



Revista Clínica de Medicina de Familia

ISSN: 1699-695X

ISSN: 2386-8201

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

Coronado Vázquez, Ma. del Valle
III Premio de Investigación PAPPS-semFYC - Fundación Mutual Médica
Revista Clínica de Medicina de Familia, vol. 16, núm. E1, , 2023, pp. 228-232
Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169676323007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UDEM [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

III Premio de Investigación PAPPS-semFYC - Fundación Mutual Médica

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREMIADO

Desarrollo, aceptación y efectividad de una herramienta de ayuda a las decisiones en la promoción de ejercicio físico saludable

DOI: 10.55783/rcmf.16E1139

M.^a del Valle Coronado Vázquez^a

^a Centro de Salud Las Cortes. Madrid (España)

OBJETIVO

Desarrollar una herramienta de ayuda a las decisiones (HAD) en la promoción del ejercicio físico saludable y valorar su aceptación y efectividad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño en tres fases (criterios de la Fundación IPDAS [International Patient Decision Aid Standards]).

Fase 1: 1) Grupo multidisciplinar de pacientes y profesionales sanitarios para guiar el diseño de la HAD. 2) Revisión sistemática de la evidencia científica sobre el ejercicio físico saludable.

Fase 2: Pilotaje de campo Alfa.

Objetivo: valorar la exhaustividad de HAD, aceptabilidad, comprensibilidad y utilidad entre pacientes y profesionales sanitarios.

Diseño: estudio iterativo mixto.

Material y método: estudio de tres rondas en clínicos y pacientes a través de cuestionarios de aceptabilidad y usabilidad, y entrevistas semiestructuradas. Análisis iterativo con ATLAS.ti.

Fase 3: Pilotaje de campo Beta.

Objetivo: evaluar la efectividad de la HAD para promocionar el ejercicio físico saludable.

Diseño: ensayo clínico aleatorizado.

Material y métodos: estudio piloto en una muestra de 70 personas (35 por grupo) de 18-65 años, que realizan menos de 150 minutos de ejercicio moderado/semana, sin enfermedad cardiovascular u otra que limite el ejercicio físico.

Intervención: promoción de ejercicio físico con la HAD.

Control: práctica clínica habitual en la promoción de ejercicio físico.

Variable principal: actividad física medida con IPAQ (International Physical Activity Questionnaire) y conteo de pasos mediante podómetro.

Análisis estadístico: para analizar el ejercicio físico, se utilizará un modelo de análisis de la covarianza (ANCOVA), con el valor en METs obtenido en el IPAQ y el número de pasos semanales registrados por el podómetro. Conflicto con las decisiones.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN PRESENTADOS

Afrontamiento de la presión asistencial por los profesionales sanitarios en un centro de alta demanda: promoción de la salud mental y propuesta de intervención en el centro

DOI: 10.55783/rcmf.16E1140

Gonzalo Tena Santana^a

^a Servicio Andaluz de Salud

RESUMEN

En nuestra unidad de gestión clínica de Atención Primaria, un equipo multidisciplinar ofrece asistencia clínica integral en un único centro a una población censada de más de 12.500 habitantes.

Lejos de ser una cobertura eficaz y suficiente, el desequilibrio entre la demanda registrada y los recursos disponibles no deja indiferente a sus profesionales, que acusan desgaste profesional y emocio-

nal, elevado padecimiento de *burnout* o ansiedad, desinterés por el trabajo, disminución de la productividad, etc., y todo ello socava su salud mental y manifiesta la clara necesidad de intervención, como se recoge en otros estudios realizados en el Sistema de Salud.

El trabajo se desarrolla con un diseño observacional transversal de base mixta (cuantitativo-cualitativo), siendo objetivo del mismo estudiar las cifras de presión asistencial, la frecuentación que registra la unidad y medir el efecto que la misma induce en la salud mental de los profesionales sanitarios del centro por medio de escalas validadas. Posteriormente, se harán grupos focales representativos con entrevistas semiestructuradas para recoger la opinión directa de estos profesionales y no inducida por cuestionarios.

Finalmente, se usará la información recopilada para elaborar un documento con recomendaciones sobre actividades e intervenciones a aplicar en el área, con el fin de promocionar la salud mental frente a la presión asistencial y las condiciones laborales existentes. Posteriormente, se hará la medición tras la intervención con las mismas herramientas y, en caso de resultar beneficioso para los trabajadores, podrá plantearse ampliarlo a un proyecto multicéntrico.

Refuerzo de la prevención primaria cardiovascular mediante la información genética

DOI: 10.55783/rcmf.16E1141

Javier Parra Sánchez^a

^a Centro de Salud de Almaraz. Cáceres (España)

OBJETIVOS

Objetivo principal: determinar el cambio del riesgo cardiovascular a 12 meses que se deriva de añadir la información genética a la estimación clásica del riesgo cardiovascular.

Objetivo secundario: valorar el impacto del uso de un estimador de riesgo genético analizando otros indicadores de salud cardiovascular.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: ensayo clínico aleatorizado.

Ámbito: Atención Primaria, 70 unidades básicas asistenciales de una comunidad autónoma española.

Sujetos: 522.

Intervenciones: en el grupo intervención: prueba de estimación del riesgo coronario genético y modificaciones de la actitud preventiva derivadas de su resultado. En el grupo control: práctica clínica habitual.

Variables: sexo, edad, peso, carga de tabaquismo, colesterol y triglicéridos, presión arterial, glucemia, HbA1c, creatinina, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz, riesgo cardiovascular mediante Regicor, riesgo coronario genético, calidad de vida, adherencia al tratamiento y medidas generales, fármacos utilizados: antihipertensivos, antidiabéticos, hipolipemiantes, deshabitadores de tabaco, acontecimientos adversos: cardiopatía, ictus, arteriopatía periférica sintomática, muerte de causa cardiovascular, efectos secundarios del tratamiento.

LIMITACIONES

El estudio se realiza en sujetos con la edad y riesgo cardiovascular basal indicado en los criterios de inclusión, por lo que los resultados no son extrapolables a otras personas que no cumplan estos criterios.

APLICABILIDAD

Los resultados del estudio podrían ayudar a los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud a valorar la pertinencia de la incorporación de la estimación del riesgo cardiovascular genético en los pacientes con características similares atendidos en Atención Primaria, contribuyendo así a una mejora en la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares, con una esperable mejora en las cifras de morbilidad por esta causa.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

El estudio cumple con los requisitos ético-legales imprescindibles para ensayos clínicos de estas características y ha sido aprobado por el comité ético de investigación clínica correspondiente a su ámbito autonómico.

Riesgo de eventos cardiovasculares mayores en pacientes con fibrilación auricular: estudio retrospectivo en Atención Primaria

DOI: 10.55783/rcmf.16E1142

Pedro Moltó Balado^a

^a Institut Català de la Salut

INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular (FA) es una taquiarritmia supraventricular y un conocido predictor de eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE). Se desconoce si este hecho se produce también en individuos de alto riesgo para desarrollar FA y si un diagnóstico precoz de la FA podría disminuir el riesgo de MACE.

OBJETIVOS

Identificar y describir la asociación de incidencia entre la FA y episodios de MACE.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico, observacional, retrospectivo y comunitario de una cohorte (n = 40.297) de población general de 65-95 años entre 01/01/2015 a 31/12/2021 sin diagnóstico de FA o MACE en el ámbito de Atención Primaria.

RESULTADOS PROVISIONALES

2.574 personas (6,39%) desarrollaron un primer evento de FA e incidencia global 8,9/1.000 personas por año (intervalo de confianza [IC] 95%: 8,6-9,2). Los MACE tuvieron una incidencia global de 75,1/1.000 personas al año (IC 95%: 70,8-79,5), mientras que en el grupo de sin FA fue de 20,6/1.000 personas al año (IC 95%: 20,0-21,1, $p < 0,001$) y una razón de tasas de 3,65 (IC 95%: 3,43-3,88, $p < 0,001$). A mayor riesgo de FA, mayor incidencia de MACE. La escala CONUT detectó un 41,74% de pacientes AF + MACE+ con algún grado de desnutrición frente al 26,59% del grupo AF + MACE- ($p < 0,001$). En el caso de enfermedad renal crónica, cardiopatía isquémica y arteriopatía periférica, ya existe un riesgo similar en los individuos de alto riesgo de FA antes de su diagnóstico.

CONCLUSIONES ESPERADAS

La FA se asociará a una mayor incidencia de MACE, déficit nutricional y mayor mortalidad.

Tres años desde el inicio de la pandemia de la COVID-19: burnout en residentes y tutores de Medicina Familiar y Comunitaria de la provincia de Cáceres

DOI: 10.55783/rcmf.16E1143

Fernando Martín Olmedo^a

^a Área de Salud de Navalmoral de la Mata. Cáceres (España)

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

El inicio en España de la pandemia de la COVID-19 en los primeros meses del año 2020 y la sucesión de diversas olas desde entonces han tenido repercusiones prácticamente en todos los ámbitos y personas. Dentro del sistema sanitario público español, la pandemia ha implicado importantes cambios organizativos para poder hacer frente a las nuevas necesidades, con una reasignación de los recursos económicos y humanos.

Los médicos internos residentes (MIR) y en especial los de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) han visto cómo en estos años su proceso formativo y su dedicación laboral se veían influidos por la pandemia, teniendo que adaptarse a algo inesperado y sacrificando en ocasiones la formación prevista para poder colaborar en la atención sanitaria a los pacientes de COVID-19 y en la prevención de contagios.

La residencia es una etapa formativa de posgrado en la que se consolidan y se llevan a la práctica los conocimientos adquiridos previamente, con la finalidad de alcanzar las competencias de un buen médico especialista. Es una etapa ilusionante, pero también exigente: el paso de la teoría a la práctica, la relación con compañeros, pacientes y familiares; la presión asistencial, la responsabilidad creciente, el aumento de la jornada por las horas de guardia y los cursos formativos fuera del horario matutino suponen un importante esfuerzo. Varios estudios han encontrado relación entre estas características de la etapa MIR y la presencia de *burnout*.

La prevalencia de *burnout* es mayor en los profesionales sanitarios que en la población general. Estudios realizados en MIR antes de la pandemia de COVID-19 mostraron prevalencias algo superiores al 40%, señalando la importancia de adoptar medidas preventivas para disminuir el *burnout* en las unidades docentes españolas.

El *burnout* se ha asociado a mantener peores estilos de vida, con más sedentarismo y más uso de psicofármacos y drogas.

Es también un factor asociado a patologías médicas en los profesionales sanitarios y tiene repercusiones laborales como la disminución de la calidad asistencial, el aumento de la probabilidad de incurrir en errores que afecten a la seguridad de los pacientes o la disminución de la productividad.

La pandemia por COVID-19 ha añadido a esta realidad nuevos factores de estrés que han podido aumentar la prevalencia de *burnout* entre los MIR de MFyC y sus tutores.

Por otro lado, la creciente escasez de especialistas en MFyC en el Sistema Nacional de Salud, debida a numerosos factores como el aumento de jubilaciones y la emigración a otros países, supone que un mismo médico/médica tenga que atender frecuentemente pacientes que no pertenecen a su cupo, ver más pacientes por consulta, hacer más guardias, no disponer de tiempo para formación, docencia o investigación, no disponer de sustitutos para sus permisos o no poder disfrutar los permisos en las fechas deseadas, empeorando en definitiva sus condiciones laborales. Las cuatro áreas de salud de la provincia de Cáceres presentan problemas de cobertura de plazas de médica/médico de familia en equipo de Atención Primaria, principalmente en sus zonas más periféricas o con mayor carga laboral, lo que genera una espiral de agravamiento de las condiciones laborales, de la escasez de especialistas y, probablemente, del *burnout*.

