

familiares. En total, participaron treinta y siete informantes en un estudio que se desarrolló de diciembre de 2019 a febrero de 2020.

Resultados: En el estudio se observa la escasa formación en EERR de los profesionales, manifestada también por los pacientes y familiares. La formación de los profesionales parte por iniciativa individual cuando se encuentran con casos de EERR. Se insiste en la necesidad de formación en aspectos psicosociales, así como en una mayor coordinación entre las diferentes áreas del sistema sanitario.

Conclusiones/Recomendaciones: Como recomendaciones de los resultados del estudio, se precisa ampliar la coordinación entre los diferentes ámbitos del sistema sanitario para mejorar la atención a las EERR. No se indica una profundización en la formación específicamente ya que se considera la imposibilidad de abordar la totalidad de las mismas, pero se insiste en la creación de equipos multidisciplinares y de comisiones para abordar dichas situaciones. Finalmente, desde los pacientes y familiares se insiste en la formación de los profesionales en aspectos psicoemocionales.

382. DETERMINANTES E IMPACTO DE LA DEMORA DIAGNÓSTICA EN LAS ENFERMEDADES RARAS EN LA COMUNITAT VALENCIANA

L. Páramo-Rodríguez, F. Corpas-Burgos, S. Guardiola-Villarroig, A. López-Maside, C. Cervero-Carbonell, O. Zurriaga

Unidad Mixta de Investigación en Enfermedades Raras, FISABIO-UVEG; Fundación FISABIO; Dirección General de Salud Pública y Adicciones, Valencia; Universitat de València.

Antecedentes/Objetivos: Las enfermedades raras (ER) se caracterizan por tener un alto grado de complejidad, un comienzo insidioso y multiplicidad de síntomas. Muchas de ellas carecen de una prueba diagnóstica definida, tratamiento médico y asistencia social adecuada. La disminución del tiempo de demora diagnóstica y el acceso a un diagnóstico correcto son unas de las demandas expresadas más frecuentemente por los afectados. Objetivo: determinar el tiempo de demora diagnóstica en los pacientes con ER en la Comunitat Valenciana (CV) e identificar sus características.

Métodos: Estudio de casos (paciente con ER y demora diagnóstica > 1 año) y controles (paciente con ER y demora diagnóstica ≤ 1 año). