban su propia medicación y el 57,7% estaba satisfecho con ella. Un 86,5% estaría dispuesto a reducir medicamentos si lo recomendaba su médico. Los hombres mostraron más predisposición directa a dejar un fármaco «para ver cómo se sienten» (31,9% vs 16,9%; $p = 0,001$). Las razones principales para mantener la medicación fueron la confianza en la prescripción médica y la percepción de beneficio. El apoyo del MF es el factor que más favorecería la deprescripción de un medicamento (46,5% respuestas). El grupo más citado para reducir la dosis o suspenderla fueron los inhibidores de bomba de protones por la falta de beneficio.

Entre los MF, el 81,8% estaban a favor de deprescribir, y el 50% consideraba que debía ser una prioridad clínica. Los criterios más conocidos fueron STOP/START (41,3%) y BEERS (30,4%). Las principales barreras para la deprescripción fueron que el fármaco lo iniciaran otros especialistas (25,4%) y la falta de tiempo (23,7%). Como facilitadores, la existencia de medicación potencialmente inadecuada (22%) y los síntomas agudos relacionados con la medicación (20%).

CONCLUSIONES

Los pacientes y sus MF presentan una actitud positiva hacia la deprescripción, siendo importantes la confianza mutua y el profesional de MF para abordarlo en Atención Primaria (AP).

CEI

Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) del Hospital Universitario 12 de Octubre (23/193).

Adherencia a la dieta sin gluten valorada mediante un cuestionario estructurado en Atención Primaria: un estudio de base poblacional (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1027

Iván Villar Balboa^a, María Esteve Comas^b, Meritxell Regi Bosque^c, Albert Martín Cardona^b, Emma Sudria López^b y Yolando Rando Matos^d

^a EAP Florida Sud. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona (España)

^b Hospital Universitari Mútua de Terrassa. Barcelona (España)

^c EAP Can Serra. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona (España)

^d EAP Florida Nord. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona (España)

OBJETIVOS

Evaluar la adherencia a la dieta sin gluten (DSG) de los pacientes celíacos mediante un cuestionario estructurado en las consultas de Atención Primaria (AP).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal de base poblacional realizado en los 12 equipos de AP de una ciudad (269.382 habitantes) de la región sanitaria Metropolitana Sud de Barcelona.

- Criterios de inclusión: pacientes de ≥ 15 años con un diagnóstico confirmado de enfermedad celíaca (EC).
- Criterios de exclusión: no responder el cuestionario de adherencia CDAT (Celiac Dietary Adherence Test) por alguna condición (trisomía 21, autismo, demencia, trastorno psiquiátrico grave o no comprensión del castellano); no firmar el consentimiento informado.
- Variables del estudio (entrevista clínica/revisión historia clínica electrónica [HCE]): sociodemográficas; nivel de estudios y económico; presentación clínica y edad al diagnóstico EC; tiempo seguimiento DSG; evaluación adherencia a la DSG mediante CDAT (las puntuaciones ≥ 13 indican mala adherencia DSG); pertenecer a una asociación de celíacos, educación nutricionista y seguimiento médico.
- Limitaciones: posible sesgo de información minimizado completando la información de HCE con una entrevista clínica.

RESULTADOS

Se incluyeron 392 pacientes. Excluidos 25. Mala adherencia DSG (CDAT ≥ 13): 24,0%. Mujeres: 70,9%; mediana [RIQ] edad: 41,9 años [25,3;54,8]. Origen-español: 88,0%. Nivel-económico bajo: 41,8%. No estudios-superiores: 56,0%. Diagnóstico EC infancia: 29,1%. EC-clásica: 38,3%. Mediana [RIQ] tiempo DSG 10,4 años [5,8;17,8]. No asociación EC: 65,3%. Educación nutricionista: 16,9%. Seguimiento médico: 57,4%.

Factores relacionados con la mala adherencia: nivel económico bajo OR: 1,63 [1,03-2,74]; No asociación EC OR: 2,48 [1,37-4,49]; No seguimiento médico OR: 1,618 [1,07-2,68].

CONCLUSIONES

Una cuarta parte de los pacientes celíacos tuvieron una mala adherencia a la DSG. No pertenecer a un grupo de apoyo-asociación de celíacos, el no seguimiento médico y el bajo nivel económico fueron los factores asociados a la mala adherencia. Son necesarios programas de educación y seguimiento de la DSG integrados en AP para garantizar la accesibilidad y la equidad de todos los pacientes celíacos.

FINANCIACIÓN

- Acción Estratégica de Enfermedad Celíaca del CIBERehd (EHD20PIO1).
- Beca predoctoral de la Fundació Institut Universitari per a la recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol) (reference 7Z18/021).
- Beca Associació Celíacs Catalunya 2018 (reference 4R16/127).

CEI

Aprobación Comité Ético de Investigación en Atención Primaria-IDIAP Jordi Gol (P16/096).

Análisis de los condicionantes que determinan la adherencia al tratamiento de los pacientes crónicos (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1028

María Zarza Arribas^a, Juan Francisco Menárguez Puche^b y Rosario Morales López^c

^a CS Arturo Eyries. Valladolid (España)

^b CS Profesor Jesús Marín. Molina de Segura. Murcia (España)

^c CS Cartagena-Oeste. Cartagena. Murcia (España)

OBJETIVOS

Analizar los condicionantes de la adherencia al tratamiento y las recomendaciones de hábitos de vida en los pacientes crónicos pluriopatológicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: estudio multicéntrico, descriptivo, transversal, mediante cuestionarios autoadministrados.

Emplazamiento: Atención Primaria (AP).

Participantes: 202 pacientes diagnosticados de al menos dos patologías crónicas, procedentes del cupo de 49 médicos de familia, de 23 centros de salud (CS).

Análisis: modelización multivariante, mediante análisis *log-lineal* y regresión logística.

Mediciones principales:

- Variable de resultado: escala de adherencia terapéutica (EAT).
- Variables explicativas: percepción de la relación médico-paciente (cuestionario PREMEPA), percepción de las enfermedades crónicas (cuestionario IPR-R), grado de apoyo social y familiar (cuestionario MSPSS y APGAR-familiar), edad, sexo y número de fármacos que tomaban los pacientes, tiempo desde el primer diagnóstico de enfermedad crónica, índice de Charlson.

Limitaciones: escalas autoadministradas, posible sesgo por la selección intencional de profesionales participantes.

ASPECTOS ETICOLEGALES

Aprobado por comités éticos del Servicio Murciano de Salud. Todos los pacientes participantes fueron debidamente informados y dieron su consentimiento informado por escrito para su inclusión en el estudio.

RESULTADOS

En el modelo *log-lineal* las variables que muestran una relación positiva con la adherencia terapéutica son: relación médico-paciente, coherencia (compresión de la enfermedad), representación emocional, duración aguda/crónica, control personal, control del tratamiento y grado de apoyo social.

El modelo de regresión logística indica que las variables que condicionan la adherencia terapéutica son: coherencia, duración aguda/crónica, APGAR familiar y número de fármacos que tomaba el paciente.

Considerando la relación médico-paciente, la variable de mayor influencia demostrada sobre la adherencia terapéutica es la cortesía. Otras variables que condicionan la adherencia terapéutica son: coherencia, duración aguda/crónica, APGAR familiar y número de fármacos que tomaba el paciente.

CONCLUSIONES

La compresión de la enfermedad, la cronicidad, el grado de funcionalidad familiar y el número de fármacos que tomaba el paciente son los principales factores condicionantes de la adherencia terapéutica.

La cortesía es el factor de la relación médico-paciente de mayor importancia sobre la adherencia al tratamiento.

FINANCIACIÓN

Sí. Beca Isabel Fernández 2023 para la realización de tesis doctorales.

CEI

Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Sta. M.^a del Rosell, Áreas II y VIII de Salud del Sistema Murciano de Salud, en reunión celebrada el día 12/12/2019, acta n.º 09/19. Comisión

de Evaluación de Trabajos de Investigación (CETI), Área VI - Vega Media del Segura del Servicio Murciano de Salud, código CETI: 44/19.

Beneficios de participar en una investigación: hallazgos clínicos silentes en una cohorte multipropósito poblacional (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1029

Ileana Gefaell Larrondo^a, Elena Valera Bermejo^a, Laura Jaurena Ruiz^a, Marcos Pascual García^a, Teresa Sanz Cuesta^a e Isabel del Cura González^a

^a Unidad de Investigación, Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Madrid (España)

OBJETIVOS

Describir los nuevos diagnósticos y los hallazgos clínicos silentes en los participantes de una cohorte multipropósito poblacional de una comunidad autónoma. Estudiar la decisión clínica posterior tras la valoración en el circuito asistencial.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal anidado en la cohorte multipropósito IMPACT. Se incluyeron participantes, hombres y mujeres, entre 16-80 años, por un muestro aleatorio de la población adscrita a los centros de salud (CS) incluidos en la cohorte. Se recogieron variables sociodemográficas (edad y sexo) y pruebas complementarias: hemograma y bioquímica, electrocardiograma, índice tobillo brazo (ITB), medición ambulatoria de presión arterial (MAPA). Análisis descriptivo e inferencial.

RESULTADOS

Se contactó con 4584 ciudadanos, aceptando participar 1.740, el 56,63 % mujeres. La tasa de aceptación varió entre el 30-40% según los nodos. Del total de pruebas realizadas, 5.123 (1.242 análisis de sangre, 1.370 electrocardiogramas, 1.345 ITBs, y 1.115 MAPAs) han sido valoradas por el médico/enfermera del estudio siguiendo los criterios del protocolo de estudio. De estas el 8,5% precisó una derivación al circuito asistencial en el CS. Por tipo de prueba se derivaron 15,9% MAPA, 7,33% análisis de sangre, 6,35% electrocardiograma, 2,01% ITBs. 110 participantes presentaron una hipertensión no diagnosticada, 43 LDL > 140, 12 anemia y 10 glucemia basal alterada. Los hallazgos en el electrocardiograma con relevancia clínica fueron bloqueo AV 1.º grado (23), hipertrofia ventricular izquierda (13), fibrilación auricular (1), flúter (1). 24 participantes presentaron ITB > 1,41. En el 60% de los casos los nuevos hallazgos han sido valorados por el médico/a de familia y/o enfermera del participante.

CONCLUSIONES

La participación de la población en un estudio de investigación ha favorecido el diagnóstico de patologías silentes en 1 de cada 10 participantes. La hipertensión no diagnosticada ha sido el hallazgo más frecuente y las arritmias el más relevante.

La valoración tras la derivación al circuito asistencial ha condicionado las actuaciones en un elevado porcentaje de pacientes.

FINANCIACIÓN

Estudio financiado por el Instituto de Salud Carlos III MP/00021.

CEI

Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) Hospital Universitario Gregorio Marañón y Comisión Local de Investigación.

Concordancia entre las preferencias sobre el lugar de fallecimiento y dónde se produce finalmente de los pacientes con una enfermedad crónica avanzada y sus familiares (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1030

Cristina Angulo García^a, Tamara Díaz Canales^b, Lorena Masiá Borrell^c, Marta Merlo Loranca^d y Ángel Rodríguez Laso^e

^a CS Orcasitas. Madrid (España)

^b CS Los Yébenes. Madrid (España)

^c CS San Cristóbal. Madrid (España)

^d Equipo de Soporte de Atención Paliativa Domiciliaria Goya. Madrid (España)

^e Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Centro. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Madrid (España)

OBJETIVOS

El lugar de fallecimiento de los pacientes con una enfermedad crónica avanzada (ECA) está condicionado por múltiples factores y puede no coincidir con sus preferencias. El objetivo principal es analizar la concordancia entre las preferencias del lugar de fallecimiento y dónde se produce finalmente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio analítico, observacional de cohortes, retrospectivo en Atención Primaria (AP), con 475 pacientes atendidos por un Equipo de Soporte de Atención Paliativa Domiciliaria (ESAPD) en Madrid fallecidos en 2023. Como criterio de inclusión se fijó una edad mayor o

igual a 18 años y padecer una ECA. Se recogió el lugar de preferencia del exitus del paciente y sus familiares y dónde se produjo este finalmente (domicilio, hospital o unidad de cuidados paliativos, UCP). Para el análisis de la concordancia se empleó el índice kappa de Cohen calculado con el programa JAMOMI®. Como limitaciones destaca que es un estudio retrospectivo, lo que puede producir la pérdida de datos registrados. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación del Hospital Universitario 12 de Octubre, con número de registro 24/131.

RESULTADOS

El 38,9% de los pacientes fallecieron en el domicilio, el 24,6% en el hospital y el 36,4% en la UCP. Los porcentajes de lugares de preferencia de los pacientes fueron 66,9%, 4% y 29,1%, respectivamente. La concordancia entre el lugar preferido por el paciente y el lugar final de fallecimiento fue moderada ($kappa = 0,460$) y algo mejor (aunque aún moderada) con las preferencias de la familia ($kappa = 0,602$). La concordancia entre la preferencia del paciente y de la familia para el lugar de exitus fue buena ($kappa = 0,633$).

CONCLUSIONES

La discordancia detectada entre el lugar donde fallece el paciente y su preferencia, que es mayor que con la de la familia, señala la necesidad de explorar las causas de este desajuste para que el Sistema Nacional de Salud responda mejor a los deseos de los pacientes en sus últimos momentos.

FINANCIACIÓN

Los autores declaran que este trabajo no ha recibido ninguna fuente de financiación pública ni privada para su realización.

CEI

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación del Hospital 12 de Octubre, con número de registro 24/131.

¿Cuáles son los valores esenciales de la Atención Primaria en Europa y cómo se integran en los sistemas de salud? Resultados sobre un estudio Delphi (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1031

Sara Ares Blanco^a, Marina Guisado Clavero^b, Ileana Gefaell Larrondo^c, Raquel Gómez Bravo^d y María Pilar Astier Peña^e

^a CS Federica Montseny. Madrid (España)

^b Unidad Docente Norte. Madrid (España)

^c CS Federica Montseny, Unidad de Investigación de Atención Primaria. Madrid (España)

^d CHNP, Rehaklinik, Ettelbruck, Luxembourg. Research Group Self-Regulation and Health, Institute for Health and Behaviour. Department of Behavioural and Cognitive Sciences. Faculty of Humanities, Education and Social Sciences, Luxembourg University. Luxemburgo (Luxemburgo)

^e Universitat Health Centre. Public Health Care Service of Aragón (España). Grupo H26_3D-IIS-Aragón. Chair of Patient Safety Working Party of semFYC (Spanish Society for Family and Community Medicine) and Quality and Safety in Family Medicine of WONCA World

OBJETIVOS

Identificar el grado de consenso entre los profesionales de Atención Primaria (AP) en Europa sobre los valores esenciales de la AP, y la evaluación de su factibilidad y relevancia política en cuanto a las necesidades estructurales, los procesos e innovaciones de la AP en los sistemas sanitarios. Y a partir de este consenso, construir una hoja de ruta útil para los responsables políticos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: creación de un marco conceptual consensado, estudio Delphi online multicéntrico.

Ámbito: AP y salud pública, nivel europeo.

Participantes: 210 profesionales (89,9% médicos de familia) de 39 países, miembros de las redes de la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA) Europa y la European General Practice Research Network (EGPRN).

Criterios de selección: profesionales vinculados a la AP con experiencia clínica, de gestión o investigación.

Instrumento: cuestionario estructurado en cuatro secciones (valores, estructura, procesos, impacto global) con 28 ítems, basado en la literatura y revisado por expertos. Se utilizó una escala de Likert para valorar la relevancia, factibilidad y prioridad política.

Respuestas: ronda 1: 171 (81,4%), completadas: 132. Ronda 2: 97 respuestas (73,5%).

Variables: nivel de consenso en cada dimensión por ítem (% de acuerdo).

Análisis estadístico: estadística descriptiva (SPSS 27); análisis cualitativo temático de los comentarios abiertos.

Limitaciones: representación desigual por país (mayoría de España); escasa participación de otros perfiles profesionales y pacientes.

RESULTADOS

Todos los ítems fueron considerados relevantes (>80%). Los valores más consensados fueron la accesibilidad (95,4%), continuidad (94,4%) y equidad (93,8%). La factibilidad fue menor, destacando el seguimiento de los crónicos (75,8%) y los cuidados paliativos (73%). La prioridad política fue baja en todos los ítems (<52%). El uso de indicadores de mejora continua obtuvo el mayor consenso en la factibilidad (80,2%).

CONCLUSIONES

Existe un alto consenso sobre los valores esenciales de la AP en Europa, pero su implementación enfrenta barreras estructurales y

cierta falta de prioridad política. La hoja de ruta propuesta puede orientar las reformas para fortalecer los sistemas sanitarios más accesibles, equitativos y centrados en las personas.

FINANCIACIÓN

Este trabajo no ha recibido financiación.

CEI

Estudio aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Universidad Miguel Hernández de Elche (código CEI: DPS,JMR.01.24).

Demora en la intensificación del tratamiento hipolipemiente en pacientes con hipercolesterolemia y alto riesgo cardiovascular seguidos en Atención Primaria (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1032

Lucía Jiménez Ochando^a, Eugenia Navarro Plaza^b, Alberto Martínez Requena^a, Sara Córcoles García^c, Alba Fernández Bosch^d y Gema María Tello Nieves^b

^a CS Zona VIII. Albacete (España)

^b CS La Roda. La Roda. Albacete (España)

^c CS Nueva de Llanes. Asturias (España)

^d CS Plaza Segovia. València (España)

OBJETIVOS

Determinar la frecuencia de inercia terapéutica y el tiempo de demora en modificar un tratamiento hipolipemiente en los pacientes con hipercolesterolemia y alto riesgo cardiovascular seguidos en Atención Primaria (AP), así como analizar sus factores asociados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio epidemiológico, observacional, retrospectivo y multicéntrico. Cohorte de 316 pacientes ≥ 40 años con hipercolesterolemia y alto/muy-alto riesgo cardiovascular (RCV) seguidos en AP de tres comunidades autónomas. Selección mediante un muestreo consecutivo en las consultas de AP.

Variables: características sociodemográficas, estilos de vida, problemas de salud (CIAP-2), consumo de medicamentos, grado de control colesterol-LDL, demora en la modificación del tratamiento hipolipemiente (inercia). El grado de control y la necesidad de un cambio terapéutico fueron determinadas según las guías europeas de dislipemias (2019) y RCV (2021). Realizado el análisis descriptivo, bivariable y multivariante.

RESULTADOS

Edad media de 72,8 (DE: 8,9) años. El 48,4% eran mujeres. Un 45,6% presentaba diabetes mellitus, 75,9% hipertensión y 27,8% algún evento cardiovascular previo. El porcentaje de pacientes con ausencia del control de colesterol-LDL fue del 72,5% (IC del 95%: 67,4-77,6%). La proporción de pacientes en los que no se intensificó el tratamiento, aunque no presentaban un adecuado control del colesterol-LDL, fue del 56,0% (IC del 95%: 50,4-61,6%). El tiempo medio de demora sin cambio en el tratamiento desde la presencia del mal control fue de 8,0 meses (rango: 6-12). Mediante una regresión logística, las variables relacionadas de forma independiente con una inercia terapéutica (demora o no intensificación) fueron: tener síndrome metabólico (OR: 2,0), no presentar hipertensión (OR: 2,1), no tener diabetes (OR: 2,2) y no tener una cardiopatía isquémica (OR: 2,8).

CONCLUSIONES

Se comprueba una alta proporción de un inadecuado control de la dislipemia, superando los dos tercios de los pacientes con hipercolesterolemia. También es elevada la frecuencia de una posible inercia terapéutica, observándola en más de la mitad de las personas con dislipemia e identificando como factores asociados la ausencia de antecedentes de una cardiopatía isquémica, no tener diabetes o hipertensión, así como presentar un síndrome metabólico.

FINANCIACIÓN

El estudio no tiene financiación externa.

CEI

Autorizado por el Comité de Ética en Investigación con medicamentos (CEIm) con el código N.º 2023-100.

Efectividad de los tratamientos erradicadores de *Helicobacter pylori* en Atención Primaria: análisis de una cohorte nacional (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1033

Olga Pérez Nyssen^a, Encarnación Fernández Antón^b, Gabriela Alonso Martínez^b, Pablo Parra^a, Francisco J. de Abajo Iglesias^b y Javier P. Gisbert^a

^a Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-Princesa), Universidad Autónoma de Madrid (UAM). Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas. Madrid (España)

^b Departamento de CC Biomédicas (UD de Farmacología) Universidad de Alcalá (IRYCIS). Alcalá de Henares. Madrid (España)

OBJETIVOS

La infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) es la principal causa de gastritis crónica, úlcera péptica y cáncer gástrico. La mayoría de los pacientes se tratan en Atención Primaria (AP). El objetivo es evaluar la efectividad de los diferentes tratamientos erradicadores prescritos en AP.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohorte epidemiológico con datos de BIFAP, base sanitaria española que recoge la práctica clínica en AP. Se incluyeron adultos (≥ 18 años) diagnosticados de *H. pylori* entre 2003-2023 que recibieron un tratamiento erradicador. Se evaluaron los regímenes basados en guías clínicas mediante algoritmos validados. La efectividad se confirmó mediante un test antigénico en las heces o prueba del aliento en un plazo de 12 meses tras el tratamiento. Se aplicó una regresión logística ajustada por las variables clínicas. Los resultados se compararon con el registro Hp-EuReg (atención especializada).

RESULTADOS

De 211.972 pacientes identificados, 30.693 (14%) fueron incluidos en el análisis de efectividad porque presentaban un test registrado. El régimen más prescrito como primera línea tanto en AP como en especializada incluyó un inhibidor de la bomba de protones (IBP) más la cápsula única de bismuto-tetraciclina-metronidazol (BTM; Pylera®). Se observaron diferencias significativas ($p < 0,01$) en las tasas de erradicación entre los distintos regímenes. IBP+BTM mostró la mayor efectividad (91%), seguido de IBP + claritromicina (C) + amoxicilina (A) + metronidazol (M) (88%), IBP+C+A (70%) e IBP+C+M (61%). Los resultados coincidieron con los de Atención Especializada (Hp-EuReg). El modelo de regresión logística ajustado mostró que IBP+BTM fue significativamente más efectivo que otros regímenes, con menores *odds ratios* (OR) de fracaso en comparación con IBP+C+M (OR 0,15), IBP+C+A (OR 0,23) e IBP+C+A+M (OR 0,72), tras ajustar por edad, sexo, obesidad, úlcera péptica, enfermedad renal crónica y tabaquismo.

CONCLUSIONES

En AP, IBP+BTM fue el régimen más efectivo, seguido de IBP+C+A+M. Los resultados, consistentes con Atención Especializada, respaldan la recomendación de emplear la terapia cuádruple con bismuto como primera opción.

FINANCIACIÓN

BIFAP es una base de datos financiada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Las conclusiones del estudio son responsabilidad exclusiva de los autores. Agradecemos la excelente colaboración de los médicos de AP y de las comunidades autónomas participantes, así como la inestimable ayuda del Dr. M. Gil. Agradecemos a la Fundación Teófilo Herando (FTH) el apoyo financiero.

CEI

Comité de Ética en Investigación con medicamentos (CEIm) del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, EOm 01/2024.

El efecto de incentivar económicamente los indicadores de calidad asistencial sobre su recuperación tras la pandemia de COVID-19 (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1034

Roger Esteban Fabró^a, Ermengol Coma Redon^b, Eduardo Hermosilla Pérez^a, Carolina Guiriguet Capdevila^b, Xavier Marín Gómez^c y Josep Vidal Alaball^c

^a Fundació Institut Universitari per a la Recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAP Jordi Gol). Barcelona (España)

^b Sistema d'Informació dels Serveis d'Atenció Primària (SISAP), Institut Català de la Salut (ICS). Barcelona (España)

^c Intelligence for Primary Care Research Group, Fundació Institut Universitari per a la Recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAP Jordi Gol). Manresa. Barcelona (España)

OBJETIVOS

Investigar el impacto de los incentivos económicos y de la información sobre la recuperación de la calidad asistencial tras la pandemia de COVID-19.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se utilizaron datos mensuales de 37 indicadores de calidad asistencial en 287 equipos de Atención Primaria (EAP) de 2019 a 2024. Durante la pandemia se retiraron los incentivos asociados a los indicadores. Tras el primer impacto de la pandemia, 13 indicadores se reintrodujeron al programa de incentivos, y los 24 restantes no lo hicieron hasta 2023. Se analizó el tiempo de recuperación y los cambios sobre los resultados y la variabilidad en los dos grupos de indicadores, estratificando según las características de los indicadores y de los equipos. Se modeló el efecto de los incentivos sobre la probabilidad de recuperación, y se identificaron perfiles de respuesta entre los equipos.

RESULTADOS

En 2021, 11/13 (85%) indicadores incentivados temprano empezaron a recuperar sus resultados, y solo 5/24 (21%) del resto. En diciembre de 2024, más indicadores incentivados tempranamente recuperaron sus resultados pre-pandemia (85% vs 50% en el resto), a pesar de sufrir caídas más severas de sus resultados. La incentivación temprana se asoció con una probabilidad 2.06 veces más alta de recuperar los resultados pre-pandemia antes de 2023. Aun así, muchos equipos recuperaron resultados de los indicadores incentivados en 2023 antes de ese año. Se identificaron cuatro perfiles de

recuperación entre los equipos, siendo los recuperadores rápidos equipos más pequeños, rurales y con menores caídas en sus indicadores durante la pandemia.

CONCLUSIONES

Los indicadores incentivados tempranamente se recuperaron de forma más rápida y constante tras la caída de resultados durante la pandemia. Esta recuperación dependió del contexto del equipo.

FINANCIACIÓN

Financiado por la Unión Europea (Horizon Europe, referencia 101095424).

CEI

Estudio aprobado por el Comité Ético de Investigación del IDIAP Jordi Gol con el código de referencia 23/160-P.

Entre barreras y atajos: el acceso sanitario de las personas sin hogar desde la visión del tercer sector social (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1035

Mónica Fernández Alonso^a e Iratxe Pérez Urdiales^b

^a CS Zazpikaleak/Casco Viejo (Osi Bilbao-Basurto, Osakidetza). Bilbao, Bizkaia (España)

^b IIS Biobizkaia. Grupo de Investigación Enfermería Clínica y Salud Comunitaria. Barakaldo, Bizkaia (España)

OBJETIVOS

Comprender las barreras de acceso a la atención sanitaria de las personas sin hogar desde la perspectiva de los trabajadores del sector social, y las estrategias que estos utilizan para facilitar el acceso.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio cualitativo con un enfoque de descripción interpretativa sobre los trabajadores de entidades del tercer sector social y los servicios municipales (T3S) que trabajan con personas sin hogar (PSH) en una ciudad. Muestreo teórico, intencional e iterativo procurando diversidad en edad, género, rol profesional y experiencia y entorno laboral. Entrevistas en profundidad y grupo focal (32 N). Análisis temático reflexivo con triangulación de técnicas, comparación constante y contraste con expertas y participantes.

Limitaciones: acceso limitado a los trabajadores de la empresa de servicios por un bloqueo en la gerencia.

Consentimiento informado, anonimización y protección de datos.

RESULTADOS

Las barreras al acceso sanitario incluyen: requisitos de documentación, desconocimiento de las necesidades específicas de las PSH por parte de los sanitarios, prácticas discriminatorias, discontinuidad en la atención, barreras comunicacionales, escasa coordinación entre los sistemas, prioridades en la competencia y los patrones de demanda de salud en las crisis. Se suman reticencias de las PSH por las experiencias previas negativas, desconfianza en el sistema, dificultades por los consumos y las emociones relacionadas con el miedo y el estigma.

Frente a estas barreras, los T3S desarrollan un conjunto de estrategias relacionales: acompañamiento, motivación para solicitar la atención y mantener la adherencia, gestión de las citas, coordinación con los equipos de salud, y negociación de las excepciones con los aliados sanitarios.

CONCLUSIONES

Frente a las barreras estructurales al acceso, los T3S responden con estrategias relacionales. Estas prácticas facilitan la atención; sin embargo, al depender de las relaciones y la flexibilidad de actores individuales, se constituyen como soluciones frágiles, basadas en la excepción, y no permiten consolidar mecanismos estructurales de acceso equitativo a la atención sanitaria.

FINANCIACIÓN

Beca Fundació Grifols de Investigación en Bioética 2023. Beca para Estancias IIS Biobizkaia 2025. Contrato de Intensificación Actividad Investigadora IIS Biobizkaia 2023.

CEI

CEIHU 25.23 Basurto.

Evaluación de una herramienta de programación de visitas según el motivo expresado por el paciente en Atención Primaria (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1036

Alba Oliver Parra^a, Aina Casellas Torrentó^b, Marta Torres^b, Magda Piqué Bosch^a, Leonardo Méndez Boo^c y Manuela Medina Peralta^b

^a Servei Català de la Salut (CatSalut). Barcelona (España)

^b Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQUAS). Barcelona (España)

^c Sistema d'Informació dels Serveis d'Atenció Primària (SISAP). Barcelona (España)

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de la herramienta «Programación por motivos» (PxM) en la accesibilidad y longitudinalidad de los equipos de Atención Primaria (EAP) para la programación de visitas. La PxM codifica el motivo de visita y propone qué profesional debe realizarla, cuándo y cómo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cuasi-experimental con un grupo de control. 60 EAP de intervención (PxM) fueron apareados con 60 EAP con una programación de visitas de forma habitual (control) de febrero 2024 a febrero 2025. Se realizó un análisis por intención de tratar (IT) midiendo y comparando los resultados por EAP pre y posintervención, y un análisis por protocolo, comparando las 346 mil visitas programadas utilizando la PxM con visitas de motivos similares del grupo control, cuyo motivo fue extraído por un proceso de *natural language procedure* (NLP). El efecto de la intervención se estimó mediante modelos mixtos de regresión logística con el EAP como factor aleatorio.

RESULTADOS

En el grupo intervención el 12,6% de las programaciones de visita se realizaron usando la herramienta. Antes de la intervención, la accesibilidad a 5 días era del 63,5% en los dos grupos de estudio, y pasó a ser del 61,0% en el grupo control y del 66,0% en el grupo intervención. El impacto de la intervención [OR (IC95%)] se estimó en 1,25 (1,24-1,25). La longitudinalidad no mostró diferencias en el análisis por IT. El análisis por protocolo mostró una mejora en el porcentaje de visitas realizadas cuando el tiempo recomendado era de menos de 48 horas, OR = 1,59 (1,53-1,64), y una mejora en el porcentaje de visitas con el profesional de referencia OR = 1,32 (1,283-1,375).

CONCLUSIONES

Aunque el grado de implementación fue bajo, se observó una mejora de la accesibilidad. El análisis comparativo de las visitas mostró una mejora en la accesibilidad de las 48 horas y de la longitudinalidad. La PxM parece ser una herramienta útil para la gestión de la demanda.

CEI

Comité Ético de Investigación con medicamentos (CEIm) del IDIAP Jordi Gol. Código CEIm: 25/126-P.

¿Existe relación entre la longitudinalidad asistencial y la polimedicación? (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1037

Mencia Benítez Camps^a, Núria Mora Fernández^a, Ermengol Coma Redon^a, Elisabet Balló Peña^a, Manuel Quintana Montero^a y Anna Reñé Reñé^a

^a Sistemes d'informació i Suport a l'Atenció Primària. Barcelona (España)

OBJETIVOS

Evaluar diferencias en la prescripción de fármacos en relación con la longitudinalidad asistencial.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal en el que se incluyeron 290 equipos de Atención Primaria (EAP). La longitudinalidad se calculó mediante el índice del proveedor asistencial principal (IPAP), definido como el porcentaje de visitas realizadas por un mismo médico en dos años. El IPAP se usó estratificado en quintiles (Q1 menor longitudinalidad; Q5 mayor longitudinalidad) y según si el resultado era mayor o menor al 70% y se comparó con el porcentaje de pacientes polimedificados mediante la chi-cuadrado (p-valor $\leq 0,05$). Los resultados se calcularon de forma global y por ruralidad y nivel socioeconómico de los EAP.

RESULTADOS

El porcentaje de polimedificados en los EAP con una longitudinalidad $\geq 70\%$ ha sido de 0,38 (DS 0,19) vs el 0,50 (DS 0,25) de los EAP con longitudinalidad $< 70\%$ (p-valor $\leq 0,00049$). Esta relación también se observa comparando los EAP según el quintil Q1: 0,51; Q5: 0,29 (p-valor $\leq 0,05$). La correlación entre la longitudinalidad y el porcentaje de polimedificados es de -25% en los EAP de bajo nivel socioeconómico, y de +0,44% en los de nivel socioeconómico alto. Esta correlación es del -5% en los EAP rurales.

CONCLUSIONES

La longitudinalidad se asocia a un porcentaje menor de polimedificados, especialmente en los equipos con un índice socioeconómico más bajo.

FINANCIACIÓN

Este trabajo no ha recibido financiación.

CEI

Dado que todos los datos utilizados son datos agregados, no se precisa de una evaluación del Comité de Ética en Investigación (CEI).

Grado de acuerdo entre la estratificación del peso corporal estimada mediante la bioimpedancia eléctrica y el índice de masa corporal en los pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1038

María Jesús Davia Cantos^a, Carlos Llano Gómez^a, Laura Fresno Prieto^a, Carlos Martínez de la Torre^a, María del Campo Giménez^b e Ignacio Párraga Martínez^a

^a CS Zona VIII. Albacete (España)

^b Consultorio de Ledaña, Gai. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Albacete (España)

OBJETIVOS

Evaluar la concordancia de la bioimpedancia y el índice de masa corporal (IMC) en la estratificación del peso en los pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) seguidos en Atención Primaria (AP), y determinar la frecuencia de obesidad en función de su porcentaje de grasa visceral.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional transversal, incluyendo 167 pacientes adultos con DM2 seguidos en AP de tres zonas básicas de salud (ZBS). Selección de los participantes realizada mediante un muestreo consecutivo en las consultas de AP. La estratificación del peso se calculó mediante la bioimpedancia eléctrica (porcentaje de grasa) y con el IMC. También se incluyeron variables sociodemográficas, problemas de salud (CIAP-2), consumo de medicamentos, estilos de vida, determinaciones analíticas y parámetros de exploración física (peso, talla, IMC). Realizado el análisis descriptivo y bivariante, determinando el análisis de la concordancia (grado de acuerdo) mediante el índice kappa de Cohen.

RESULTADOS

Edad media de 66,8 años (DE: 7,7) y 55% hombres. El 74,3% presentaba hipertensión arterial y 71,3% dislipemia. Un 79,0% (IC del 95%: 72,6-85,5) de los sujetos fue clasificado como obeso según el porcentaje de grasa corporal determinado mediante la bioimpedancia, y un 49,1% (IC del 95%: 41,2-57,0) según el IMC, siendo estas proporciones significativamente diferentes ($p \leq 0,01$). El 10,8% (IC 95%: 5,8-15,8) presentaba sobrepeso según la bioimpedancia y el 37,7% (IC 95%: 30,1-45,4) según el IMC. El coeficiente kappa entre ambos métodos de estratificación del peso fue de 0,336, mostrando un 66,5% de concordancias.

CONCLUSIONES

El método utilizado influye en la valoración fenotípica del estado nutricional. El IMC y la bioimpedancia presentan una baja concor-

dancia para estratificar el grado de peso en la población adulta con diabetes mellitus tipo 2. La utilización de la bioimpedancia implica la identificación de una proporción considerablemente superior de los pacientes con obesidad que la habitual utilización de un índice antropométrico como el índice de masa corporal.

FINANCIACIÓN

Este trabajo no ha recibido financiación.

CEI

Autorizado por el Comité de Ética en Investigación con medicamentos (CEIm) con el código N.º 2025-024.

Indicadores comunes de evaluación de las estrategias de salud comunitaria autonómicas; estudio de consenso (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1039

Marta Domínguez García^a, Jara Cubillo Llanes^b, María Terol Claramonte^b, Bárbara Oliván Blázquez^c e Ignacio Manuel Giménez Alba^b

^a CS Calatayud Sur. Zaragoza (España)

^b Subdirección General de Promoción, Prevención y Equidad en Salud. Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud. Ministerio de Sanidad. Madrid (España)

^c Universidad de Zaragoza. Zaragoza (España)

OBJETIVOS

Definir y alcanzar consenso de indicadores comunes de evaluación de las Estrategias de Salud Comunitaria autonómicas a nivel nacional.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio cualitativo mediante una metodología Delphi modificada. Desarrollado entre abril de 2024 y febrero de 2025, se estructuró en cinco fases: 1) identificación de potenciales indicadores por el grupo promotor, 2) revisión por el Grupo de Trabajo de Salud Comunitaria del Ministerio de Sanidad, 3) panel Delphi, 4) deliberación grupal y 5) aprobación final. Mediante las dos primeras se definieron los indicadores que se presentaron al panel Delphi. Se realizaron dos rondas puntuando cada indicador con una escala Likert 1-5. Se realizó un análisis de convergencia mediante el test de Wilcoxon y de diferencias de puntuaciones entre las rondas; y análisis descriptivo de las respuestas mediante frecuencias, media, mediana, percentil 80. Se consideró, *a priori*, un consenso para la inclusión de indicadores con al menos el 80% de respuestas con puntuación de 5, así como para la exclusión de los indicadores con una mediana menor o igual a 3. Se analizó si había diferencias entre los perfiles de expertos mediante U de Mann-Whitney.

RESULTADOS

El set propuesto al panel Delphi tenía 61 indicadores. Participaron 36 expertos en las dos rondas, con una representatividad geográfica y de perfiles profesionales. Tras el análisis descriptivo, 11 indicadores fueron eliminados según los criterios establecidos *a priori*. Posteriormente, tras el debate de los indicadores que en el panel Delphi generaron controversia, se llegó al set final con 32 indicadores organizados en 5 líneas de acción. Este set final fue aprobado por los profesionales del Grupo de trabajo de Salud Comunitaria, y está publicado en la página web del Ministerio de Sanidad.

CONCLUSIONES

La elaboración y consenso de un conjunto de indicadores comunes para las Estrategias de Salud Comunitaria autonómicas permitirá la evaluación sistemática y homogénea, sirviendo de base sólida para el crecimiento de la Salud Comunitaria en España.

FINANCIACIÓN

Este trabajo no ha recibido financiación.

CEI

Este estudio se enmarca dentro de las actividades de un grupo de trabajo técnico ya constituido, el Grupo de Trabajo de Salud Comunitaria de la Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud (DGSP) del Ministerio de Sanidad. El propósito fue avanzar en uno de los objetivos ya planteados en el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027 del Ministerio de Sanidad, de mejora de la evaluación de las Estrategias de Salud Comunitaria autonómicas a nivel nacional con el consenso del conjunto de indicadores comunes de evaluación.

La participación en todas las fases del estudio fue voluntaria, y todos los participantes fueron informados sobre los objetivos del mismo. Las respuestas obtenidas del panel Delphi fueron anónimas y los expertos que respondieron aceptaron participar a través del cuestionario inicial. En ninguna fase se recogieron datos personales sensibles, y la actividad fue desarrollada en el marco de una práctica colaborativa profesional ya existente.

Inseguridad residencial y sinhogarismo en las mujeres de un barrio de bajo nivel socioeconómico de Barcelona. Estudio cualitativo sobre el impacto en la salud con perspectiva de género (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1040

María Durán i Castell^a, Laura Pi Nadal^a, Júlia Montaner Santoma^a, Guillermo Cañas Fraire^a, Valerie Mourre del Río^a y Clàudia Guasch Niubó^a

^a CAP Raval Sud. Barcelona (España)

OBJETIVOS

Describir la experiencia de la vivienda en las mujeres en situación de sinhogarismo en un barrio de bajo nivel socioeconómico de Barcelona.

Objetivos específicos:

- Conocer la salud percibida de esta parte de la población.
- Identificar sus necesidades en materia de salud y en relación con el sistema sanitario.
- Identificar las barreras y los facilitadores en el acceso al sistema sanitario.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas a 20 mujeres, seleccionadas según la clasificación ETHOS mediante un muestreo intencionado y bola de nieve a través de entidades sociales y centros de salud (CS). Se realizó un análisis temático con una triangulación de los investigadores respetando los criterios éticos de anonimato y confidencialidad.

RESULTADOS

Se identificaron dos perfiles: mujeres sin techo, con itinerarios residenciales inestables, exclusión laboral y exposición a violencias específicas; y mujeres en una vivienda insegura o inadecuada, en condiciones precarias y sobreocupadas. La sobrecarga de los cuidados no remunerados condicionó su acceso laboral y residencial, especialmente en las familias monoparentales, dificultado además por el precio elevado de los alquileres y los requisitos contractuales. Todas manifestaron un deterioro de su salud física y mental, destacando la ansiedad, el insomnio, la depresión y el dolor crónico. La necesidad prioritaria identificada fue disponer de una vivienda estable y adecuada. También reclamaron una atención sanitaria más accesible y adaptada, dispositivos asistenciales en la calle y recursos específicos para la violencia de género.

Las barreras más frecuentes fueron las dificultades administrativas (especialmente en migrantes) y el acceso limitado a los servicios de salud mental y odontología. Como facilitadores, destacaron el acceso gratuito a la medicación, la flexibilidad y la empatía profesional.

CONCLUSIONES

Garantizar el acceso a una vivienda estable y adecuada es clave para mejorar la salud de nuestras comunidades. Las políticas públicas deben priorizar la inclusión de los colectivos más invisibilizados, adaptando servicios a sus necesidades específicas con un enfoque de género para reducir las desigualdades y promover el acceso equitativo a los recursos sanitarios y habitacionales.

FINANCIACIÓN

Este trabajo no ha recibido financiación.

CEI

Código Comité de Ética en Investigación con medicamentos (CEIm): 24/252-P IDIAP Jordi Gol.

Intervención psicosocial (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1041

Valentín Calvo Rojas^a, Silvia Manzanares Rodríguez^b, Leticia Sánchez Fernández^c, Ana M.^a Ramell Gutiérrez^d, Silvia Fernández Royo^e y Eva M.^a Rodríguez Pérez^f

^a CAP Montnegre. Barcelona (España)

^b CAP Marina. Barcelona (España)

^c CAP Sants. Barcelona (España)

^d CAP Numància. Barcelona (España)

^e CAP Manso. Barcelona (España)

^f BASIQ. Barcelona (España)

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad de una intervención basada en una nueva narrativa de los síntomas de origen no orgánico, comparada con la atención clínica habitual, en los usuarios con una sobreutilización de la consulta autoiniciada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ensayo clínico pragmático, multicéntrico, controlado, con una aleatorización simple, paralelo, y no enmascarado. Participantes: 77 usuarios sobreutilizadores de la consulta (\geq percentil 95 de la distribución de visitas tipo cita previa y/o urgente al servicio de Medicina). Se comparó una intervención con un enfoque narrativo, que consistió en 10 sesiones quincenales de 50 minutos + una atención estándar / atención estándar. Para evaluar la efectividad de la intervención, calculamos la varianza de medidas repetidas tomando como factor intragrupo las puntuaciones en la escala de soporte social de Duke-UNC antes de la asignación y después de la intervención.

RESULTADOS

El grupo control estuvo compuesto por 39 (50,6%) participantes ($M = 65,0$ años, $DE = 12,7$): 28 mujeres y el grupo de intervención por 38 participantes ($M = 66,3$ años, $DE = 12,9$): 27 mujeres. Ambos grupos no se diferencian significativamente ni en el sexo ($\chi^2(1) = 0,005$; $p = 0,571$) ni en la edad ($t = 0,459$; $p = 0,648$), tampoco difirieron en ninguna de las variables sociodemográficas recogidas: estado civil, nivel de estudios, renta y situación laboral, mostrando una distribución porcentual similar. Al analizar el Duke-UNC intragrupo, en el grupo control disminuye ($M = 38,4$ puntos, $DE = 11,4$ vs $M = 34,9$ puntos, $DE = 12,0$) y en el grupo intervención aumenta ($M = 39,6$ puntos, $DE = 8,8$ vs $M = 40,6$ puntos, $DE = 8,8$), siendo esta diferencia entre

grupos significativa ($p = 0,042$). Al analizar dicha función entre los grupos al inicio no es significativa, pero sí lo es después de la intervención ($p = 0,049$).

CONCLUSIONES

Este es uno de los pocos estudios centrados exclusivamente en las consultas iniciadas por el paciente en Atención Primaria (AP).

FINANCIACIÓN

El presente proyecto ha sido financiado por una ayuda en la edición 2022 de las «beques de recerca XB» y por el Premio Especial a la Investigación en el Sector Sociosanitario 2023 de la Fundación DomusVi (4RC-0-00132-23).

CEI

Este protocolo ha sido aprobado por el Comitè Ètic d'Investigació amb medicaments (CEIm) de l'Institut D'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol), el 02/05/2023 (código 23/048-P), de acuerdo con la Declaración de Helsinki.

Motivos del uso crónico de benzodiazepinas en Atención Primaria: una exploración cualitativa (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1042

M.^a Teresa Peñarrubia María^a, M.^a Carmen Olmos Palenzuela^a, Lucy Parker^b, María Rubio Valera^b, M.^a Montserrat Gil Girbau^c e Ignacio Aznar^b

^a CAP Bartomeu Fabrés Anglada. Gavà. Barcelona (España)

^b Consorcio de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Madrid (España)

^c Grupo de Investigación en Evaluación de Tecnologías Sanitarias en Atención Primaria y Salud Mental (PRISMA). Institut de Recerca Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. Barcelona (España)

OBJETIVOS

Explorar, mediante una metodología cualitativa, los factores que influyen en el uso crónico de las benzodiazepinas (BZD) tras una nueva prescripción desde la perspectiva de pacientes y profesionales sanitarios de Atención Primaria (AP) y Salud Mental (SM).

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio cualitativo exploratorio-explicativo basado en la teoría fundamentada realizado en dos comunidades autónomas entre 2023 y 2024. El muestreo fue teórico, intencional y por conveniencia, bus-

cándose la máxima variabilidad entre los usuarios y profesionales de AP y SM.

Siguiendo un guion temático semiestructurado, las entrevistas fueron audio-grabadas, transcritas y analizadas por duplicado por cuatro investigadoras expertas en cualitativa. Se recogió información hasta alcanzar la saturación. Se entrevistaron usuarios (cinco en grupo focal; 23 entrevistas individuales; 64% mujeres) y profesionales (40 en cinco grupos focales; 88% mujeres). El análisis interpretativo se realizó mediante un proceso iterativo inductivo hasta obtener un marco explicativo definitivo.

RESULTADOS

Los factores que influyen en el uso crónico de las BZD se relacionan con el sistema sanitario y los usuarios. En el sistema, destacan los factores relacionados con los profesionales —como sus estrategias de manejo clínico y sus percepciones y actitudes frente a las BZD— y la interacción usuario-profesional. También influye la organización del sistema —como el tiempo en la consulta y la formación continuada— y la coordinación entre los profesionales sanitarios. A nivel de usuarios/as, destacan los factores biopsicosociales, los antecedentes patológicos y percepciones y las actitudes frente al problema de salud y las BZD.

CONCLUSIONES

El uso crónico de BZD está influido por factores relacionados con el sistema sanitario y comportamientos de los usuarios, algunos de los cuales son modificables. Es clave promover la toma de decisiones compartidas, la coordinación multidisciplinar y la formación continuada en SM y alternativas no farmacológicas en AP. Esto podría mejorar la adecuación del uso de las BZD, la seguridad del paciente y la sostenibilidad del sistema, a la vez que promover el autocuidado.

FINANCIACIÓN

Convocatoria Intramural Proyectos CIBERESP 2022 (ESP22PI08). Ayudas Isabel Fernández 2023. Ajuts Magic Line 2024 per a projectes d'interès social.

CEI

Comité Ético de la Universidad Miguel Hernández (PI 81/2022) y de la IDIAP Jordi Gol (23/203-P).

¿Nos entienden los pacientes? Análisis de la legibilidad de los documentos informativos en Atención Primaria (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1043

Erica Izquierdo García^a, Guillermo García Velasco^b, Rubén Darío Villa Estébanez^c, Natalia Izquierdo García^d, Alba Méndez Gallego^d y Beatriz Ibaseta Serrano^c

^a Servicios Centrales SESPA. Oviedo. Asturias (España)

^b CS La Calzada. Gijón. Asturias (España)

^c CS Grado. Oviedo. Asturias (España)

^d Unidad Docente Multiprofesional Familiar y Comunitaria. Oviedo. Asturias (España)

OBJETIVOS

- Evaluar la legibilidad de las hojas educativas y documentos sobre procedimientos disponibles en ECAP (Estación Clínica de Atención Primaria donde se registra la información clínica).
- Analizar la relación entre el nivel de complejidad textual y el tipo de información.
- Identificar y mejorar los textos dirigidos a los usuarios/pacientes potencialmente difíciles de comprender.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal de 67 documentos dirigidos a los pacientes y disponibles en ECAP.

Se analizaron con la herramienta Legible utilizando cinco índices de legibilidad en español: INFLESZ, Fernández-Huerta, Szigriszt-Pazos, legibilidad μ y Spaulding. También se evaluaron métricas estructurales (número de palabras, longitud media de palabra y frase, y tiempo estimado de lectura). Se calcularon estadísticos descriptivos y se aplicaron pruebas χ^2 para las variables categóricas y ANOVA para las variables cuantitativas ($p < 0,05$). Se empleó el software JASP. El estudio está autorizado por el Comité de Ética del Principado de Asturias, quien exime del consentimiento informado, ya que no implica el manejo de datos personales.

RESULTADOS

El tiempo medio de lectura fue de $1,7 \pm 1,6$ minutos. Un 16,4% y 17,8% de los textos mostraron baja comprensión según los índices de Flesch y Fernández-Huerta, respectivamente. Según la legibilidad μ , el 84,2% de los documentos fueron clasificados como «difíciles» o «algo difíciles». Las hojas de procedimientos resultaron significativamente menos comprensibles que las informativas ($p < 0,05$ en todos los índices, salvo en la legibilidad μ).

CONCLUSIONES

Los materiales analizados presentan un nivel de legibilidad subóptimo. La complejidad gramatical y terminológica puede limitar su

utilidad informativa y educativa. Una nueva mirada a estos textos y su posterior reescritura con estructuras más simples y lenguaje claro es una estrategia factible y necesaria para mejorar la comprensión lectora en el ámbito asistencial.

CEI

Autorizado.

Prevalencia del dolor según el informador en los pacientes paliativos con demencia avanzada (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1044

Àngels Ballarín Castany^a, Roger Codinachs Alsina^a, Marta Serrarols Soldevila^a, Ramón Oller Piqué^b, Lorena Bjo Peñas^c y Xavier Gómez-Batiste Alentorn^d

^a EAP Vic. Vic. Barcelona (España)

^b Departament d'Economia i Empresa. Universitat de Vic-UCC. Vic. Barcelona (España)

^c Hospital de la Santa Creu de Vic. Hospital Universitari de Vic. Vic. Barcelona (España)

^d Facultat de Medicina. Universitat de Vic-UCC. Vic. Barcelona (España)

OBJETIVOS

- Determinar la prevalencia del dolor en los pacientes paliativos por la demencia avanzada.
- Detectar las diferencias en la prevalencia del dolor en función del informador: paciente o cuidador.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal, multicéntrico en tres áreas de salud, un hospital de atención intermedia y cinco centros residenciales.

Criterios de selección: se incluyeron todos los pacientes con enfermedad una crónica avanzada según el instrumento NECPAL de la trayectoria de demencia.

Se incluyeron 75 pacientes. Se determinó la presencia e intensidad de dolor según la escala BPI o PAINAD, si hay demencia invalidante. Se realizó un análisis estadístico descriptivo y comparativo entre las variables utilizando un programa R versión 4.2.2. Límite de significación alfa 0,05.

Limitaciones: el tamaño relativamente pequeño de la muestra, el diseño transversal no permite valoraciones longitudinales. Debe considerarse que los pacientes evaluados con PAINAD corresponden a fases más avanzadas de demencia, y se desconoce si esto tiene un impacto en la percepción del dolor.

RESULTADOS

La prevalencia del dolor fue del 87,7%, sin diferencias según quien reportaba el dolor.

La intensidad del dolor fue significativamente mayor en los pacientes que podían informarlo autónomamente respecto el informado por un observador ($p < 0,001$).

CONCLUSIONES

El dolor es altamente prevalente en los pacientes paliativos con una demencia avanzada.

Las dificultades de comunicación pueden suponer un riesgo de infravaloración del dolor, especialmente al cuantificar la intensidad. La exploración proactiva del dolor debería incluirse en el cuidado habitual de este tipo de pacientes.

Es necesario desarrollar instrumentos objetivos para cuantificar el dolor en los pacientes con una demencia avanzada y estrategias multidimensionales para abordarlo.

FINANCIACIÓN

Forma parte de una tesis doctoral que recibió una ayuda del Pla de Doctorats Industrials de la Secretaria d'Universitats i Recerca del Departament d'Empresa i Coneixement de la Generalitat de Catalunya. Obtuvo el Premio Fernando Vidal 2024 de la Societat Catalana del Dolor.

CEI

Aprobación por los Comités de Ética de Investigación Clínica: Fundació Unió Catalana d'Hospitals (18/66), IDIAP Jordi Gol (19/037-P) y Comitè Ètic de la Recerca UVic-UCC (77/2019).

Prevalencia de personas con demencia o deterioro cognitivo leve que han registrado un documento de voluntades anticipadas (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1045

Eloi Bernat Lewy Munuera^a, Mónica Martínez de la Cuadra Puértolas^a, Andrea Fernández de Intxaurza^a, Sheila Alonso Álvarez^a, Naia Ibarretxe Iturrizaga^a y Janire Gallejones Eskubi^b

^a CS Etxebarri. Bizkaia (España)

^b Hospital de Galdakao. Usansolo. Bizkaia (España)

OBJETIVOS

Determinar el porcentaje de pacientes con demencia o deterioro cognitivo leve (DCL) que tienen registrado el Documento de Volun-

tades Anticipadas (DVA), así como analizar las diferencias sociodemográficas entre ellos.

MATERIAL Y MÉTODOS

En febrero de 2025 se realizó un análisis descriptivo que incluyó a personas mayores de 60 años diagnosticadas con una demencia adquirida o DCL. Para la clasificación socioeconómica se utilizó el Índice de Privación (IP), aunque en el 23% de los casos no se disponía de esta información.

RESULTADOS

En el área de salud estudiada se identificaron 5827 personas con demencia o DCL, con una edad media de 85 años (rango: 60-106 años). La mayoría tiene la nacionalidad española y el 60% son mujeres.

Entre las personas con demencia, el tipo más prevalente es la enfermedad de Alzheimer, con 1878 casos (60,6%), seguida de la demencia vascular (18%) y la demencia con cuerpos de Lewy (10,5%). El 54,28% de la muestra corresponde a personas diagnosticadas con DCL.

De los 5827 pacientes con algún grado de deterioro cognitivo, solo 121 (2,08%) tienen registrado el DVA. Este porcentaje es ligeramente mayor en las personas con DCL (2,47%) que en aquellas con demencia (1,64%). El análisis por niveles del IP no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos socioeconómicos en cuanto al registro del DVA ($p = 0,96$), con proporciones que oscilan entre el 2,4% y 2,9%.

CONCLUSIONES

Solo el 2,08% de las personas con demencia o DCL tienen registrado el DVA, sin diferencias relevantes entre los niveles socioeconómicos.

Dado que estas condiciones pueden predisponer a la pérdida de capacidad de toma de decisiones, especialmente en fases avanzadas, sería conveniente promover estrategias de información y facilitar el registro del DVA tanto en el diagnóstico como durante el seguimiento clínico. Esta acción contribuiría a respetar la autonomía de los pacientes, garantizar sus deseos en la atención futura y mejorar la planificación asistencial.

CEI

Comité de Ética de la Investigación de la Organización Sanitaria Integrada Berrualde-Galdakao. Protocolo 01/25.

Prevalencia del tratamiento crónico de betahistina en una muestra poblacional (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1046

Sergio Morell Torrellas^a, Yolanda Rando Matos^b y José Luis Ballvé Moreno^b

^a CAP Santa Rosa. Santa Coloma de Gramanet. Barcelona (España)

^b CAP Florida Nord. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona (España)

OBJETIVOS

Evaluar la prevalencia del tratamiento crónico inadecuado de betahistina en la población de «SP-D», y qué proporción de especialistas médicos recetan betahistina en el sistema sanitario público.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional transversal mediante una extracción secundaria de datos de la población mayor a 15 años del territorio «SP-D» de 2023, que corresponde a 449.952 personas, que tuvieran un tratamiento de betahistina mayor o igual a tres meses. Mediante la historia clínica compartida del territorio y la receta electrónica se realizó la extracción y exploración de datos, analizando diagnósticos asociados, la especialidad del médico prescriptor, la edad y el sexo. Las limitaciones del programa de farmacia no nos permitieron una completa trazabilidad para conocer con exactitud los médicos iniciadores de la prescripción médica durante todo el año.

RESULTADOS

En 2023, se identificaron 836 pacientes con una prescripción crónica de betahistina en la población «SP» (prevalencia: 0,27%). El vértigo inespecífico fue el diagnóstico más frecuente (51%), seguido de «otros» (30%). Solo el 6,6% tenía diagnóstico de síndrome de Ménière. La mayoría fueron prescritos por médicos de familia (96,2%). La duración media del tratamiento fue de 673 días. El 75% de los pacientes con tratamiento crónico eran mujeres, con una edad media de 75 años. A menor edad se asoció con mayor adecuación terapéutica.

CONCLUSIONES

Se identificó una discrepancia significativa entre la indicación terapéutica de betahistina, su evidencia y la práctica clínica habitual en nuestra población. Se evidenció una prescripción crónica de betahistina altamente frecuente en los pacientes con vértigos inespecíficos. Se destaca que solo una minoría de nuestra muestra presenta el diagnóstico asociado de síndrome de Ménière, su única indicación en ficha técnica.

La falta de trazabilidad del prescriptor inicial no nos permitió conocer con perfecta exactitud el especialista inicial en prescribir betahistina, pero evidenció el papel angular del médico de familia en este proceso.

Se justifica implementar estudios en el futuro de desprescripción de la betahistina y del manejo del vértigo.

FINANCIACIÓN

Este trabajo no ha recibido financiación.

CEI

Informe del Comité de Ética de la Investigación (CEI) aprobado por el IDIAP Jordi Gol: Código CEIm: 24/243-EOm con fecha 10/07/2024.

Redes neuronales profundas para la detección y análisis de la tos en la enfermedad respiratoria (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1047

José Ramón Garmendia Leiza^a, M.^a Dolores Aguilar García^a, Pablo Casseca de la Higuera^b, Agustín García Ruano^c, Inés Varona Peña^b y Patricia Amado Caballero^b

^a CS Jardinillos. Palencia (España)

^b Laboratorio de Procesado de Imagen. ETSI Telecomunicaciones. Universidad de Valladolid. Valladolid (España)

^c CS Alaejos. Valladolid (España)

OBJETIVOS

Evaluar el uso de las redes neuronales profundas para el análisis automático de la tos sintomática en una enfermedad respiratoria. El análisis automático de la tos constituye una herramienta clave para la detección temprana, útil en el cribado y la telemedicina, donde el acceso rápido al diagnóstico puede marcar una diferencia crítica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional durante 24 horas en condiciones de vida real de 20 pacientes adultos (9 mujeres, 11 hombres) con una tos persistente debido a patologías respiratorias específicas (IRA, neumonía, EPOC, cáncer, asma, bronquiectasias, sarcoidosis), que se agruparon en 6 conjuntos de comparación (G1-G6) contrastando la EPOC globalmente con el resto de las enfermedades (G2,G3 sin incluir cáncer de pulmón), e individualmente con (G4 —IRA y neumonía—, G5 —crónicas no EPOC—, G6 —cáncer de pulmón—) y pacientes crónicos vs no crónicos (G1). Se analizaron espectrogramas de audio de un segundo con una red neuronal convolucional (CNN) para detectar eventos de tos e identificar las enfermedades de los pacientes dentro de los grupos definidos. Los modelos se validaron también con dos bases de datos independientes: CoughVid, que recoge grabaciones de tos obtenidas de forma remota sin supervisión clínica, y Coswara, que incluye grabaciones en el contexto clínico.

RESULTADOS

El modelo de detección de tos alcanzó una sensibilidad del 87% y una especificidad del 95% al evaluarse sobre nuestra base de datos. En cuanto a la identificación de enfermedades, se entrenaron modelos para comparar patologías individualmente, considerando los cuatro grupos mencionados. En cuatro de los seis experimentos realizados los modelos superaron una precisión media del 85%. En particular, el modelo entrenado para distinguir el asma del resto fue validado con Coswara, alcanzando un 80% de precisión.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos destacan el potencial del enfoque propuesto como herramienta eficaz para la detección temprana de las enfermedades pulmonares en los entornos de diagnóstico remoto.

FINANCIACIÓN

- TED2021-131536B-I00, financiado por MCIN/AEI/10.13039/501100011033 y «NextGenerationEU»/PRTR.
- GRS 2837/C/2023 financiado por la Gerencia Regional de Salud, Junta de Castilla y León.

CEI

Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) del área de salud de Palencia. Código 2023/027.

Relación entre el tamaño del cupo y los resultados de los indicadores de calidad, accesibilidad, longitudinalidad y frecuentación en Atención Primaria (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1048

Manuel Quintana Montero^a, Francisco Ramos Pérez^a, Nemesio Moreno Millán^a, Eduardo Hermosilla Pérez^b, Francesc Fina Avilés^b y Mireia Fàbregas Escurriola^b

^a Sistema d'Informació dels Serveis d'Atenció Primària (SISAP). Institut Català de la Salut. Barcelona (España)

^b SISAP Research Group (GR-SISAP). Fundació Institut Universitari per a la Recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAP Jordi Gol). Barcelona (España)

OBJETIVOS

Analizar la relación entre el tamaño del cupo de los profesionales de Medicina de Familia (MF) y los indicadores de calidad, accesibilidad, longitudinalidad y frecuentación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal en el que se incluyeron todos los profesionales de MF con un cupo de pacientes asignados ≥ 500 y ≤ 2.500 , y con resultados disponibles en los indicadores de calidad. Se analizó la relación entre el tamaño del cupo (como variable continua y estratificada por quintiles) y los resultados de los indicadores de calidad asistencial, calidad de la prescripción, longitudinalidad (calculada mediante el índice del proveedor asistencial principal), accesibilidad, frecuentación y número de visitas anuales, usando el coeficiente de correlación de Pearson y el análisis de la varianza (ANOVA). Posteriormente, se ajustó un modelo de regresión usando el tamaño del cupo como variable dependiente y los indicadores y otras variables de ajuste como variables explicativas. La principal limitación del estudio es que el tamaño de los cupos en nuestra comunidad se establece en función de las características poblacionales.

RESULTADOS

Se incluyeron 3.752 profesionales de MF con un cupo medio de 1.402 pacientes asignados. No se encontró una correlación entre el tamaño del cupo y los indicadores de calidad asistencial, calidad de la prescripción ni la longitudinalidad. Se observó una correlación débil con la accesibilidad ($r = -0,20$, a menor cupo, mayor accesibilidad), la frecuentación ($r = -0,47$, a menor cupo, mayor frecuentación) y el número global de visita ($r = 0,47$, a mayor cupo, mayor número de visitas anuales). Estas asociaciones se mantuvieron después de ajustar los modelos estadísticos y usando la variable estratificada.

CONCLUSIONES

No se encuentra una relación entre el tamaño del cupo y los indicadores de calidad asistencial, calidad de prescripción ni longitudinalidad. Sin embargo, los cupos pequeños tienen una mayor accesibilidad, menor número de visitas y mayor frecuentación, aunque las diferencias son pequeñas.

CEI

Estudio aprobado por el Comité de Ética correspondiente con el código 25/075-P.

Relación entre la presencia de enfermedades crónicas y la soledad no deseada (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1049

Carmen Campa Wisbaum^a, María Cabello Salmerón^a, Marta Miret García^a, Jesús Godino Cruz^a, Beatriz Olaya Guzmán^b y Joan Domènech Abella^b

^a Universidad Autónoma de Madrid. Madrid (España)

^b Institut de Recerca Sant Joan de Déu. Barcelona (España)

OBJETIVOS

Analizar la relación entre la presencia de enfermedades crónicas y la soledad no deseada en los adultos en España.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal basado en la cohorte 2019 del proyecto «Edad con Salud», con una muestra representativa de 3.002 adultos no institucionalizados de Madrid y Barcelona. La muestra fue recogida entre 2019-2021 y estratificada por edad (18-49 y ≥ 50 años). Las entrevistas domiciliarias se realizaron mediante CAPI (entrevista asistida por ordenador), con una tasa de respuesta del 69,9%. El protocolo fue traducido siguiendo directrices de la OMS (2014) y administrado por entrevistadores entrenados. Se evaluó la presencia de 17 enfermedades crónicas mediante un autoinforme y la soledad no deseada mediante el UCLA Loneliness Scale abreviado (3 ítems).

Se realizó una regresión lineal múltiple para explorar la asociación entre las enfermedades crónicas y la soledad ajustando por edad, sexo, actividad física, nivel educativo y estado civil. La muestra analítica final fue de 2.877 participantes.

Los datos fueron anonimizados y el estudio aprobado por el Comité Ético de la Fundació Sant Joan de Déu en Barcelona (PIC-129-17) y el Hospital Universitario La Princesa, Madrid (PI-2801).

RESULTADOS

La suma de enfermedades crónicas se asoció con mayores niveles de soledad (coeficiente 0,08, $p < 0,0001$), incluso tras ajustar por covariables (coeficiente 0,07, $p < 0,0001$). En el análisis individualizado, solo las enfermedades hepáticas (coeficiente 0,54), digestivas (0,23), arritmias (0,43), ictus (0,32) y de dolor lumbar (0,33), dolor cervical (0,28), mostraron asociaciones significativas ($p < 0,05$ en todas) al ajustar por covariables.

CONCLUSIONES

La soledad es un fenómeno en expansión y complejo. Al ser un estudio transversal, no se puede establecer una causalidad. No obstante, identificar enfermedades vinculadas con la soledad puede ayudar a los médicos de familia a detectar grupos vulnerables y recomendar intervenciones sociales más adecuadas, como la prescripción social.

FINANCIACIÓN

Este trabajo ha sido financiado por el Séptimo Programa Marco de la Comunidad Europea (FP7/2007-2013) (número de acuerdo de subvención 223071, COURAGE in Europe); el Ministerio de Ciencia e Innovación de España ACI-Promociona (número de subvención ACI2009-1010); el Instituto de Salud Carlos III-FIS (números de subvención PS09/00295, PS09/01845, PI12/01490, PI13/00059, PI16/00218, PI16/00173, PI19/00150, PI19/00103, PI19/00088, PI19/00235); y CIBER – Consorcio Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBER de Salud Mental, Instituto de Salud Carlos III, Minis-

terio de Ciencia e Innovación). Los proyectos PI12/01490, PI13/00059, PI16/00218, PI16/00173, PI19/00150, PI19/00103, PI19/00088 y PI19/00235 han sido cofinanciados por la Unión Europea a través del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER), «A Way to Build Europe». Carmen Campa en sí no ha recibido financiación para este estudio.

CEI

Los datos fueron anonimizados y el estudio aprobado por el Comité Ético de la Fundació Sant Joan de Déu en Barcelona (PIC-129-17) y el Hospital Universitario La Princesa, Madrid (PI-2801).

¿Se puede medir la fragilidad con índices electrónicos? Estudio longitudinal de 6 años en personas mayores (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1050

Sheila Casas Vázquez^a, Lucía Amalia Carrasco Ribelles^b, Ester Cano Costa^c, Marc Danés Castells^d y Concepció Violan Fors^e

^a CAP La Sagrera. Barcelona (España)

^b IDIAP Jordi Gol. Barcelona (España)

^c CAP Sant Roc. Badalona. Barcelona (España)

^d CAP de Sant Quirze del Vallès. Barcelona (España)

^e USR Metropolitana Nord. Mataró. Barcelona (España)

OBJETIVOS

Medir la fragilidad con dos índices electrónicos, eFRAGICAP y eSIF, analizando sus componentes, la clasificación de los distintos estados de fragilidad en las personas 65 años, y su capacidad predictiva respecto a eventos adversos en salud (mortalidad, atención domiciliaria e institucionalización en residencias) a los 1, 2 y 5 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio longitudinal retrospectivo de 6 años (2014-2019) basado en registros electrónicos de salud de atención primaria en Catalunya. Se incluyeron 966.765 personas usuarias del sistema público ≥ 65 años, clasificadas en cuatro niveles de fragilidad según ambos índices. Se evaluó la concordancia entre los índices (índice Kappa), el solapamiento de ítems (índice de Jaccard) y la asociación con los desenlaces mediante modelos de Cox y Fine-Gray para los riesgos competitivos. La concordancia entre los índices y el rendimiento predictivo se evaluaron utilizando métricas de desempeño, gráficos de calibración y 100 remuestreos *bootstrap*.

RESULTADOS

Los índices compartieron 23 déficits (23,4%) de ítems. eFRAGICAP clasificó al 48,3% como robustos, mientras que eSIF identificó una

mayor proporción como prefrágiles (42,5%). La concordancia global fue moderada ($\kappa = 0,61$), alta en individuos sin fragilidad (87%) y decreciente a medida que aumentaba la gravedad de la fragilidad. Ambos índices mostraron una clara asociación entre una mayor fragilidad y un peor pronóstico (aumento del riesgo de mortalidad, atención domiciliaria e ingreso en residencia). eSIF tuvo mejor capacidad predictiva para la mortalidad, mientras que eFRAGICAP fue superior para la atención domiciliaria e institucionalización. Se observa una mayor prevalencia de fragilidad en las mujeres y personas residentes en las áreas más desfavorecidas (MEDEA alto).

CONCLUSIONES

Ambos índices estratifican eficazmente el riesgo de fragilidad a partir de registros clínicos. eFRAGICAP es más operativo para el cribado poblacional y eSIF es una herramienta más sensible para detectar la fragilidad avanzada. Su uso combinado podría optimizar la identificación y el seguimiento de los pacientes con fragilidad en Atención Primaria (AP).

CEI

Comité de Ética de la Investigación de medicamentos del IDIAP J Gol 19/158-P.

Tendencias en el consumo de benzodiazepinas y antidepresivos en nueve países europeos (2010-2022) (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1051

Caterina Vicens Caldentey^a, Cristina García Sierra^b, Francisco Reus Perelló^c, Marc Romero Giner^d, Gabriel Comas Bosque^a y Luz Mosteiro Carretero^a

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

^b CS Es Pla. Sineu. Illes Balears (España)

^c Caringbah Medical and Dental Centre. Sídney (Australia)

^d CS Santa Ponsa. Illes Balears (España)

OBJETIVOS

Describir la tendencia del consumo de benzodiazepinas (BZD) y antidepresivos (AD) durante un período de 13 años (2010-2022) en nueve países europeos y analizar la variabilidad entre ellos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo ecológico con datos agregados de bases de datos de acceso público.

Datos procedentes de la base de datos de la Organisation for Economic Co-operation and Development (OCDE), <https://data-explorer.oecd.org/>, con datos aportados por los correspondientes países so-

bre la prescripción y dispensación de medicamentos procedentes de su sistema de salud.

Grupos terapéuticos: benzodiazepinas (N05B+N05C) y antidepresivos (N06A) de la clasificación internacional ATC (OMS).

Unidad de medida: dosis diarias definidas por 1.000 habitantes/día (DHD).

Base de datos de la OCDE: los nueve países analizados incluyen la totalidad de las prescripciones realizadas de forma ambulatoria, además, cinco países incluyen las prescripciones realizadas en el hospital: Suecia, Francia, Dinamarca y España y Alemania desde 2018; y otros cinco países también incluyen la prescripción procedente de la medicina privada, no reembolsada por el sistema público de salud: Portugal, Suecia, Francia, Islandia y Dinamarca.

RESULTADOS

El consumo de BZD presenta una gran variabilidad entre los países analizados: Alemania, Holanda y Reino Unido tienen en 2022 un consumo inferior a 15 DHD e Islandia, España y Portugal tienen un consumo superior a 90 DHD. En el conjunto de los países la tendencia es a la estabilización o al descenso.

El consumo de AD también presenta una gran variabilidad. Holanda en 2022 tiene un consumo de 49,4 DHD e Islandia lo triplica con 157 DHD. La tendencia durante el período de estudio es ascendente en todos los países analizados.

CONCLUSIONES

Existe una gran variabilidad en el consumo de benzodiazepinas y antidepresivos en los países estudiados. Se aprecia una tendencia general a la estabilización y/o descenso en el consumo de BZD, y una importante tendencia ascendente del consumo de antidepresivos en todos los países.

CEI

Se trata de un estudio ecológico con datos agregados de acceso público.

No aplicable el Comité de Ética en Investigación con medicamentos (CEIm).

Uso de antibióticos en los pacientes ambulatorios 2012-2022: prescripción y clínica (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1052

Javier Arranz Izquierdo^a, Irene María García Mosquera^b, Daniel Ruiz Aguilera^b, Andreu Reviriego Martorell^b y Joan Llobera Cànaves^c

^a CS Escola Graduada. GAP Mallorca. Palma de Mallorca. Illes Balears (España)

^b Departament de Ciències Matemàtiques i Informàtica. Universitat de les Illes Balears. Palma de Mallorca. Illes Balears (España)

^c Institut d'Investigació Sanitària Illes Balears (IDISBA). Palma de Mallorca. Illes Balears (España)

OBJETIVOS

Describir la prescripción clínica ambulatoria de antibióticos sistémicos durante 2012-2022, distribuido en cuatro períodos: preCOVID, COVID, posCOVID 12 y 24 meses.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, prescripción-indicación, de las prescripciones de antibióticos sistémicos a pacientes ambulatorios. Variables: grupo terapéutico, agrupaciones diagnósticas, sexo y edad del destinatario, ámbito de prescripción. Se calcularon medias de las tasas de prescripción mensuales por período (TPm = total de prescripciones del mes / Σ personas-año del período por 1.000).

RESULTADOS

Total de prescripciones 5.326.754. La TPm pasó de 39,05 a 38,09, disminuyendo un 40% en el período COVID. Los > 80 años tuvieron TPm preCOVID, 73,97 con un aumento significativo del 15%. Las mujeres tuvieron TPm superiores a los hombres en todos los períodos (45,95 a 46,53). La prescripción en Atención Primaria (AP) disminuyó del 70% del total preCOVID al 60%, aumentando en las urgencias extrahospitalarias y en los hospitales.

En el período COVID, la TPm disminuyó >40% en AP y las urgencias extrahospitalarias, solo un 15% en los hospitales. La AP fue el único ámbito que mantuvo una TPm significativamente inferiores en el período posCOVID 24 m. La TPm en AP tiene una amplia variabilidad entre las zonas de salud (preCOVID, 17 a 43) disminuyendo ese rango en el período COVID (8,9 a 23).

Amoxicilina/clavulánico, TPm mayor en todos los períodos (preCOVID, 11,77; posCOVID 24 m, 10,78), amoxicilina (7,87; 5,9) y azitromicina (6; 6,68). La fosfomicina no presentó una variación durante la etapa COVID (3,59; 5,37)

Grupos diagnósticos: respiratorias (TPm preCOVID 6,42; posCOVID 24 m 4,66), infecciones urinarias (5,99; 7,97), sin disminución durante el período COVID, no infecciones (5,65; 5,47) y amigdalitis (5,53; 4,16).

CONCLUSIONES

La prescripción antibiótica ha regresado a los niveles preCOVID, con un aumento marcado en los hospitales y las urgencias extrahospitalarias. La amoxicilina/clavulánico es el antibiótico más prescrito, con un incremento de la azitromicina. Las infecciones respiratorias son el principal motivo de prescripción, con una importante disminución en COVID. Las infecciones urinarias no se vieron afectadas por la COVID.

FINANCIACIÓN

Beca de Ayuda a la Investigación de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca.

CEI

Comité de Ética de la Investigación con medicamentos de las Illes Balears (CEIm-IB). CEI: IB 5100/23 PI.

Utilidad de la ecografía pulmonar en la insuficiencia cardíaca con una fracción de eyección preservada en Atención Primaria (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1053

Eva Leceaga Gaztambide^a, Mar Domingo Teixidor^b, Laura Conangla Ferrín^c, Carmen Ruiz Escalera^a, Rocío García-Gutiérrez Gómez^d y Pere Torán Montserrat^e

^a EAP Mataró 7 Ronda Prim. Mataró. Barcelona (España)

^b Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona (España)

^c CAP Centre-Vila. Badalona. Barcelona (España)

^d Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. Madrid (España)

^e Unidad de Soporte a la Investigación del Área Metropolitana Nord. Instituto de Investigación IDIAP Jordi Gol. Mataró. Barcelona (España)

OBJETIVOS

Evaluar la relación entre los hallazgos de la ecografía pulmonar (EP), los parámetros clínicos y los biomarcadores de congestión en los pacientes con una insuficiencia cardíaca crónica con una fracción de eyección preservada (ICFEP) en seguimiento por Atención Primaria (AP).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico que incluyó pacientes ambulatorios con ICFEP y estabilidad clínica en los tres meses previos. En la visita basal se registraron: niveles plasmáticos de NT-proBNP y CA125, test de marcha de seis minutos (6MWT), índice de fragilidad VGI, cuestionario de calidad de vida Minnesota

Living with Heart Failure (MLWHF), y una EP con protocolo de 28 zonas torácicas, realizadas con un ecógrafo portátil con clips de seis segundos y analizadas posteriormente.

RESULTADOS

Se incluyeron 192 participantes (77,3 ± 9,9 años, 51,6% mujeres, índice de masa corporal (IMC) 29,8 ± 5,9, NT-proBNP 992 pg/ml [Q1-Q3 346,5-2013,5]. CA- 125 14,4 [Q1-Q3 10,1-23,1]. La mediana de líneas B fue de 2 [Q1-Q3 0-39], y el 73,4% de los pacientes presentaron líneas B. Las zonas con mayor número de líneas B son las zonas inferiores derechas [zona 16 (x = 0,6) y zona 15 (x = 0,4) seguido de las áreas inferiores izquierdas (zona 29 (0,4)]. Un mayor recuento de líneas B se asoció con cifras elevadas de presión arterial sistólica, diagnóstico de anemia, mayores valores de urea y mayor presencia de crepitantes a la auscultación. Se observó una asociación lineal significativa entre el número de líneas B y los valores log-transformados de NT-proBNP (p < 0,001), así como de CA 125 (p < 0,05). Sin embargo, esta asociación no se observó con el MLWHF (p = 0,389), el 6MWT (p = 0,889) ni el índice frágil- VGI (p = 0,281).

CONCLUSIONES

El número de líneas B detectadas por EP se asocia con niveles elevados de NT-proBNP y CA-125 en pacientes ambulatorios con ICFEP.

FINANCIACIÓN

Beca Isabel Fernández 2024.

CEI

Código 21/241-P.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN – FORMATO PÓSTER CON PRESENTACIÓN ORAL

Actitudes de los pacientes hacia la deshabituación de benzodiazepinas. Datos preliminares del estudio Benzoproms (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1054

Carmen Herrero Domínguez-Berrueta^a, Ana Gangoso Fermoso^a, Cristina Rodríguez Fernández-Oliva^b, Nuria González Alonso^b, Eva Prieto Utiel^a y Virginia Greciano Greciano^a

^a Dirección Asistencial Noroeste. Farmacia de Atención Primaria. Majadahonda. Madrid (España)

^b CS Cerro del Aire. Majadahonda. Madrid (España)

OBJETIVOS

Cuantificar el porcentaje de pacientes ≥ 50 años predispuestos a la deshabituación de benzodiazepinas (BZD). Identificar qué variables se relacionan con la predisposición a la deshabituación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, transversal y multidisciplinar. Inclusión de forma consecutiva de pacientes ≥ 50 años que acuden a la consulta de un centro de salud (CS) en marzo del 2025 y estaban tomando BZD durante más de 3 meses, se excluyeron pacientes psiquiátricos o con clonazepam.

Intervención: cuestionario validado de 6 preguntas reportado por el paciente. Entrevista telefónica por el farmacéutico de Atención Primaria (AP) para contrastar las variables sociodemográficas y farmacoterapéuticas.

Variables de resultado: predisposición a la deshabituación (PD) según el cuestionario. Sociodemográficas: edad, sexo, nivel de estudios y cohabitabilidad. Farmacoterapéuticas: polimedicaado (≥ 5 fármacos crónicos), intento previo de deshabituación y duración del tratamiento (DT). Análisis descriptivo y de relación de las variables.

RESULTADOS

Se incluyeron 46 pacientes. Edad media 67,4 (DE 11,6), 74% mujeres y 9,4 años DT (DE 5,8). 34 pacientes PD (73,9%).

Se observó una mayor tendencia a la PD en: mujeres frente hombres (76,5% vs 66,7%), los que viven solos frente a acompañados (87,5% vs 66,7%) y, en intentos previos de deshabituación frente sin intentos (78,3% vs 69,6%); aunque no se obtuvo una significación estadística. La DT media fue menor en los PD 8,9 (DE = 6) vs 10,6 (DE = 5,3) años ($p = 0,74$).

No se observó diferencia en la PD en los que tienen estudios universitarios frente a sin estudios universitarios (77,8% vs 71,4%); polimedicaados frente no polimedicaados (75,0% vs 73,1%).

CONCLUSIONES

Según lo reportado por los pacientes existe un alto porcentaje de PD. Las mujeres, los que viven solos y los que han realizado intentos previos presentaron una mayor tendencia a la deshabituación. La PD fue similar entre los que tenían estudios universitarios o no y entre los polimedicaados o no. La DT con BZD fue similar entre los PD y los no PD.

FINANCIACIÓN

Este trabajo no ha recibido financiación.

CEI

Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda. Aprobado CEIm 08/25.

Actitudes, conocimientos y necesidades formativas en el dolor crónico: encuesta nacional a las médicas y médicos de familia socios y socias de la semFYC (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1055

M.^a Ángeles Fernández de Luco Abadía^a, M.^a Victoria García Espinosa^b, Mayte Serrat López^c, M.^a Rosario Elcuaz Viscarret^d, Daniela Blanco Echezurria^e y María Muñoz Capron-Manieux^f

^a OSI Bilbao-Basurto. Bizkaia (España)

^b Atención Primaria. Madrid (España)

^c Hospital de la Vall d'Hebron. Barcelona (España)

^d CS San Juan. Pamplona. Navarra (España)

^e Atención Primaria. Illes Balears (España)

^f OSI Uribe. Bizkaia (España)

OBJETIVOS

Analizar los conocimientos, actitudes y necesidades formativas en el dolor crónico entre las médicas y médicos de familia socios y socias de la semFYC.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal en Atención Primaria (AP) a nivel estatal. La muestra, seleccionada mediante un mues-

treo no probabilístico por conveniencia, incluyó a 700 médicas y médicos de familia socios/as de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Los criterios de inclusión fueron ser especialista o residente de Medicina Familiar y Comunitaria y pertenecer a dicha sociedad. La recogida de datos se llevó a cabo mediante una encuesta online, anónima y autoadministrada, distribuida entre marzo y junio de 2024. El cuestionario recogió variables sociodemográficas, actitudes clínicas, necesidades formativas y conocimientos en neurofisiología del dolor, evaluados mediante el cuestionario validado R-NPQ Spanish. Se realizó un análisis descriptivo y bivalente utilizando chi-cuadrado, t de Student o ANOVA, con un nivel de significación estadística de $p < 0,05$.

Aprobado por el Comité de Ética de Investigación de Euskadi (PI2023180). Consentimiento informado obtenido antes de responder al cuestionario.

RESULTADOS

El 76,1% de los encuestados fueron mujeres. El grupo de edad más frecuente fue de 56-65 años (27%). El 26,9% estaba en formación y el 30,3% tenía más de 25 años de experiencia. El 69,3% prescribe opioides leves en el dolor crónico musculoesquelético, y el 34,9% usaría opioides potentes si no hay respuesta. En la lumbalgia inespecífica, el 32,2% solicita una radiografía precoz. El 95% promueve estrategias no farmacológicas. El 58% manifiesta tener pocas herramientas para abordar el dolor crónico. El 90,7% muestra alto interés en la formación específica. Las puntuaciones del R-NPQ revelan lagunas relevantes, con un peor desempeño en profesionales mayores. Los médicos en formación presentan mayor conocimiento teórico, pero más dificultades en la aplicación clínica.

CONCLUSIONES

Existen importantes lagunas formativas en el dolor crónico y discrepancias entre los conocimientos teóricos y la práctica clínica. Se requiere actualizar la formación, integrando el modelo biopsicosocial y reforzando las competencias educativas desde los primeros niveles de formación.

CEI

Aprobado por el Comité de Ética de Investigación de Euskadi (PI2023180).

Actividad y adecuación en la utilización de los servicios de urgencias de Atención Primaria y hospitalaria en Catalunya durante el período 2019-2024 (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1056

Violeta Poltorak Eliosoff^a, Blance de Gispert Uriach^b, Ariadna Mas Casals^b, Mercè Armelles Sebastià^b y Aina Plaza Tesias^b

^a Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona (España)

^b Departament de Salut. Barcelona (España)

OBJETIVOS

Analizar la utilización de los servicios de urgencias de Atención Primaria (AP) y hospitalaria (SUH) y su adecuación en la población infantil y adulta de Catalunya entre 2019-2024.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de base poblacional. Variables: visitas a los servicios de urgencias de AP —centros de urgencias de AP (CUAP) y puntos de atención continuada— y SUH en el período 2019-2024 de todo el sistema público de Catalunya. Se analizó el número, la tasa y la adecuación de las visitas en la población infantil (0-14 años) y adulta (> 14 años). El nivel de adecuación se midió calculando el porcentaje de urgencias de riesgo vital y no vital (RNV). Se consideró que las urgencias de RNV deberían atenderse principalmente en AP.

RESULTADOS

Las visitas en servicios de urgencias aumentaron un 7,58% entre 2019-2024.

En 2019 la tasa de visitas en AP fue 382,23 visitas/1.000 habitantes-año y en SUH 501,02 visitas/1.000 habitantes-año. Esta descendió en 2020 para recuperarse progresivamente, más pronunciadamente en AP (411,34 visitas/1.000 habitantes-año en 2024) que en SUH (468,68 visitas/1.000 habitantes-año en 2024).

En 2019 la proporción de urgencias de RNV en la población adulta fue de 68,1% en CUAP y 58,1% en SUH. Durante el período aumentó en CUAP (77,6%) y disminuyó en SUH (54,7%).

La tasa de utilización de la población infantil en AP y SUH fue muy elevada, especialmente entre los 0 y 4 años, con un nivel de adecuación en SUH bajo y estable durante el período (76,80% de urgencias de RNV en 2024).

CONCLUSIONES

Entre 2019 y 2024 la tasa de utilización de los servicios de urgencias en Catalunya aumentó en AP y se redujo en SUH. La adecuación en SUH fue baja, especialmente entre la población infantil, que además realizó un uso elevado de estos servicios. Estos resultados de-

berían ser considerados en la planificación de los servicios de AP y de urgencias.

FINANCIACIÓN

Este trabajo no ha recibido financiación.

CEI

El análisis se ha llevado a cabo con datos agregados sin posibilidad de identificación, por lo que no precisa autorización del Comité de Ética en Investigación (CEI).

Análisis de los indicadores de calidad asistencial en Atención Primaria desde una perspectiva de género interseccional (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1057

Carolina Guiriguet Capdevila^a, Núria Mora Fernández^a, Roser Cantenys Sabà^a, Elisabet Balló Peña^a, Gemma Cazorla Ortiz^a y Sara Rodoreda Noguerola^b

^a Sistema d'informació dels Serveis d'Atenció Primària (SISAP), Institut Català de La Salut (ICS). Barcelona (España)

^b Direcció Assistencial Atenció Primària i a la Comunitat, Institut Català de la Salut (ICS). Barcelona (España)

OBJETIVOS

Analizar los indicadores de calidad asistencial (ICA) en Atención Primaria (AP) desde una perspectiva de género interseccional (PGI).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo sobre el resultado de 31 ICA, distribuidos en las siguientes categorías: adecuación del tratamiento (n = 7) y control (n = 4), prevención primaria (n = 5), prevención secundaria (n = 4), prevención cuaternaria (n = 11) y programas de salud (n = 2).

El análisis se realizó sobre los datos de 290 equipos de atención primaria (EAP) pertenecientes a una comunidad autónoma. Se generaron estratos a partir de la combinación de las categorías de tres variables: edad (15-44 años, 45-69 años, ≥70 años), sexo (mujer, hombre) y nacionalidad (española, inmigrante de renta baja, inmigrante de no renta baja). Se compararon los resultados de cada estrato con los resultados globales con la prueba T y se calculó el porcentaje de indicadores con mejores y peores resultados estadísticamente significativos (p-valor < 0,05).

Los análisis se realizaron tanto de forma global como estratificados por ruralidad y nivel socioeconómico.

RESULTADOS

Se han calculado los indicadores sobre 4M de personas >14 años atendidas en AP.

Los hombres españoles mayores de 70 años tienen mejores resultados en 22/30 indicadores (18/30 en las áreas rurales y de alta privación socioeconómica (4U) y 21/30 en las de baja privación socioeconómica (1U) y las mujeres españolas mayores de 70 años en 16/31 indicadores (14/31 en las áreas rurales, 15/31 en las 4U y 14/31 en las 1U). En cambio, el grupo de personas con mayor número de indicadores con peores resultados son las mujeres inmigrantes mayores de 70 años (18/31).

CONCLUSIONES

Se han identificado inequidades en la salud relacionadas con el género y la inmigración de las personas atendidas en AP.

FINANCIACIÓN

Este trabajo no ha recibido financiación.

CEI

Comité de Ética de la Investigación (CEI) del IDIAP Jordi Gol (código 25/028-P).

Análisis descriptivo de la demanda atendida por los profesionales de medicina de familia y enfermería en los equipos de Atención Primaria durante el año 2024 (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1058

Núria Mora Fernández^a, Roser Cantenys Sabà^a, Souhel Flayeh Beneyot^a, Mireia Fàbregas Escurriola^a, Mercè Bustos Gascón^a y Ermengol Coma Redon^a

^a Sistema d'informació dels Serveis d'Atenció Primària (SISAP). Institut Català de la Salut (ICS). Barcelona (España)

OBJETIVOS

Describir la demanda de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) y Enfermería (ENF) a partir del análisis de las características de las personas atendidas, la estacionalidad, el canal de acceso, los motivos de consulta, la actividad clínica, la longitudinalidad, la accesibilidad y el absentismo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de las visitas realizadas durante 2024 a personas mayores de 14 años atendidas en los servicios de MF y ENF de 290 equipos de Atención Primaria (EAP) de una comunidad autónoma. Se incluyeron las visitas presenciales, telefónicas, domiciliarias y virtuales, clasificadas según el canal de acceso: espontáneas (programadas por el personal administrativo, la centralita o *app*), programadas por un profesional asistencial y revisitas (programadas el mismo día de la visita previa). Se realizó un análisis descriptivo estratificado por tipo de visita y servicio.

RESULTADOS

Se analizaron 30,9M de visitas de 4,1M de personas (27% mayores de 65 años; 9,5% inmigrantes de baja renta). Se atendieron 2,6M de visitas mensuales, con picos en invierno y campañas vacunales. El 56,36% fueron espontáneas (64,37% MF: 39,5% atendidas el mismo día, 8,9% virtualmente, 11,8% precisaron derivación y 11% una prueba; 35,6% ENF: 51,4% atendidas el mismo día, 86,45% presenciales), el 25,19% fueron revisitas (53,69% MF: 44% después de una semana, 77% presenciales, 8,8% bajas laborales; 46,39% ENF: 70% antes de 15 días, 78% presenciales) y el 18,46% como programadas por un profesional asistencial (46,39% MF: 24,75% después de 15 días, 29,4% telefónicas; 55,61% ENF: 18,2% después de un mes, 16,3% domiciliarias). El absentismo fue mayor en ENF (9,5%) que en MF (6,1%). El porcentaje de visitas a los pacientes del propio cupo es menor en espontáneas de ENF (43,6%) y mayor en las programadas por MF (77,3%).

CONCLUSIONES

La clasificación de las visitas permite distinguir patrones asistenciales y perfiles profesionales, así como identificar diferencias en la accesibilidad, longitudinalidad y absentismo, útiles para anticiparse a la demanda y optimizar la gestión de las agendas.

CEI

Proyecto aprobado por la Comisión de Investigación de la institución.

Apoyo sociofamiliar y demanda de atención médica durante la pandemia por COVID-19 en una zona urbana de Andalucía (proyecto GASAP-COVID) (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1059

Francisco Rodríguez Castilla^a, Alejandro Pérez Milena^a, Francisco Javier Leal Helmling^b, Pedro Mengíbar Cabrerizo^a y Sara Darwish Mateos^c

^a CS El Valle. Jaén (España)

^b CS Úbeda. Jaén (España)

^c CS Doctor Pedro Bailón. Mengíbar. Jaén (España)

OBJETIVOS

Conocer la relación entre el apoyo familiar y social y la demanda de atención médica en los pacientes con COVID-19 durante las primeras cinco olas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Cohorte histórica (auditoría de historias clínicas) de casos probables (1.ª ola) y confirmados (1.º-5.ª ola) de COVID un centro de salud (CS) urbano. Variable dependiente: familia sin apoyo familiar/social. Variables independientes: ámbito de atención inicial y seguimiento telefónico (número de llamadas y duración, curso clínico (sintomatología, vulnerabilidad, pruebas, ingreso hospitalario y desenlace). Análisis bivariante y multivariante (regresión logística). Autorización del Comité de Ética en Investigación (CEI).

RESULTADOS

1037 pacientes (45,0 ± 19,4 años, 55% mujeres, 25,5% vulnerables). 20,6% familias con un inadecuado apoyo familiar/social. Las personas con COVID-19 de estas familias tienen una media de edad superior (51,3 ± 23,9 vs 43,0 ± 19,3; $p < 0,001$ test t Student) y menor porcentaje de mujeres (52% vs 56%; $p < 0,10$ test χ^2) con una demanda similar en las cinco olas. El ámbito del primer contacto es más frecuentemente las urgencias (18,3% vs 9%) y el domicilio (4,2% vs 2,4%) ($p < 0,10$ test χ^2). Tuvieron mayor atención a domicilio en el seguimiento (8,5% vs 3,8%; $p < 0,05$ test χ^2), aunque con menos días de seguimiento (12,6 ± 5,5 vs 14,3 ± 9,2) y menos días de ingreso hospitalario (6,3 ± 3,2 vs 10,6 ± 4,5; $p < 0,05$ test t Student). No hay diferencias en la sintomatología recogida en los registros médicos, en el diagnóstico y tratamiento, en el número de pruebas complementarias ni en la evolución final. El análisis multivariante mostró una relación entre la falta de apoyo familiar/social y elegir las urgencias como ámbito de la primera atención médica (OR1,88-27,78).

CONCLUSIONES

Las personas con un inadecuado apoyo familiar/social que padecieron COVID-19 optaron por acudir a los servicios de urgencias en primera instancia, pese a tener un diagnóstico, tratamiento y evolución similar al resto de la población. Es preciso conocer las variables sociales del paciente para incrementar la accesibilidad a los CS ante situaciones pandémicas.

FINANCIACIÓN

No tiene.

CEI

GASAP COVID-1844-N-20.

Calidad de vida relacionada con la salud en las personas cuidadoras versus no cuidadoras: seguimiento a cinco años (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1060

Flora Miranda Pena^a, Candela López Santiso^b, Sandra Remedios Tato^a, Cristina Barbazán Cantelar^a, Francisco Gude Sampredo^b y Carmen Fernández Merino^a

^a Centro de Saúde de A Estrada. A Estrada. Pontevedra (España)

^b Universidade de Santiago. Santiago de Compostela. A Coruña (España)

OBJETIVOS

Evaluar las diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y su evolución a cinco años entre las personas cuidadoras y no cuidadoras.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de base poblacional en un municipio rural. Estudio en tres fases: fase 1 (2012-2015), mediante entrevista en el centro de salud (CS) se recogieron variables sociodemográficas, la valoración de la condición del cuidador y la cumplimentación del cuestionario de calidad de vida SF-36, en una muestra representativa de 1516 individuos. Fase 2 (2020), con una tasa de participación del 55%, se escogieron todos aquellos que refirieron ser cuidadores en la fase 1 (n = 82), y fueron emparejados con no cuidadores (n = 82), de la misma edad y sexo. Fase 3 (2025), se contactó vía telefónica con los 82 cuidadores para la valoración del cambio de status de cuidador entre las fases 1 y 2.

RESULTADOS

En la fase 1 (basal), en los cuidadores hay predominio de mujeres, casadas, y de nivel educativo más bajo. No se encuentran diferencias significativas en la CVRS basal entre los cuidadores y no cuidadores. En la fase 2 (a los 5 años), las cuidadoras mejoraron en el rol emocional, manifestando una mejor autopercepción de la salud que las no cuidadoras. Cabe destacar que el 81% de las cuidadoras habían dejado de cuidar durante el período de seguimiento.

CONCLUSIONES

La CVRS de las personas cuidadoras mejora cuando dejan de cuidar, especialmente las esferas más afectadas con el cuidado: rol emocional y autopercepción de la salud. Se constata que el cuidado está relacionado con el género y otros determinantes tales como el nivel educativo.

CEI

Aprobado por el Comité de Ética de la Investigación clínica de Galicia, Santiago de Compostela (CEIC 2012-025).

Características clínicas y del tratamiento reductor de la uricemia de los enfermos con gota en Atención Primaria (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1061

M.^a Antònia Pou Giménez^a, Carlen Reyes Reyes^a, Daniel Martínez Laguna^a, Helena Veledo Álvarez^b, Cristina Mañas Guallarte^b y César Díaz Torné^a

^a Grempal, Fundació Institut IDIAP Jordi Gol. Barcelona (España)

^b EAP Encants. Barcelona (España)

OBJETIVOS

Describir las características demográficas, clínicas y de tratamiento en una cohorte de personas con gota, y buscar factores predictores de buen control.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohorte retrospectivo utilizando la base de datos SIDIAP. Se incluyeron personas con diagnóstico incidente de gota entre 2012-2023. Se recopilaron características sociodemográficas, la adherencia a la medicación (se consideró buena adherencia al índice de posesión de medicamentos MPR >80%) y los niveles de uricemia (se consideró buen control ≥80% del tiempo con niveles <6 mg/dl).

RESULTADOS

Se incluyeron 97.239 personas. El seguimiento fue de 5,4 [2,5;8,2] años. El 79,9% eran hombres. Media de edad: 66,3 ± 14,6 años. IMC: 30,1±5,0 kg/m². Comorbilidades: 65% hipertensos (HTA), 51% dislipidémicos, 24% diabéticos, 11% con cardiopatía isquémica, 7% con enfermedad cerebrovascular (AVC), 33% con enfermedad renal crónica (ERC) y 4,6% con abuso de alcohol.

El 37% nunca recibió tratamiento reductor de la uricemia (TRU). El TRU inicial fue alopurinol (ALO) en el 94,9%. Los pacientes con febuxostat (FEB) eran más jóvenes (70,6 vs 72,4 años) y tenían más ERC (56,5 vs 42,0%). La adherencia al TRU fue mayor con FEB (50,3% vs 5,7%). La duración media (días) del tratamiento fue ALO 111,5 [25;208], versus FEB 179 [56;546]. En el 25% de los pacientes el TRU no alcanzó los 25 días.

El 12,4% de los pacientes estuvieron bien controlados. El buen control no cambió ni con el número de uricemias realizadas, el año de diagnóstico o el tiempo de seguimiento.

Las características asociadas al buen control fueron: tiempo bajo del TRU, dosis de ALO, adherencia, tratamiento con FEB, AVC y DM. Las asociadas al mal control fueron: ser hombre, tiempo hasta inicio del TRU, mayor IMC, ERC III-IV, dislipidemia, HTA y abuso de alcohol.

CONCLUSIONES

Se trata de pacientes con una alta comorbilidad cardiovascular, infratratamiento y mala adherencia. Ser mujer, iniciar el TRU cerca

del diagnóstico, usar febuxostat, utilizar dosis altas de alopurinol y tener un mayor MPR se asociaron a un mejor control de la gota.

FINANCIACIÓN

Asacpharma ha financiado el trabajo estadístico. No ha participado ni en el diseño del estudio, ni en el análisis de los datos ni en su interpretación.

CEI

Comité de Ética en Investigación (CEI) del IDIAPJGol: 4R23/385.

Características epidemiológicas de los pacientes con algún diagnóstico de infección de transmisión sexual (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1062

Teresa Garzón Garzón^a, Miriam Mulero Collantes^a, Amparo Vallés Plasencia^a, Janina Amorós Pérez^a, Isabel M.^a Padilla García^a y Ángeles Arribas Arribas^a

^a CAP Turó. Barcelona (España)

OBJETIVOS

Analizar las características epidemiológicas de las enfermedades de transmisión sexual (ITS) diagnosticadas en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional transversal.

Centro de salud (CS) urbano (22.000 habitantes). Usuarios con algún diagnóstico de ITS (enero 2023-diciembre 2024).

Variables registradas: edad, sexo, tipo de relación, procedencia de la muestra, sintomatología, si se realiza o no cribado, condilomas: sí/no, lúes: sí (precoz/tardía)/no, VIH: sí/no/diagnóstico al cribar, reinicidente: sí/no, dónde se realiza el diagnóstico, etiología y tratamiento.

RESULTADOS

De un total de 214 historias clínicas con algún diagnóstico de ITS en el período analizado, obtenemos los siguientes datos:

Sexo: 150 hombres (76%) y 52 (24%) mujeres; Edad: 151 (78%): 18-35 años; Relación: hombre sexo hombre (HSH): 43 (20%), hombre sexo mujer (HSM): 97 (45%), mujer sexo hombre (MSH): (23%), mujer sexo mujer (MSM): 1 (1%) y no consta: 23 (11%). Muestra: uretral: 30 (14%), faringe: 13 (6%), recto: 5 (2%), vagina: 33 (15%), orina: 62 (29%), piel: 33 (26%), serología 16 (8%). Clínica: secreción uretral: 60 (28%), disuria: 31 (14%), úlcera: 14 (7%), proctitis: 1 (0%), verruga: 44 (21%),

leucorrea: 23 (11%), asintomáticos: 41 (19%). ¿Cribado?: sí: 168 (79%), no: 46: 21%. Condilomas: sí: 87 (41%), no: 127 (59%). Lúes: precoz: 8 (4%), tardía: 13 (6%), antigua: 9 (4%), no: 184 (86%). VIH: no: 200 (94%), sí: 11 (5%), diagnóstico al cribar: 3 (1%). ¿Reinicidente?: sí: 104 (49%): 52%: varones y de estos 79% HSH, no: 110 (51%). ¿Quién diagnóstica?: EAP: 122 (57%), CUAP: 9 (4%), hospital: 10 (5%), ASSIR: 37 (17%), unidad específica: 36 (17%). Etiología: gonococo: 45 (21%), clamidia: 45 (21%), *Ureoplasma Urealyticum*: 8 (3,7%), *Mycoplasma*: 14 (6,5%), cándida: 4 (1,8%), *Trichomonas*: 3 (1%), *Gardenella*: 4 (1,8%), VIH: 1 (0,4%), VHS: 4 (1,8%), VPH: 41 (19%), treponema: 18 (8,4%), negativo: 20 (9%), otros: 7 (3%). Tratamiento: ceftriaxona: 15 (7%), doxiciclina: 30 (14%), doxi. + ceftri.: 51 (24%), penicilina: 17 (8%), crioterapia: 39 (18%), antivirales: 5 (2%), metronidazol: 4 (2%), otros tratamientos: 40 (18%) y no tratamiento: 13 (6%).

CONCLUSIONES

- La mayor incidencia de una ITS la encontramos en hombres de 18 a 35 años heterosexuales.
- El motivo de consulta más frecuente es la secreción uretral anómala en los varones y la leucorrea en las mujeres.
- En los hombres el diagnóstico se realiza mayoritariamente por una muestra de PCR en orina y en las mujeres por una muestra de PCR vaginal.
- En casi un 80% de los casos se ofrece y se realiza un cribado despistaje de otras ITS.
- Un 50% son reinicidentes, siendo los hombres HSH los que muestran la mayor tasa.
- En más de un 50% el diagnóstico se realiza en el CAP.
- Gonococo y clamidia son los gérmenes más encontrados y el condiloma la patología asociada más frecuente.
- El tratamiento más prescrito es la combinación de ceftriaxona IM + doxiciclina.

Codificación diagnóstica y factores asociados en la enfermedad renal crónica en Atención Primaria: un estudio de cohorte retrospectivo (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1063

Silvia Cobo Guerrero^a, José Romano Sánchez^b, Ariadna Arbiol Roca^c, Betlem Salvador González^d y Oriol Cunillera Puertolas^d

^a EAP Gavarra. GAPiC Baix Llobregat. Institut Català de la Salut. Cornellà de Llobregat. Barcelona (España)

^b EAP Sant Josep. GAPiC Delta. Institut Català de la Salut. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona (España)

^c Laboratori Clínic Territorial Metropolitana Sud. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona (España)

^d Unitat Suport a la Recerca Metropolitana Sud. Fundació Institut Universitari per a la Recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol), L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona (España)

OBJETIVOS

La enfermedad renal crónica (ERC), que se prevé se convierta en la quinta causa de muerte a nivel mundial para 2040, suele estar poco reconocida en Atención Primaria (AP).

El objetivo de este estudio es evaluar la prevalencia de la codificación diagnóstica e identificar los factores asociados en una amplia cohorte de pacientes de AP en Catalunya.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo utilizando la historia clínica electrónica de una base de datos de investigación (2012-2021), que abarca el 75% de la población. Los criterios de inclusión se definieron por diagnósticos codificados según la CIE-10-MC, o tasa de filtración glomerular persistentemente alterada (<60 ml/min/1,73 m²) o cociente albúmina-creatinina en la orina (≥30 mg/g) durante más de 90 días. Los pacientes se clasificaron como «diagnosticados» si se registró el código diagnóstico en los seis meses posteriores a la evidencia analítica.

RESULTADOS

De 447.202 casos incidentes de ERC, solo se diagnosticó el 33,3%. Se observaron tasas de codificación más bajas en las mujeres mayores de 65 años (32,1%), residentes rurales (30,7%), fumadores (32,1%), personas con un índice de privación indeterminado (32,1%), personas con hipertensión (30,7%), obesidad de clase III (30,7%), riesgo moderado según KDIGO (26,8%), diabetes sin insuficiencia cardíaca (27%) y pacientes con determinación de UACR (30,7%). Las tasas de codificación fueron más altas en los hombres menores de 40 años (47,9%), riesgo KDIGO alto (37,8%) o muy alto (51,6%) y en pacientes con una insuficiencia cardíaca sin diabetes (37,8%).

CONCLUSIONES

A pesar de la evidencia clínica de la ERC, la codificación diagnóstica sigue siendo subóptima, especialmente en los adultos mayores, las mujeres y personas con un riesgo moderado. Estos hallazgos resaltan las áreas de mejora en el reconocimiento de la ERC y sugieren la necesidad de estrategias específicas para mejorar el diagnóstico y el abordaje tempranos en Atención Primaria (AP).

FINANCIACIÓN

Boehringer Ingelheim Spain.

CEI

IDIAPIJGol 23/146-P.

Conocimientos, actitudes y práctica de los profesionales de Atención Primaria en el abordaje de la prediabetes (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1064

Antxon Apiñaniz Fernández de Larrinoa^a, Raquel Cobos Campos^b, Iarba Mohamed Salem Hameida^a, Deiane Muñoz Izquierdo^a e Idoia Aramburu Chinchurreta^c

^a CS Aranbizkarra I. Osaraba. Osakidetza. Vitoria-Gasteiz. Araba (España)

^b Instituto de Investigación Sanitaria Bioaraba. Vitoria-Gasteiz. Araba (España)

^c CS Casco Viejo. Osi Araba. Osakidetza. Vitoria-Gasteiz. Araba (España)

OBJETIVOS

Evaluar los conocimientos, las actitudes y la práctica de actividades preventivas encaminadas a controlar la prediabetes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal mediante un cuestionario autoadministrado a través de la base de datos electrónica REDcap entre los profesionales sanitarios en una Comarca de salud. Se utilizó el cuestionario de Yi Peng et al. Análisis estadístico: SPSS versión 29.0. Nivel de confianza: 95%.

RESULTADOS

Del total de 620 cuestionarios enviados, se han recibido 71,57 (80,3%) contestados por mujeres.

Conocimientos: más del 50% de los profesionales identificaron factores de riesgo para la diabetes: edad ≥45 años, IMC ≥25 kg/m², dislipemia, hipertensión arterial (HTA), cardiopatía, vida sedentaria, antecedentes de diabetes gestacional, y familiares de diabetes, tabaquismo.

Conocimiento de los niveles de glucosa en sangre y HbA1c: Diabetes: HbA1c 44 (62,9%); glucosa en ayunas 35 (49,3%). Prediabetes: HbA1c 12 (16,9%); glucosa en ayunas 16 (22,5%).

34 profesionales (48,6%) indicaron correctamente el mínimo de actividad física semanal (150 minutos). 49 (69%) siguen las directrices de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) en los programas de actividades preventivas y de promoción de la salud.

Actitud en consulta: el 88,7% (63) solicita glucosa en ayunas y el 85,9% (61) solicita HbA1c para detectar diabetes en las poblaciones de riesgo.

En cuanto a la prediabetes, el 84,5% (60) solicita glucosa en ayunas y el 77,5% (55) solicita la HbA1c.

El 52,9% (37) cree que los pacientes con prediabetes evolucionan más rápidamente a la diabetes que los normo glucémicos, y el 73,5% (50) considera que el estilo de vida puede reducir el riesgo de diabetes en los pacientes con prediabetes.

Práctica en consulta: el 97,2% (69) asesora en las modificaciones del estilo de vida, el 45,1% (32) y el 37,7% (26) realiza un control analítico y un seguimiento en consulta a los 6 meses.

CONCLUSIONES

En relación con los conocimientos, actitudes y práctica de los profesionales sanitarios en la prediabetes, se observan áreas de mejora. Se propone promover la formación para avanzar en la prevención y tratamiento de la prediabetes.

CEI

KAP-01. Expte. 2025-021.

Control de distintas patologías según longitudinalidad asistencial (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1065

Mencia Benítez Campos^a, Leonardo Méndez Boo^a, Nemesio Moreno Millán^a, Souhel Flayeh Beneyto^a, Mireia Fàbregas Escurriola^a y Elisabet Descals Singals^b

^a Sistemes d'Informació i Suport a l'Atenció Primària (SISAP). Barcelona (España)

^b Direcció Assistencial d'Atenció Primària. Insitut Català de la Salut. Barcelona (España)

OBJETIVOS

Describir el grado de control de distintas patologías y sus diferencias en relación con la longitudinalidad asistencial.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal en el que se incluyeron 290 equipos de Atención Primaria (EAP). La longitudinalidad se calculó mediante el índice del proveedor asistencial principal (IPAP), definido como el porcentaje de visitas realizadas por un mismo médico en dos años. El IPAP se usó estratificado en quintiles y según si el resultado era mayor o menor al 70%, y se comparó con el grado control de cada grupo mediante la chi-cuadrado (p -valor $\leq 0,05$).

El grado de control de las patologías se obtuvo de indicadores del estándar de calidad asistencial de Atención Primaria (AP). Los indicadores incluidos fueron: control LDL en prevención secundaria (LDL-PS), control LDL en pacientes con un alto riesgo vascular (LDL-ARV), control de DM2 (DM2), control de HTA general (HTA), control HTA en DM2 (HTA-DM2), control HTA en enfermedad renal crónica (HTA-ERC), abordaje de la otitis media aguda (OMA).

RESULTADOS

El porcentaje de control fue más elevado en los EAP con IPAP $\geq 70\%$ con diferencias estadísticamente significativas (LDL PS: 68,4% vs 66,6% $p = 0,00078$; LDL-ARV: 72,3% vs 69,9% $p = 0,012$; DM2: 74,3% vs 72,6% $p = 0,009$; HTA: 70% vs 68,9% $p = 0,048$; HTA-DM2: 84,2% vs

83,2% $p = 0,008$; HTA-ERC: 33,8% vs 33% $p = 0,02$), excepto en el caso de la otitis media aguda (87,2% vs 86,2, $p = 0,459$).

Al analizar la longitudinalidad por quintiles, los EAP de los quintiles más bajos presentaron un porcentaje menor de control (LDL PS: Q1 66,3%; Q5 69,6; LDL-ARV: Q1 69,2%; Q5 74,1%; DM2: Q1 72%; Q5 75,2%; HTA: Q1 69,4% Q5 70,5%; HTA-DM2: Q1 82,8% Q5: 84,9%; HTA-ERC Q1 86,1% Q5: 87,8%); OMA (Q1 32,5% Q5 35,7%)

CONCLUSIONES

La longitudinalidad asistencial se relaciona con un mejor control de la patología crónica y un mejor abordaje de la patología aguda; a mayor longitudinalidad mejores resultados.

FINANCIACIÓN

Este trabajo no ha recibido financiación.

CEI

Dado que todos los datos utilizados son datos agregados, no se precisa de evaluación de un Comité de Ética en Investigación (CEI).

Descripción de una población según la perspectiva de género y el estatus socioeconómico. ¿Influyen en la adherencia? (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1066

M.^a Zell del Castillo Nesweda^a, Nuria Peraire Orca^a, Ingrid Bermúdez Rengifo^a, Laia Salinas Gratacós^a, Narine Gharibyan Avetisyan^a y Cristina Echbarria Manresa^a

^a CAP Roger de Flor. Barcelona (España)

OBJETIVOS

Conocer si hay diferencias significativas en la población diabética teniendo en cuenta la perspectiva de género y el nivel socioeconómico de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal realizado a través de la revisión de historias clínicas en los pacientes diagnosticados de diabetes tipo 2 que acuden a la consulta de medicina y enfermería en un período de 6 meses. Valoramos si los diferentes factores que influyen en la mejor o peor adherencia terapéutica a la medicación difieren según la perspectiva de género y el nivel socioeconómico.

Nuestro centro tiene una población de 52.540, con dos áreas básicas con diferencias socioeconómicas considerables (23.147 habitantes la más favorecida y 29.353 la menos).

RESULTADOS

Mujeres diagnosticadas de DM tipo 2: 46,53%. Edad media: 70,6 (DS 12,8). La mayoría de los fumadores eran hombres: 75,5%, vs 23,5% mujeres ($p = 0,04$). En cuanto al diagnóstico de ICC la mayoría eran hombres: 81,8% ($p = 0,04$). El 78,8% de diagnosticados de cardiopatía isquémica eran hombres ($p = 0,01$). Respecto a los pacientes con diagnóstico con depresión, la mayoría eran mujeres. 83,3% ($p = 0,008$), y un 65,7% sufría trastorno ansioso-depresivo ($p = 0,009$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la recogida de la medicación en la farmacia ni los resultados del test breve de Morinsky-Gren (TBM-G) por género.

Según el TBM-G, los pacientes de la zona más desfavorecida económicamente presentaban un mayor porcentaje de cumplimiento (59% vs 44%, con tendencia a la significación), pero a la hora de valorar la recogida de la medicación en la farmacia se evidencia que la zona más favorecida recoge más medicación con una tendencia a la significación.

CONCLUSIONES

- Los hombres presentan más factores de riesgo cardiovascular que comportan más complicaciones a la larga. Las mujeres presentan más enfermedades en la esfera anímica.
- No se han establecido diferencias de género en la adherencia terapéutica, pero sí una tendencia significativa en cuanto al nivel socioeconómico.
- Se tendrían que plantear actuaciones para mejorar la adherencia terapéutica de los pacientes con el nivel socioeconómico más bajo.

FINANCIACIÓN

Este trabajo no ha recibido financiación.

CEI

Comité de Ética de la Investigación de medicamentos del IDIAPJGol. Código: 24/113-EOM.

Dieta saludable (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1067

Aloe Loida Quiralte Cairols^a

^a Samu Xàtiva. València (España)

OBJETIVOS

Comprender mejor el estado nutricional y la composición corporal de las personas con síndrome de Down (SD) y determinar su posible asociación con los hábitos higienicodietéticos del núcleo familiar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, prospectivo, descriptivo, cualitativo y cuantitativo.

La muestra de inicial consta de 59 familias que tenga algún miembro con SD. Finalizaron el estudio 50 familias.

La captación fue a través del Programa de Salud para las Personas con SD de Valencia (PSPSD).

Criterios de inclusión:

- Casos: personas con SD, mayores de 14 años y que acudan al PSPSD.
- Controles: familiar de algún caso, mayor de 18 años, sin alteración genética y ningún evento cardiovascular en los últimos 6 meses.

Criterios de exclusión: presentar grandes dificultades para acudir a la consulta.

Se utilizaron encuestas de frecuencia de consumo, de ingesta en 24 h, cuestionario GPAQ. Se recogieron datos antropométricos y se recabaron datos hematológicos y bioquímicos.

El análisis estadístico se realizó mediante RStudio.

Presenta dictamen favorable del Comité de Ética del INCLIVA.

RESULTADOS

- Entre las personas con SD el 60% son hombres y entre sus familiares el 76% son mujeres.
- Edad media: 28 años entre los casos y de 59 años entre controles.
 - Mayor obesidad entre las personas con SD que la población general y sus familiares.
 - Mayor adiposidad en los familiares respecto a las personas con SD.
- Nuestros participantes realizan más ejercicio que la población española: 80% de las personas con SD y el 70% de sus familiares realizan ejercicio físico moderado habitualmente.
- La dieta es similar entre los miembros de una misma familia, presentan déficits de carbohidratos y fibra con un exceso proteico y lipídico.

CONCLUSIONES

Las personas con SD son categorizadas como personas obesas, pero se debería cambiar dicha perspectiva, pues este estudio está en consonancia con otros que concluyen que la obesidad de las mismas es resultado de múltiples causas modificables.

FINANCIACIÓN

Este trabajo no ha recibido financiación.

CEI

Comité de Ética de la Investigación de medicamentos (CEIm): INCLIVA. Código: F-EG-CCI-9, certificado de conformidad.

Diferentes perfiles clínicos de enfermos con gota en la Atención Primaria (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1068

M.^a Antònia Pou Giménez^a, Carlen Reyes Reyes^a, Daniel Martínez Laguna^a, Cristina Mañas Guallarte^b, Helena Veledo Álvarez^b y César Díaz Torné^a

^a Grempal. Fundació Institut IDIAP Jordi Gol. Barcelona (España)

^b EAP Encants. Barcelona (España)

OBJETIVOS

Buscar diferentes perfiles de enfermos con gota según las características demográficas y clínicas y analizar su impacto en el control de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohorte retrospectivo utilizando la base de datos SIDIAP. Se incluyeron personas con un diagnóstico incidente de gota entre 2012 y 2023. Se recopilaron características demográficas, clínicas y comorbilidades, la adherencia a la medicación y los niveles de ácido úrico. Se realizó un análisis de *clusters K-prototypes* para los datos mixtos utilizando datos demográficos y clínicos básicos. Se obtuvieron características del tratamiento reductor de la uricemia (TRU), así como del control de la gota (buen control: urato <6 mg/dl >80% del tiempo).

RESULTADOS

Se incluyeron 97.239 personas. Media de edad: 66,3 ± 14,6 años. 79,9% eran hombres. Las principales comorbilidades fueron: hipertensión (65,3%), dislipidemia (50,9%), diabetes mellitus tipo 2 (24,3%), cardiopatía isquémica (11,1%) y enfermedad cerebrovascular (6,8%).

El análisis de *clusters K-prototypes* identificó tres grupos. En el grupo 1 (n = 28.429), los pacientes eran más jóvenes (G1: 53,1 años; G2: 72,0; G3: 72,5) y había más hombres (G1: 89%; G2: 75%; G3: 78%) tenían un mejor filtrado glomerular (GFR) y menos comorbilidades. En el grupo 2 (n = 41.180), todos los pacientes tenían dislipidemia y otros elementos del síndrome metabólico. En el grupo 3 (n = 27.630), el 97% de los pacientes presentaban hipertensión, pero la dislipidemia fue casi inexistente. Se trató menos a los enfermos del grupo 1 (G1: 51,7%; G2: 67,7%; G3: 67,7%), pero en cambio consiguieron un mejor control (buen control: G1: 14,6%; G2: 12,1%; G3: 10,8%).

CONCLUSIONES

Se identificaron tres perfiles de enfermos. El grupo 1 con enfermos más jóvenes y menos comorbilidades, el grupo 2 con enfermos con un síndrome metabólico y el grupo 3 con enfermos hipertensos. Se observó un mejor control en el grupo 1.

FINANCIACIÓN

Asacpharma ha financiado el trabajo estadístico. No ha participado ni el diseño del estudio, ni en el análisis de sus datos ni en su interpretación.

CEI

Comité de Ética de la Investigación de medicamentos (CEIm) del IDIAPJGol (4R23/385).

Efectividad de una intervención multidisciplinar en el mayor frágil en el ámbito comunitario rural (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1069

Esther Arranz Ramírez^a, Irene Moncalvillo Pascual^a, M.^a Lourdes López Abad^a y Begoña Romero Picón^b

^a CS Aranda Rural. Aranda de Duero. Burgos (España)

^b CS Aranda Norte. Unidad de Fisioterapia de Atención Primaria. Aranda de Duero. Burgos (España)

OBJETIVOS

Valorar los resultados de la intervención basada en el programa de ejercicio multicomponente, realizada en la población frágil del «Estudio de prevalencia de fragilidad en mayores de 70 años en el ámbito comunitario en Atención Primaria» (ref. CEIm 2898). Se comparan los resultados de las variables utilizadas para definir fragilidad basal y postintervención: Short Physical Performance Battery (SPPB) y velocidad de la marcha (Vm).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cuasi experimental antes-después.

Ámbito de realización: Atención Primaria (AP) rural.

Población de estudio: 18 mayores frágiles.

Criterio de inclusión: mayores frágiles del estudio de prevalencia (SPPB < 10 y/o Vm < 0,8 metros/segundo - m/s).

Intervención: 12 sesiones grupales guiadas por fisioterapeutas de AP con ejercicios de fuerza, equilibrio, flexibilidad, cardiovascular. Intensidad creciente.

Variables de estudio: SPPB basal (SPPBb), Vm basal (Vmb), SPPB post-intervención (SPPBp), Vm postintervención (Vmp).

Análisis estadístico: se utilizan medidas de tendencia central y dispersión. Las diferencias se estiman mediante un estadístico de Wilcoxon para los datos pareados.

RESULTADOS

12 participantes (66,7%) mejoraron su SPPB y/o Vm tras la intervención. Un participante (5,6%) no varió los resultados.

La media del SPPBb fue 7,39, la desviación estándar 1,69, el SPPB p fue 8,28, la desviación estándar 2,54. La diferencia de la media de SPPB es 0,88, significativa ($p = 0,041$).

La Vmb media fue 0,58 m/seg, la desviación estándar 0,18, la Vmp media fue 0,71 m/s, la desviación estándar 0,28. La diferencia de la media 0,13 m/s, significativa ($p = 0,022$).

Seis pacientes pasaron a no frágiles tras la intervención (33,3%).

El 77,78% de los participantes fueron mujeres. La edad media fue 81,6 años, la desviación estándar 5,02. La edad media de los que revertieron su fragilidad fue 77,2 años, la desviación estándar 3,18.

CONCLUSIONES

Tras la intervención realizada, observamos una mejora estadísticamente significativa de los valores de las dos pruebas definitorias de fragilidad (SPPB y Vm). El 33,3% de los participantes dejaron de cumplir el criterio de fragilidad.

La edad media de quienes revertieron fragilidad es menor.

CEI

Comité de Ética de Investigación con medicamentos del área de Burgos y Soria. Ref. CEIm 2898. Gerencia de Atención Primaria de Burgos.

Efecto de la pandemia en el control lipídico en la prevención secundaria en los pacientes con una cardiopatía isquémica (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1070

María Iglesia Alonso^a y José Iglesias Sanmartín^b

^a CS Contrueces. Gijón. Asturias (España)

^b CS Ventanielles. Oviedo. Asturias (España)

OBJETIVOS

- Determinar el grado de cumplimiento de control lipídico en los pacientes diagnosticados de una cardiopatía isquémica.
- Comprobar la influencia de la pandemia SARS-CoV-2.

MATERIAL Y MÉTODOS

Pacientes diagnosticados con una cardiopatía isquémica en la zona IV.6 (Asturias) entre 2014 y 2018 de 40 y 75 años. Incluimos 206, pérdidas del 10%.

Recogida de datos: febrero-marzo 2019 y enero-febrero 2022 (post-pandemia).

Variables: sexo, edad, diagnóstico de dislipemia previo, colesterol (HDL, LDL, total) y triglicéridos y tratamiento con estatinas.

Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo.

Análisis: medias y desviación estándar (variables continuas). Números absolutos y porcentajes (variables cualitativas). t de Student (comparar medias). Chi cuadrado (asociación de variables). Análisis final por intención de tratar.

Limitaciones: sin datos registrados, el paciente no acude o no puede localizarse.

RESULTADOS

Mayoría hombres (68,8%). Edad $62,2 \pm 8,2$ años, mayores las mujeres ($p = 0,004$).

El 61,3% padecían dislipemia.

El 97,8% recibían estatinas al inicio, descendiendo ($p = 0,004$) al final (90,1%), aunque con un incremento de la asociación estatina-ezetimiba (43% vs 25,1%). Más utilizada: atorvastatina (78,5% pre y 69,4% post).

Mayor número hombres ($p = 0,011$) usan estatinas de alta potencia (78% vs 58,6%), igualándose al final (75% vs 77,6%) por un aumento en las mujeres ($p = 0,019$).

LDL <55 mg/dl inicialmente del 24,2% y pospandemia del 33,3%, mejor en hombres.

CONCLUSIONES

Los pacientes con una cardiopatía isquémica alcanzan un nivel subóptimo del control lipídico. A pesar del alto porcentaje en el tratamiento con estatinas los objetivos son bajos, aunque hay una mejora por el incremento de las estatinas de alta potencia en las mujeres y la asociación de estatinas-ezetimiba. La pandemia no ha influido negativamente en el nivel de control. Debemos aumentar el tratamiento con estatinas de alta potencia y asociaciones para alcanzar los objetivos e implantar estrategias de mejora de los hábitos de vida.

FINANCIACIÓN

Este trabajo no ha recibido financiación.

CEI

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias con fecha 4 de junio de 2019, n.º 89/19.

Estudio descriptivo de las solicitudes de ecocardiografías transtorácicas en un centro de Atención Primaria (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1071

Lluís Cuixart Costa^a, Beatriz Jiménez Muñoz^a, Daniel Planchuelo Calatayud^a, Angela Mottura Casas^a, Nuria Correa Bas^a y Daniel Cazar Recalde^a

^a CAP Roger de Flor. Barcelona (España)

OBJETIVOS

Describir el motivo de solicitud de las ecocardiografías transtorácicas regladas solicitadas por los médicos de familia de un centro de Atención Primaria (CAP).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal retrospectivo del motivo de las ecocardiografías solicitadas por los médicos de familia durante el año 2022 en un centro urbano que da cobertura a una población de unos 45.000 habitantes.

Del total de 538 ecocardiografías regladas solicitadas, se aleatorizó una muestra de 320 solicitudes.

Variables: edad, género, motivo de la solicitud, antecedentes patológicos.

La fuente de los datos de las ETT y de los pacientes a los que se les ha solicitado la historia clínica informatizada (e-cap).

El análisis de los datos es mediante una regresión múltiple (variables cuantitativas) o una regresión logística (variables categóricas) con STATA-17.

RESULTADOS

N = 320. Edad_Media: 68,3 (SD: 17,1). Mujeres: 60,9%.

Antecedentes patológicos: HTA (55,3%), arritmias (19,1%), insuficiencia cardíaca (12,5%), cardiopatía isquémica (7,8%).

Porcentaje de mujeres según Atención Primaria (AP): HTA (57,7), arritmias (55,6), insuficiencia cardíaca (66%), cardiopatía isquémica (35,7).

Edad media (años) según AP: HTA (76,6), arritmias (78,1), insuficiencia cardíaca (82,2), cardiopatía isquémica (79,1).

Motivo de solicitud: sospecha IC de nuevo (19,7%), seguimiento IC (4,1%), palpitaciones/arritmias (20,3%), soplos/valvulopatías (16,3%), HTA/hipertrofia VE (8,4%), cardiopatía isquémica (12,5%) ECG (23,8%), síncope (3,4%).

CONCLUSIONES

El perfil de los pacientes a los que se les pide un ecocardiograma transtorácico reglado es de una edad media de casi 70 años y de predominio femenino. El antecedente patológico más frecuente es la hipertensión arterial, seguido de las arritmias y la insuficiencia cardíaca.

El motivo de solicitud más habitual son las alteraciones electrocardiográficas, seguido del estudio de una posible insuficiencia cardíaca de nuevo y el estudio de palpitaciones o una arritmia ya diagnosticada. Existe un predominio femenino en AP de arritmias, HTA e insuficiencia cardíaca; y un predominio masculino en cardiopatía isquémica; siendo los pacientes en AP de insuficiencia cardíaca los que presentan mayor edad media.

FINANCIACIÓN

Sin financiación externa.

CEI

Código del Comité de Ética en Investigación con medicamentos (CEIm): 23/173-P.

Etiquetado nutricional de bebidas alcohólicas. Percepciones y recomendaciones para un consumo informado (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1072

Ana Pereira Iglesias^a, Aina Lafón Guasch^a, José Miguel Carrasco Gimeno^a, Marina Bosque Prous^b e Iñaki Galán Labaca^c

^a Cooperativa Aplica. Madrid (España)

^b Universitat Autònoma de Barcelona. Cerdanyola del Vallès. Barcelona (España)

^c Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid (España)

OBJETIVOS

Antecedentes: el etiquetado nutricional influye en las decisiones de compra y consumo, pero en Europa no existe una regulación que exija incluir esta información en las bebidas con más de un 1,2% de alcohol.

Objetivo: explorar la comprensión del etiquetado nutricional de las bebidas alcohólicas por parte de la población general y ofrecer recomendaciones para su mejora.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cualitativo con cuatro grupos focales. Se utilizó un muestreo intencionado, considerando la edad (18-35 años) y

el nivel educativo (bajo y avanzado). El reclutamiento ($n = 29$) se llevó a cabo mediante las redes sociales y la mensajería instantánea. Los datos se analizaron mediante un análisis temático con el software ATLAS.ti.

RESULTADOS

Los resultados muestran que el consumo de alcohol se asocia mayormente al ocio, no a la salud, y que ninguna persona participante consulta las etiquetas nutricionales. Sin embargo, hubo un consenso sobre la necesidad de incluir esta información por motivos de salud pública y derechos del consumidor. Se destacó la importancia de regular y estandarizar el formato y contenido de las etiquetas, incluyendo mensajes sobre los efectos del alcohol en la salud. Respecto al etiquetado disponible en algunas bebidas alcohólicas en España, se identificaron barreras para su comprensión. Aunque se entendía la información nutricional en sí, los formatos simplificados resultaron poco intuitivos.

CONCLUSIONES

A partir de los hallazgos se proponen recomendaciones para el etiquetado de las bebidas alcohólicas:

- Etiquetar todas las bebidas alcohólicas con una tabla nutricional, ingredientes y valores de referencia.
- Estandarizar la información en todos los productos.
- Simplificar el contenido sin omitir información relevante.
- Mejorar la legibilidad y accesibilidad.
- Establecer una regulación clara y obligatoria del etiquetado.
- Implementar estrategias integrales para reducir el consumo de alcohol a nivel poblacional.

FINANCIACIÓN

Grupo de Trabajo de Alcohol de la Sociedad Española de Epidemiología.

CEI

Comité de Ética de la Universitat Oberta de Catalunya.

Evaluación de la fiabilidad diagnóstica de la ecografía pulmonar en la congestión pulmonar (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1073

Eva Leceaga Gaztambide^a, Mar Domingo Teixidor^b,
Laura Conangla Ferrín^c, Carmen Ruiz Escalera^a,
Ana Peral Martín^d y Pere Torán Montserrat^e

^a EAP Mataró 7 Ronda Prim. Barcelona (España)

^b Unidad de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona (España)

^c CAP Centre-Vila. Badalona. Barcelona (España)

^d CS Paseo Imperial. Madrid (España)

^e Unidad de Soporte a la investigación del Área Metropolitana Nord. Instituto de Investigación IDIAPJGol. Mataró. Barcelona (España)

OBJETIVOS

Evaluar la concordancia intra e interobservador en el conteo de líneas B (*in situ* y *offline*).

Comparar un dispositivo portátil con un sistema de ecografía de alta gama.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron los pacientes que asistieron a una visita de seguimiento programada en una clínica de insuficiencia cardíaca ($n = 11$) y los pacientes hospitalizados en el servicio de Cardiología ($n = 32$). Los estudios fueron evaluados por 4 investigadores, divididos en 2 grupos según su experiencia, utilizando el protocolo estandarizado de ecografía pulmonar (EP) de 28 áreas. Antes del estudio, uno de los investigadores realizó una formación teórica y práctica de ocho horas a los otros investigadores. Para el estudio interobservador *in situ*, 43 estudios fueron realizados tanto por un operador principiante como por uno experto. Para el estudio interobservador *offline*, 33 estudios fueron revisados por tres investigadores. Finalmente, para el estudio de sensibilidad, 12 estudios fueron realizados por un operador principiante y uno experto. Se utilizó el coeficiente de correlación intraclass (CCI) para el análisis.

RESULTADOS

La media de líneas B detectadas fue de 3. La concordancia intraobservador fue de 0,948 ($p < 0,001$). La fiabilidad interobservador *offline* fue de 0,780 ($p < 0,001$), mientras que la interobservador *in situ* fue de 0,948 ($p < 0,001$). Además, en el análisis de sensibilidad se observó un coeficiente de 0,855 ($p < 0,001$).

CONCLUSIONES

La ecografía pulmonar es una herramienta fiable para la evaluación de la congestión pulmonar que no se ve influenciada ni por el tipo de dispositivo utilizado ni por el operador entrenado.

CEI

PI-21-200.

Evolución de la prescripción inadecuada de antibióticos en adultos con faringitis (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1074

Virginia Alonso Espinaco^a, Èrica Martínez Solanas^b, Helena Bentué Jiménez^b, Johanna Caro Mendivelso^b, Manuel Medina Peralta^b y Mireia Espallargues Carreras^b

^a Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona (España)

^b Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQUAS). Barcelona (España)

OBJETIVOS

Analizar la evolución del uso inadecuado de antibióticos en los adultos con faringitis entre 2018 y 2024 comparando las tendencias antes y después de la pandemia por COVID-19. Evaluar la contribución de las variables sociodemográficas al comportamiento del indicador.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de series temporales interrumpidas con datos mensuales agregados de 371 equipos de Atención Primaria (EAP). Se definieron tres periodos: preCOVID-19 (mayo 2018 – febrero 2020), pandémico y aumento de los casos de enfermedad invasiva por estreptococo (marzo 2020 – mayo 2023) y final (junio 2023 – diciembre 2024). La tendencia se modeló mediante una regresión lineal segmentada. Se consideró prescripción inadecuada toda administración de antibióticos en faringitis sin Centor ≥ 2 y estreptotest positivo. Posteriormente, se utilizó un modelo lineal para analizar la influencia del sexo, la edad y el nivel socioeconómico del área básica de salud.

RESULTADOS

En mayo de 2018, la tasa de prescripción inadecuada fue del 55,38%, experimentando una disminución de 0,13 puntos porcentuales (pp)/mes en el periodo preCOVID ($\beta_1 = -0,129$; $p < 0,001$). La irrupción de la COVID seguida del aumento de casos de estreptococo se asoció a una subida de 40,4 pp ($\beta_2 = +40,404$; $p < 0,001$) y a un cambio de pendiente de $-0,52$ pp/mes ($\beta_3 = -0,520$; $p < 0,001$), disminuyendo a un ritmo de $-0,65$ pp/mes en el periodo final. En diciembre de 2024, la tasa de prescripción inadecuada se situó en un 44,5%, siendo más frecuente en las personas jóvenes (15-44 años) y en las áreas de un nivel socioeconómico medio. La edad y el nivel socioeconómico del área fueron las variables que más explicaron la variabilidad.

CONCLUSIONES

El indicador de salud muestra una mejora sostenida en el periodo pospandémico, lo que podría atribuirse a las recomendaciones del programa PROA o al seguimiento del indicador, contribuyendo así a una mejora en la calidad asistencial, una disminución del gasto sanitario y una prevención de las resistencias antimicrobianas.

CEI

Se presentan datos agregados, por lo que no se requiere un certificado de conformidad ni la aprobación del Comité de Ética en Investigación con medicamentos.

Evolución de las desigualdades sociales en la realización de pruebas de detección precoz de cáncer de mama y colorrectal en Catalunya (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1075

Jordi Trapé Ubeda^a, Anna Schiaffino Rubinat^a, Berta Clavé Safont^a, Mercè Armelles Sebastià^a, Ariadna Mas Casals^a y Aina Plaza Tesias^a

^a Direcció General de Planificació en Salut - Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona (España)

OBJETIVOS

Analizar la evolución de las desigualdades por clase social y el nivel de estudios en la realización de la mamografía periódica (1994-2023) y la prueba de sangre oculta en heces (PSOH)(2012-2023) en la población de 50 a 69 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han usado datos de la Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA), que recogen la realización de las pruebas independientemente de si se efectuaron dentro o fuera de los programas de cribado poblacional desde 1994 hasta 2023 de la población de 50 a 69 años. Se calcularon los porcentajes estandarizados por edad y sexo. Los resultados se estratificaron por clase social y nivel de estudios para examinar la evolución temporal de las brechas de desigualdad.

RESULTADOS

La realización de la mamografía periódica ha aumentado a lo largo de los años en todas las clases sociales, eliminando prácticamente la brecha de desigualdad: si en 1994 la cobertura de la prueba era del 38,0% en la clase más favorecida y del 20,2% en la menos favorecida, en 2023 ambas superaron el 91%. En cambio, para la PSOH, aunque la participación general ha aumentado notablemente entre

2012 y 2023, persisten desigualdades importantes. En 2023, la realizaron un 73,4% de las personas de clase social más favorecida frente al 66,7% de la menos favorecida. La brecha es aún mayor por nivel educativo (71,2% en universitarios vs 57,4% con estudios primarios o sin).

CONCLUSIONES

Desde la implantación de los programas de cribado en Catalunya se ha producido un exitoso aumento en la realización de ambas pruebas. Este período se asocia con la práctica eliminación de las desigualdades sociales en la mamografía, lo que supone un gran avance en la equidad en salud. Por el contrario, en la PSOH, de implementación más reciente, persisten brechas sociales, que evidencian la necesidad de dirigir acciones específicas para reducirlas y garantizar un acceso equitativo a toda la población.

FINANCIACIÓN

Este trabajo no ha recibido financiación.

CEI

Pendiente.

¿Existe heterogeneidad en las tarifas sanitarias regionales vinculadas a la Atención Primaria? (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1076

Maria Merino^a, Ana M.^a Durán Esteban^a, Almudena González Domínguez^a y Alexandra Ivanova^a

^a Theorema4H. Madrid (España)

OBJETIVOS

Realizar un análisis comparativo de las tarifas sanitarias oficiales de los sistemas sanitarios regionales, relacionadas con el principal consumo de recursos en el ámbito de la Atención Primaria (AP) de España.

MATERIAL Y MÉTODOS

En primer lugar, se consultó la Base de Datos de Clínicos de Atención Primaria (BDGAP) del Ministerio de Sanidad para seleccionar los procedimientos más prevalentes en 2023 a nivel nacional. Posteriormente, se revisaron los boletines oficiales autonómicos donde se fijan los precios públicos por la prestación de servicios sanitarios, tanto de los procedimientos seleccionados como de las visitas médicas y de enfermería en AP.

Finalmente, se realizó un análisis estadístico descriptivo y de dispersión (media, mediana, desviación estándar, mínimo, máximo y coeficiente de variación [CV]) de dichas tarifas. Los datos se reportan en euros de 2024. Las tarifas con años de referencia anteriores se actualizaron previamente según las indicaciones de cada boletín.

RESULTADOS

En lo relativo a las visitas, aquellas que presentan mayor homogeneidad en sus tarifas son las urgencias de enfermería (mediana = 52,1 €; CV = 20%) y las urgencias del médico a domicilio (mediana = 139,0 €; CV = 20%); del lado opuesto, con mayor heterogeneidad está la consulta telefónica de enfermería (mediana = 30,0 €; CV = 61%; mínimo = 13,0 €; máximo = 55,0 €).

En cuanto a los procedimientos, se observa una heterogeneidad más extendida, destacando la prueba de tiroxina (mediana = 8,6 €; CV = 158%; mínimo = 3,0 €; máximo = 93,3 €), el hemograma (mediana = 4,2 €; CV = 96%; mínimo = 1,6 €; máximo = 20,0 €) y la prueba de TSH (mediana = 9,3 €; CV = 93%; mínimo = 3,4 €; máximo = 42,0 €).

CONCLUSIONES

La heterogeneidad en las tarifas es manifiesta en muchos de los recursos de AP. Esto podría conducir a una gestión desigual de dichos recursos si los criterios económicos prevaleciesen sobre los clínicos. No obstante, cabe destacar que la limitación presupuestaria del ámbito sanitario exige promover la eficiencia en el uso de recursos de cara a garantizar su sostenibilidad.

CEI

Este estudio se ha realizado con datos publicados en fuentes públicas (Ministerio de Sanidad y boletines oficiales de las comunidades autónomas). No requiere la autorización de un Comité de Ética de Investigación.

Índices antropométricos utilizados para identificar la obesidad central en la población adulta a nivel mundial (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1077

Miriann Mora Verdugo^a

^a Universidad del Azuay. Cuenca (Ecuador)

OBJETIVOS

Determinar los índices antropométricos utilizados para identificar la obesidad central en la población adulta a nivel mundial.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática siguiendo las directrices PRISMA. El protocolo fue registrado en PROSPERO (International Prospective Register of Systematic Reviews) bajo el número CRD42021269037. Se incluyeron estudios en inglés y español publicados en los últimos 13 años, con cualquier diseño. Las bases de datos consultadas fueron Google Scholar, PubMed, Web of Science, Scielo, ProQuest, Scopus, EMBASE y Trip Database. Se evaluaron los estudios según el autor, año de publicación, país, número de participantes, sexo, grupo de edad, diseño, índice antropométrico, punto de corte, área bajo la curva (AUC), sensibilidad y especificidad. La calidad de los estudios se evaluó mediante las guías GRRAS y la escala MINCIR.

RESULTADOS

Se identificaron 10.323 artículos, de los cuales 13 cumplieron con los criterios de inclusión. La población incluyó 91.053 participantes (55,5% mujeres). El ICE mostró una sensibilidad >85%, especificidad >80% y un AUC >0,90. Para la circunferencia de cintura (CC), la sensibilidad varió entre el 78% y 91%, la Sp entre 75% y 88%, con un AUC entre 0.85 y 0.92. La circunferencia de cuello (Ccu) con puntos de corte ≥ 37 cm en hombres y ≥ 34 cm en mujeres, la sensibilidad fue de 70% a 88%, la especificidad de 68% a 85% y el AUC osciló entre 0,78 y 0,89.

CONCLUSIONES

El índice cintura-estatura (ICE) y la circunferencia de cintura (C) presentan mejor validez para detectar la obesidad central de forma indirecta en los adultos. La circunferencia de cuello (Ccu) es una herramienta prometedora, especialmente en Latinoamérica. Los puntos de corte de estos índices varían según el sexo, la edad y la etnia, lo que subraya la importancia de adaptar estas medidas a diferentes poblaciones.

CEI

No necesita la aprobación de un Comité de Ética en Investigación (CEI).

Infecciones por *Rothia sp.* durante un período de diez años (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1078

Sergi Gómez Calderón de la Barca^a, Paola Lizeth Cayo Maquera^b, Wendy Johanna Oseguera Mejía^b, Paula Salido Corpas^b, Miguel Sampayo Cordero^b y Mónica Ribell Bachs^b

^a EAP Montornès-Montmeló. Barcelona. UD Multiprofesional d'Atenció Familiar i Comunitària Metropolitana Nord. Barcelona

^b Hospital General de Granollers. Granollers. Barcelona (España)

OBJETIVOS

Caracterizar las infecciones por *Rothia sp.*, describir las características sociodemográficas, clínicas, microbiológicas y terapéuticas; la evolución clínica y los patrones de resistencia antibiótica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo unicéntrico basado en la revisión de historias clínicas de los pacientes atendidos en nuestro hospital con un cultivo positivo para *Rothia sp.*, de enero 2015 a diciembre 2024. La muestra se calculó con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%.

RESULTADOS

Durante el período de estudio se atendieron a 231 pacientes con cultivo positivo para *Rothia sp.*, 74% > 65 años. En un 59% el diagnóstico se produjo en otoño-invierno. El 91,3% fueron positivos por *Rothia mucilaginoso*, 81,4% identificadas en muestras de esputo. La mayor parte de los pacientes presentaban una afectación pulmonar (78,4%) en forma de bronquitis o neumonía. Los factores de riesgo detectados más frecuentes fueron: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (36,8%), enfermedad renal crónica (16,5%), diabetes mellitus (13,9%) y enfermedad oncohematológica (9,5%). El 61,9% de todos los pacientes habían sido tratado previamente con alguna terapia inmunosupresora y el 23,4% con quinolonas. El 80% de los pacientes fueron tratados empíricamente con una sensibilidad del 74% al tratamiento escogido. Los antibióticos más utilizados fueron amoxicilina-clavulánico (18,2%), levofloxacino (18,2%) y ceftriaxona (14,3%). Se describió en un 68,8% de resistencia a ciprofloxacino, 46,2% a clotrimoxazol, 26% a amoxicilina y 15% a cefotaxima. Tras seis meses del tratamiento, el 18,2% de los pacientes falleció y el 35,1% reingresó por una clínica respiratoria.

CONCLUSIONES

La mayoría de las infecciones por *Rothia sp.* en nuestra serie son de origen respiratorio y acontecen en pacientes de edad y durante el período de invierno. La mayoría de los pacientes diagnosticados fueron tratados con inmunosupresores y un 23,4% con quinolonas en los 6 meses previos. Hemos detectado un 68,8% de resistencia al ciprofloxacino y un 26,3% a la amoxicilina. Un 18% de los pacientes fallece a los 6 meses y el 35% reingresa por la clínica respiratoria.

CEI

Comité de Ética en Investigación con medicamentos (CEIm) FPHAG 2025.093.

Inteligencia artificial en la práctica médica: ¿aliada o amenaza? (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1079

Mireia Colom Guerra^a, Judith Puig Narváez^a y Kilian Griñán Ferré^b

^a CAP Terrassa Est. Consorci Sanitari de Terrassa. Barcelona (España)

^b Servicio de Urgencias del Hospital de Terrassa. Consorci Sanitari de Terrassa. Barcelona (España)

OBJETIVOS

Explorar el uso de las herramientas de inteligencia artificial (IA) en la práctica médica de un hospital terciario y analizar su percepción sobre la fiabilidad, la privacidad del paciente y el impacto profesional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal, descriptivo, realizado mediante encuestas anónimas autoadministradas. Se analizaron 86 respuestas de médicos adjuntos y residentes de Atención Hospitalaria y Primaria. El cuestionario incluyó variables demográficas, frecuencia de uso, la percepción sobre su utilidad, riesgos, privacidad y casos clínicos para evaluar la protección de datos. Se realizó un análisis descriptivo con frecuencias y medianas.

RESULTADOS

El 78% son mujeres, de 39 años de media y 12 de experiencia; el 58% son médicos adjuntos y el 47% trabajan en Atención Primaria (AP). Un 79% usa IA, principalmente para resolver dudas clínicas (33%), elaborar presentaciones o artículos (23%) y redactar informes (13%), siendo más usada por los residentes (86%) que los adjuntos (74%). Aunque únicamente un participante considera la IA totalmente fiable, solo el 51% contrasta siempre la información. El 59% la percibe como fiable con limitaciones y el 39% como no fiable, aunque el 13% rara vez o nunca verifica los resultados.

El 67% mostró preocupación por la privacidad, pero un 58% clasificó erróneamente como seguros casos que vulneran la confidencialidad. Un 39% ve la IA como una amenaza, mientras que un 57% la considera una herramienta útil para las tareas administrativas (24%), la interpretación de pruebas de imagen y analíticas (42%) y la elaboración de informes (21%).

CONCLUSIONES

La IA está cada vez más presente, especialmente entre los residentes. Sin embargo, la falta de una verificación sistemática, junto con errores en la valoración de la confidencialidad, evidencia la necesidad de una formación específica en su uso ético y crítico. Aunque algunos la ven como una amenaza, la mayoría la considera una herramienta complementaria para las tareas administrativas y de

apoyo clínico. El reto no es frenar su avance, sino integrarla de forma responsable. La tecnología ya está aquí, y como profesionales debemos adaptarla para reforzar nuestra labor asistencial sin comprometer los derechos del paciente.

FINANCIACIÓN

No.

CEI

Comité de Ética de Investigación con medicamentos del Consorci Sanitari de Terrassa. Código CEIm: 02-25-163-141.

La ecografía pulmonar es rentable en las enfermedades pulmonares en Atención Primaria (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1080

José María Palacín Peruga^a, Marta Ortega Bravo^b, Javier Martínez Redondo^c, Jesús Pujol Salud^c y Mónica Solanes Cabús^a

^a CAP Onze de Setembre. Lleida (España)

^b CAP Almacelles. Lleida (España)

^c CAP Balaguer. Lleida (España)

OBJETIVOS

Comparar el coste-efectividad de la ecografía pulmonar (EP) y la radiografía de tórax (RXT) en Atención Primaria (AP), ya sea en el diagnóstico temprano de neumonía por COVID-19 como en otros procesos patológicos respiratorios comunes, resaltando el efecto económico y clínico de las dos técnicas en la gestión de recursos asistenciales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron en el estudio 212 pacientes con una edad promedio de 49,62 años; el 58,49% eran hombres. A todos los participantes se les realizó una EP, y a 187 EP más RXT.

Sobre esta base de pacientes, que ya demostró en un estudio previo la mayor precocidad de diagnóstico de la EP sobre RXT en la detección de la neumonía por COVID-19, y a los que se les realizaron ambas pruebas en mismo momento, ahora se evalúa cuál es más coste-efectiva.