Paradójicamente, a pesar de esta presencia de numerosas plazas de MFyC vacantes en España, que a priori supondría una oportunidad laboral para los futuros especialistas, en la convocatoria de formación especializada MIR de 2021 quedaron 217 plazas sin adjudicar, la mayoría de MFyC; tras la decisión del Ministerio de Sanidad de

hacer una «repesca» ampliando el cupo de médicos extracomunitarios, 97 plazas quedaron finalmente sin adjudicar, todas de MFyC, siendo las comunidades más afectadas Extremadura, la Rioja y Castilla y León, precisamente las que tienen más plazas de difícil cobertura.

OBJETIVOS

Principal: estimar la prevalencia de *burnout* a los 3 años del inicio de la pandemia de la COVID-19 en los MIR y tutores de MFyC de las cuatro unidades docentes de la provincia de Cáceres.

Secundario: valorar en esta población la asociación entre la presencia de *burnout* y el año de residencia o ejercicio profesional, los estilos de vida y las condiciones laborales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio: estudio descriptivo transversal de prevalencia y asociación cruzada.

Población de estudio: Todos los MIR y tutores de MFyC de las cuatro áreas de salud de Cáceres: Plasencia, Navalmoral, Coria, y Cáceres.

Tamaño de la muestra: 154 médicos.

Variables principales: *burnout*, mediante la escala Maslach *Burnout Inventory* (MBI). Estilos de vida. Condiciones laborales.

Recogida de datos: mediante encuestas anónimas autocumplimentadas por los participantes (anexo I), que se realizarán tras una sesión semanal de cada unidad docente y serán enviadas por correo al investigador principal.

Análisis estadístico: se hará un análisis descriptivo de las variables de interés.

Se va a construir una nueva variable denominada *burnout*, en la que los sujetos se clasifican en tres grupos: sin *burnout*, en riesgo de *burnout* y con *burnout*. Determinamos esta nueva variable, donde los que presentan al menos dos dimensiones afectadas (AE, DP o RP) se considera que tienen *burnout*, y si presentan al menos una dimensión afectada, se considera que tienen riesgo de *burnout*. Los análisis posteriores se harán en función de esta variable.

Mediante el análisis de ji al cuadrado, se valorará la asociación del *burnout* con el resto de las variables de estudio.

Se utilizará el programa estadístico SPSS.

Plan de administración de datos: la base de datos será custodiada en los sistemas de información del SES.

Se elaborará un cuaderno de recogida de datos electrónico (e-CRD) con todas las variables de interés del estudio. A los participantes se les asignará un número, sin aparecer en ningún momento datos identificativos del paciente en el e-CRD.

ASPECTOS ÉTICOS

Todos los participantes serán informados de los objetivos y procedimientos del proyecto, firmando un consentimiento informado para participar en el mismo. La investigación seguirá la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, el Protocolo Adicional a la Convención sobre Derechos Humanos y Biomedicina sobre Investigación Biomédica (2005) y actualizaciones posteriores (Declaración de Helsinki Fortaleza, Brasil, octubre de 2013). La confidencialidad de los datos personales estará garantizada con la aplicación de la normativa vigente: Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y garantía de los derechos digitales y Reglamento (UE) número 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo Europeo, de 27 de abril de 2016, de Protección de Datos (RGPD). Se respetará el código deontológico profesional de la organización médica colegial.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Antes de iniciar la participación en el estudio, los participantes recibirán información oral y escrita y tendrán la oportunidad de hacer preguntas.

El consentimiento informado por escrito se registrará de manera adecuada mediante la firma fechada por el participante. Se adjuntará como fichero de documento escaneado.

RESULTADOS ESPERADOS

La prevalencia de *burnout* es elevada entre los residentes de MFyC y sus tutores, siendo superior a la descrita en estudios previos.

Existe una asociación entre el empeoramiento de las condiciones laborales o de los estilos de vida percibidos y la presencia de *burnout*.

Uso de dispositivos *wearables* y aplicaciones móviles de salud (MSALUD) para cambiar los estilos de vida en Atención Primaria

DOI: 10.55783/rcmf.16E1144

Francesc Alòs Colomer^a

^a Institut Català de la Salut

OBJETIVOS

Estimar el porcentaje de pacientes que disponen de dispositivos móviles de salud (mHealth) para cambiar los estilos de vida y comparar el nivel de uso según las características sociodemográficas, en pacientes que acuden a consultas de Atención Primaria (AP); Metodología: mixto: fase 1: estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, y fase 2: metodología cualitativa de perspectiva fenomenológica. Ámbito: AP. Sujetos: pacientes de 18-65 años que acuden a

consultas. Criterios de inclusión: a) edad entre 18 y 65 años, b) disponer de un smartphone. Criterios de exclusión: patología psiquiátrica grave o discapacidad que altere su habilidad y capacidad para caminar. Muestreo: fase I: sistemático de pacientes que acuden a consulten. Fase II: intencionado y razonado, técnicas de generación de información: entrevistas semiestructuradas individuales y grupos focales a 24 pacientes con patología crónica; y entrevistas semiestructuradas a 12 profesionales sanitarios de AP. Muestra: 335 individuos para estimar con una confianza del 95% y una precisión de ± 5 unidades porcentuales, un porcentaje de la población que se prevé que sea alrededor del 30%. El porcentaje de reposición necesaria previsto es del 10%. Variables y método de recogida de datos: encuesta ad hoc autocumplimentada que recoge información sobre variables relacionadas con el tipo y uso de los dispositivos de salud móvil, y variables sociodemográficas. Son preguntas de respuesta dicotómica, cuantitativa. Se incluye también el nivel de actividad física (Brief Physical Activity Assessment Tool) y de sedentarismo (Workforce Sitting Questionnaire). Se obtendrán de la historia clínica las variables relacionadas con problemas de salud crónicos y grado de control de las patologías; Análisis: descriptivo. Análisis de contenido temático.

APLICABILIDAD

Identificar el perfil de los usuarios y conocer el tipo de dispositivos móviles y los programas mHealth que utilizan los pacientes para cambiar los estilos de vida nos permitirá caracterizar la población atendida en AP y diseñar futuras intervenciones dirigidas a las necesidades percibidas de los pacientes.

Utilidad del cribado poblacional del deterioro cognitivo en una población urbana

DOI: 10.55783/rcmf.16E1145

Cristina Molins Rojas^a

^a Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida (España)

OBJETIVOS

- Detectar la prevalencia de deterioro cognitivo (DC) en Atención Primaria (AP).
- Determinar la relación con factores de riesgo cardiovascular.
- Evaluar la utilidad del CAIDE score (Cardiovascular Risk Factors, Aging and Dementia) como herramienta precibado.
- Determinar el impacto en calidad de vida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohortes prospectivo. Cohorte de 160 pacientes mayores de 65 años. Parte se asignará aleatoriamente al grupo control y seguirá la ruta de la región sanitaria. Otra parte se asignará a la cohorte seguimiento. La primera fase se realizará en Atención Primaria (AP) mediante entrevista presencial para determinar variables antropométricas, CAIDE score, y administración de dos test cognitivos (MoCA y T@M), un test de depresión (GDS), uno de ansiedad (STAI) y uno sobre calidad de vida (Euro-Qol5D). Aquellos con puntuación sugestiva de DC serán valorados por la unidad de trastornos cognitivos (UTC), que confirmará el diagnóstico. Revaloración cada 2 años con un seguimiento total de 4 años. Limitaciones: el seguimiento a largo plazo podría condicionar la pérdida de seguimiento.

APLICABILIDAD

La proximidad entre el médico de familia y el paciente que ofrece la consulta de AP permite evaluar los distintos dominios cognitivos y realizar un cribado de DC en la población. La detección precoz conducirá a la identificación de causas reversibles, anticipación a complicaciones, asegurar el seguimiento de planes terapéuticos desde la consulta y permitir una planificación anticipada por parte de los pacientes y familiares desde el ámbito de AP.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Se requiere consentimiento informado. Aprobado por el comité de ética correspondiente (CEI: 20/212-P).