Para comparar las dos técnicas diagnósticas, utilizaremos la relación coste-efectividad incremental (ICER), que es el cociente resultante de dividir la diferencia de costes entre ambos métodos.

RESULTADOS

El cálculo de costes para cada sección del circuito de diagnóstico agrupados por tipo de coste. El coste por cada RXT y EP en nuestro contexto ascendería a 102,42 € y 50,56 €, respectivamente.

Las rutas diagnósticas de las dos opciones son diferentes. En caso de la RXT, el circuito es más largo y requiere más mano de obra. Por el contrario, se necesitan menos profesionales para la EP, con el beneficio adicional de un intervalo de tiempo más corto entre la sospecha inicial y el inicio del tratamiento.

CONCLUSIONES

La EP es una alternativa más coste-efectiva que la RXT en la valoración inicial de enfermedades pulmonares en AP, permitiendo optimizar recursos y reducir gastos sin comprometer la precisión diagnóstica. Su uso generalizado puede contribuir a una gestión más eficiente y sostenible del sistema sanitario, especialmente en los entornos con recursos limitados o en las áreas rurales.

FINANCIACIÓN

Este trabajo no ha recibido financiación.

CEI

Estudio aprobado por el Comité Ético del Institut d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol i Gurina (Barcelona, España) (número de registro p20/138).

La experiencia de los pacientes crónicos con una complejidad clínica. ¿En qué debemos mejorar? (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1081

Marta Serrarols Soldevila^a, Maria Revert Sisternes^a y Neus Font Gómez^a

^a CAP El Remei. Vic. Barcelona (España)

OBJETIVOS

Identificar las áreas de mejora en la atención a los pacientes crónicos.

PACIENTES Y MÉTODOS

En el marco de uno de los proyectos transformadores del Servei Català de la Salut en atención integrada se realiza una evaluación de la experiencia de atención de estos pacientes mediante un grupo focal con pacientes y cuidadores/familia, y de un cuestionario para

medir la experiencia del paciente crónico (escala IEXPAC) y la de sus cuidadores (escala IEXPAC cuidadores). Se realizó un grupo focal con 6 personas y se administraron un total 40 cuestionarios a los pacientes y 37 a los cuidadores.

RESULTADOS

En la parte del grupo focal destaca el buen trato y la confianza en la Atención Primaria (AP), el buen seguimiento y la coordinación de pruebas, la buena atención domiciliaria, pero habría que mejorar la accesibilidad y los problemas de información en la atención hospitalaria, sobre todo con respecto a las pruebas y mejoras en el área de urgencias por el tiempo de espera. En el ámbito social destaca la percepción de la falta de recursos y el desconocimiento, el tiempo de espera para el trabajo social y para la valoración de la dependencia y discapacidad, así como la falta de recursos de soporte al cuidador. En la parte cuantitativa, necesita mejorar la información sobre los recursos sanitarios y sociales disponibles, poder compartir con otros pacientes la vivencia de la enfermedad y la coordinación entre la salud y lo social. Para los cuidadores, se requeriría de una mejor atención a su bienestar y poder compartir, así como información de los recursos disponibles y una mejor coordinación con los servicios sociales.

CONCLUSIONES

Valorar la experiencia del paciente crónico nos permite identificar las áreas críticas de la atención sanitaria y social, y establecer un plan de mejora en la atención a estos pacientes que son atendidos por diferentes niveles asistenciales y dispositivos de tipo sanitario y social, con un enfoque que debe ser claramente integrado.

FINANCIACIÓN

Sí. El estudio forma parte del Projecte demostratiu d'un sistema d'integració assistencial efectiva amb suport per l'elecció i gestió dels recursos, en el marco de los proyectos transformadores del Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública impulsados por el Servei Català de la Salut y con financiación de Fondos tipo FANF (Fondos Afectados No Finalistas).

CEI

Comité Ètic de la Recerca UVic-UCC (25/035).

Niveles de depresión y ansiedad en los refugiados ucranianos tras el conflicto bélico de 2022. Un estudio descriptivo (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1082

Natalia Ponzel^a, Ileana Gefaell Larrondo^b, Oksana Ilkov^a, Janis Blumfelds^c y Michael Harris^d

^a Uzhhorod National University. Zakarpattia (Ucrania)

^b CS Federica Montseny. Madrid (España)

^c Riga Stradins University. Riga (Letonia)

^d University of Exeter. Exeter (Reino Unido)

OBJETIVOS

Describir los niveles de depresión y ansiedad en los refugiados ucranianos asentados en España y en las personas desplazadas dentro de Ucrania.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal descriptivo en las personas ucranianas mayores de 18 años refugiadas en España y desplazadas internamente en Ucrania desde febrero de 2022-2024.

Variables: sociodemográficas, antecedentes y/o tratamiento previo de la depresión/ansiedad. Se definieron niveles moderados altos de ansiedad y depresión si los participantes obtuvieron una puntuación ≥ 10 en el cuestionario GAD-7 y ≥ 15 en el PHQ-9 respectivamente. Muestreo por conveniencia.

Tamaño muestral: 60.

La participación del estudio fue anónima tras la firma del consentimiento informado.

Análisis descriptivo y regresión logística.

Limitaciones: muestreo no aleatorio, sesgo de selección.

RESULTADOS

Participaron 188 personas; 62 (33%) residían en España y 126 (67%) en Ucrania. La edad media fue de 40,6 (DE: 12) años y el 92,6% eran mujeres. Antes del conflicto bélico de 2022, el 12,2% había sido diagnosticado con depresión y/o ansiedad, y el 6,4% había recibido tratamiento. La prevalencia actual de depresión moderada-severa fue del 41% (IC 95%: 33,9-48,3) y de ansiedad del 53,2% (IC 95%: 45,8-60,5).

Comparado con quienes permanecen en Ucrania, los refugiados en España asociaban mayor riesgo de depresión (OR 5,46; IC 95%: 2,82-10,56) y ansiedad (OR 4,32; IC 95%: 2,19-8,52) tras ajustar con variables engañosas con valores $p < 0,001$.

CONCLUSIONES

La prevalencia de los síntomas de depresión y ansiedad es alta en los refugiados ucranianos por la guerra, especialmente entre quienes se han asentado en España, que muestran una mayor vulnera-

bilidad psicológica que los desplazados internos. Desde Atención Primaria (AP) podemos aportar un tratamiento y recursos para el tratamiento de estos pacientes.

FINANCIACIÓN

Este estudio recibió la financiación de la Red Europea de Investigación de Atención Primaria (EGPRN). Registro de la ayuda: 2023/61.

CEI

Este estudio recibió la aprobación del Comité de Ética en Investigación con medicamentos (CEIm) de la Universidad de Uzhgorod, Ucrania, y del CEIm del Instituto i+12 de la Comunidad de Madrid, n.º CEIm: 23/468.

Optimización del tratamiento farmacológico en los pacientes con una insuficiencia cardíaca atendidos en dos centros de Atención Primaria (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1083

Beatriz Jiménez Muñoz^a, Lluís Cuixart Costa^a, Daniel Planchuelo Calatayud^a, Daniel Cazar Recalde^a, Angela Mottura Casas^a y Nuria Correa Bas^a

^a CAP Roger de Flor. Barcelona (España)

OBJETIVOS

Describir el perfil clínico y terapéutico de los pacientes diagnosticados de insuficiencia cardíaca (IC) en dos centros de salud urbanos. Evaluar si los pacientes están clasificados según la fracción de eyección ventricular (FEVI) y si se cumplen las últimas recomendaciones de optimización terapéutica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal retrospectivo. Población: pacientes asignados a dos centros con diagnóstico de IC durante el 2025. Criterios de inclusión: mayoría de edad y diagnóstico de IC. Sin criterios de exclusión. Se estimó un tamaño muestral representativo en 300 pacientes y se extrajo un listado aleatorizado. Se realizó una revisión sistemática de las historias clínicas asegurando la anonimización. Se realizó un análisis estadístico descriptivo y comparativo utilizando STATA.

RESULTADOS

Resultados preliminares de 71 pacientes. El 57,8% eran mujeres. La media de edad fue de 82,3 años (DE 12.3) y la media de años de evo-

lución de la IC fue de 5,4 (DE 5,1). El 12,7% presentaban tabaquismo y el 4,2% enolismo. El 59,2% eran hipertensos, el 45,1% dislipémicos y el 29,6% presentaban DM2. El 22,5% tenían una cardiopatía isquémica, 42,2% ACxFA, el 29,6% eran valvulopatías y el 14,1% tenían un deterioro cognitivo. Ecográficamente, el 32,4% tenían FEVI preservada (FEp), el 16,9% levemente reducida (FEI_r) y el 12,7% reducida (FER). En un 38% de los casos no constaba el valor de la FEVI. Respecto a las recomendaciones farmacológicas de las últimas guías (FEVI > 50%: ISGLT-2; FEVI < 50%: betabloqueante+ISRAA/ARNI+antialdosterónico+ISGLT-2) solo el 31,8% de pacientes llevaban tratamiento optimizado, y de estos el 64,3% tenían FEp y el 35,7% FEI_r/FER. De los pacientes que presentaron descompensaciones en el último año, el 65% llevaban un tratamiento no optimizado y presentaban una media de cifras de proBNP superior a los pacientes sin descompensaciones (2984 vs 1543 pg/ml, p 0.06).

CONCLUSIONES

La mayoría de nuestros pacientes con IC presentan cifras de FEp, sin embargo, hay un amplio porcentaje de casos sin una FEVI conocida. El tratamiento farmacológico de la mayoría de nuestros pacientes sigue sin adecuarse a las recomendaciones de las últimas guías. La mayoría de los pacientes que tuvieron descompensaciones recientes presentaban un tratamiento subóptimo y mayores de cifras de proBNP en el último año.

CEI

24/080-P.

Pacientes hiperfrecuentadores de consultas médicas según el ámbito sanitario y las variables asociadas (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1084

Francisco Rodríguez Castilla^a, Joanna Lucia Calzada Algravez^a, José Luis Prieto Gálvez^a, Alejandro Pérez Milena^a y M.^a Victoria Quesada Lara^a

^a CS El Valle. Jaén (España)

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de población hiperfrecuentadora según el ámbito sanitario y las características relacionadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohortes retrospectivo mediante una auditoría de historias clínicas. Participan pacientes de una zona básica de salud (ZBS) urbana, escogidos mediante un muestreo sistemático. Tamaño muestral mínimo 189 pacientes (nivel de confianza 95%, precisión

3%, pérdidas 5%). Variable dependiente: citas médicas durante el año 2023 en cualquier ámbito asistencial; se consideran hiperfrecuentadores aquellos pacientes con valores superiores al percentil 75. Variables independientes sociodemográficas (sexo, edad, estructura familiar, patología y tratamiento crónico). Análisis descriptivo y multivariante mediante una regresión logística binaria. Aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEI), datos anonimizados.

RESULTADOS

272 pacientes, media de edad 58,9 años ($\pm 19,2$) y 75% mujeres. 92,7% consultaron una media de 15,5 veces ($\pm 12,9$): 89,3% en Atención Primaria (AP) (11,7 veces $\pm 10,2$); 54,9% servicios de urgencias (1,6 veces $\pm 2,4$); 52,4% hospital (2,1 veces $\pm 3,0$). El 26,6% fueron hiperfrecuentadores, con unas 22 consultas anuales: 26,5%, en AP (16 consultas); 36,4%, en urgencias (2 consultas) y 25,1% hospital (4 consultas) (p < 0,05 test Ji²). El 62,5% de los pacientes son hiperfrecuentadores en AP + urgencias, 54,2% en AP + hospital y el 46,5% en urgencias + hospital (p < 0,001 Ji²). Los pacientes hiperfrecuentadores fueron mayoritariamente mujeres (75% vs 62%; p < 0,05 test Ji²) con una edad media superior (59,0 $\pm 19,3$ vs 50,1 $\pm 18,9$; p < 0,001 test t Student), mayor presencia de una enfermedad crónica (83,3% vs 56,3%; p < 0,001 test Ji²) y más número de patologías (4,0 $\pm 3,7$ vs 1,9 $\pm 2,7$) y fármacos (2,2 $\pm 1,7$ vs 1,2 $\pm 1,5$) (p < 0,001 test t Student). El modelo final multivariante relaciona la hiperfrecuentación con ser mujer (OR 1,03-4,06) y el número de fármacos tomados de forma crónica (OR 1,02-1,29),

CONCLUSIONES

La frecuentación sanitaria en general es elevada y se ha incrementado en la última década. La hiperfrecuentación está presente en la cuarta parte de la población y supone una demanda anual de unas 22 citas médicas que afectan por igual a todos los ámbitos asistenciales. Se relaciona con ser mujer y el número de fármacos que se toman en un tratamiento crónico.

FINANCIACIÓN

No tiene financiación externa.

CEI

Proyecto GASAP-COVID/1844-N-20.

Prescripción de tratamientos para la erradicación de *Helicobacter pylori* en Atención Primaria: datos de una cohorte nacional con más de 200.000 pacientes (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1085

Encarnación Fernández Antón^a, Olga Pérez Nyssen^b, Gabriela Alonso Martínez^a, Pablo Parra^b, Javier P. Gisbert^b y Francisco J. de Abajo Iglesias^a

^a Departamento de CC Biomédicas (UD de Farmacología) Universidad de Alcalá (IRYCIS). Alcalá de Henares. Madrid (España)

^b Hospital Universitario de La Princesa. Instituto de Investigación Sanitaria Princesa. Universidad Autónoma de Madrid. Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas. Madrid (España)

OBJETIVOS

La *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) es una infección muy prevalente y la causa más frecuente de la gastritis crónica, la úlcera péptica y el cáncer gástrico. Esta infección se trata principalmente en Atención Primaria (AP). Conocer su manejo y adherencia a las guías clínicas es crucial para optimizar el tratamiento. El objetivo es evaluar las estrategias actuales de manejo de *H. pylori* en AP utilizando datos de BIFAP, base de datos sanitaria española de AP.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron pacientes de ≥ 18 años con una infección por *H. pylori* registrada entre 2003 y 2023 que recibieron tratamiento erradicador. Los casos se identificaron mediante códigos ICD-9/10 y SNO-MED-CT, y los tratamientos se analizaron según las guías españolas y europeas. Se compararon prescripciones de primera línea entre la AP (BIFAP) y Atención Especializada (Hp-EuReg).

RESULTADOS

Se identificaron 211.972 sujetos con una infección por *H. pylori*. Los tratamientos de primera línea más frecuentes fueron: inhibidor de la bomba de protones (IBP) más una cápsula única con bismuto + tetraciclina + metronidazol (IBP + BTM, Pylera[®], 36%), IBP + claritromicina + amoxicilina (IBP + C + A, 30%), e IBP + claritromicina + amoxicilina + metronidazol (IBP + C + A + M, 26%). El régimen IBP+BTM fue el más común en los pacientes de 18 a 64 años y en aquellos con obesidad, una enfermedad renal crónica o antecedentes de tabaquismo, mientras que el IBP+C+A fue más frecuente en los pacientes ≥ 65 años o con una úlcera péptica. Desde 2013, el uso de IBP+C+A ha disminuido en ambos niveles asistenciales, aunque en AP aún supera el 10%. El uso de IBP + C + A + M ha aumentado desde 2015, con mayor uso en la Atención Especializada (40%) que en la AP (30%). Actualmente, el régimen IBP+BTM es el más prescrito en ambos entornos, lo que representa el 60% de las prescripciones.

CONCLUSIONES

Los tratamientos de *H. pylori* en AP Primaria son variados, siendo la terapia IBP + BTM la más prescrita. Las guías clínicas se siguen, aunque su adopción es más lenta en AP que en la Especializada.

FINANCIACIÓN

BIFAP es una base de datos financiada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Las conclusiones del estudio son responsabilidad exclusiva de los autores. Agradecemos la excelente colaboración de los médicos de AP y de las comunidades autónomas participantes, así como la inestimable ayuda del Dr. M. Gil. Agradecemos a la Fundación Teófilo Hernando (FTH) el apoyo financiero.

CEI

Comité de Ética en Investigación con medicamentos (CEIm) del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, EOm 01/2024.

¿Se toman la medicación los pacientes diabéticos?

DOI: 10.55783/rcmf.19E1086

M.^a Zell del Castillo Nesweda^a, Nuria Peraire Orcal^a, Ingrid Bermúdez Rengifo^a, Narina Gharibyan Avestisyan^a, Laia Salinas Gratacós^a y Cristina Echebarria Manresa^a

^a CAP Roger de Flor. Barcelona (España)

OBJETIVOS

Conocer si los pacientes diabéticos tipo 2 tienen una buena adherencia a la medicación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal realizado a través de la revisión de historias clínicas en pacientes diagnosticados de diabetes tipo 2 que acuden a la consulta de medicina y enfermería en un período de 6 meses. Se valoró la adherencia a la medicación a partir de la relación de varias variables entre sí, para establecer si realmente algunos factores son más importantes que otros a la hora de establecer una correcta adherencia a la medicación y si esta relación fue o no significativa.

RESULTADOS

Se incluyeron 139 pacientes. Hombres: 53,24%. Edad media: 71,23 (DE: 12,1). La media de edad de los cumplidores fue de 73 años vs los no cumplidores, de 69 años ($p = 0,04$).

De los diferentes factores analizados, se estableció una relación estadísticamente significativa entre los pacientes con una retinopatía diabética y un mayor porcentaje de no cumplimiento por el test breve de Morinsky-Green (TBM-G) respecto a los pacientes con una no retinopatía ($p = 0,04$). En cuanto a los pacientes que refieren ser cumplidores por el TBM-G, solo el 61% retira siempre la medicación de la farmacia y de los que refieren ser incumplidores (TBM-G = 4), un 25% recoge la medicación.

De los pacientes con $HbA1c > 7$, el 89% tomaba la medicación varias veces al día vs los pacientes que tenían la $HbA1c$ controlada, que solo un 64,7%, lo hacía ($p = 0,02$). De los que solo tomaban ADO, la mayoría estaban controlados: 91,7% ($p = 0,001$), y en cambio los que tomaban ADO + insulina, solo un 5,9%, tenía un buen control glicémico $HbA1c < 7$ ($p = 0,001$).

CONCLUSIONES

- El mal cumplimiento terapéutico comporta más complicaciones.
- Para valorar la adherencia a la medicación es más eficaz usar programas de recogida de medicación en la farmacia que los test autoadministrados.
- Simplificar la dosificación mejora el cumplimiento.
- Debemos insistir en la mejora del control glucémico en los pacientes que toman ADO + insulina.

FINANCIACIÓN

Este trabajo no ha recibido financiación.

CEI

Comité de Ética en Investigación con medicamentos (CEIm) del IDIAP Jordi Gol. Código: 24/113-EOm.

Violencia de pareja en los adolescentes escolarizados y su relación con la estructura y la función familiar (póster)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1087

Sara Darwish Mateos^a, Francisco Rodríguez Castilla^b, Julia M.^a Bohórquez Ríos^c, M.^a Angustias Becerra Almazán^b y Alejandro Pérez Milena^b

^a CS Doctor Manuel Polaina. Mengíbar. Jaén (España)

^b CS El Valle. Jaén (España)

^c Hospital Universitario de Jaén. Jaén (España)

OBJETIVOS

Conocer la presencia de la violencia de pareja en los adolescentes y su relación con las variables familiares.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo mediante encuesta. Alumnado de un instituto urbano (11-18 años).

Cuestionario VREP, valorando la violencia física (VFIS), sexual (VSEX) y psicológica (aislamiento social-VPS-, humillación-VPH- y control-VPC-); diferencia entre la violencia recibida, ejercida y percibida. Variables independientes: edad, sexo, estructura/función familiar (Apgar-familiar), apoyo social (Duke-UNC-11). Análisis descriptivo y regresión logística multivariante.

RESULTADOS

408 encuestas (81,6% alumnado total), 50% mujeres, edad $14,7 \pm 2,1$ años. 44,2% con pareja actual; primera pareja con $12,8 \pm 2,5$ años; $2,1 \pm 1,8$ parejas diferentes. Estructura familiar nuclear (85,3%), monoparental (10,5%), ampliada (3,2%) y reconstituida (2%). Disfunción familiar severa 3,7%; moderada 19,9%. Apoyo social adecuado 88,9%. Violencia recibida: VFIS 25,5%; VSEX 22,9%; VPS 37,9%; VPH 40,1%; VPC 55%. Violencia ejercida: VFIS 18,2%; VSEX 11,4%; VPS 21,8%; VPH 28,4%; VPC 40,4%. Un 85% perciben las conductas violentas. La mujer recibe más violencia que el hombre ($p < 0,05 \chi^2$). Una mayor edad se relaciona con recibir VFIS (OR = 2,5), pero protege de sufrir VPS y VPC (OR = 0,8) y de ejercer VPC (OR = 0,8). Un mayor número de parejas previas incrementa el riesgo de sufrir VSEX (OR = 1,3). La disfunción familiar se relaciona con ejercer VPS (OR = 2,5). Los adolescentes de familias no nucleares tienen más riesgo de recibir y ejercer VSEX (OR = 2,7/8,9), así como VPS (OR = 2,6/4,9), y mayor riesgo de recibir VPH (OR = 3,6) y VPC (OR = 2,5). Percibir los actos de VF se relaciona con familias no nucleares (OR = 6,9), mientras que la VPS es detectada por los adolescentes de mayor edad (OR = 7,0).

CONCLUSIONES

Hay una elevada presencia de las conductas violentas en las parejas adolescentes, sobre todo de tipo psicológico, que se relacionan con la edad, el número de parejas y la función familiar. Las estructuras familiares no nucleares pueden transmitir experiencias vitales que favorezcan una mayor presencia de la violencia de pareja.

FINANCIACIÓN

Beca Isabel Fernández.

CEI

VIO-2022.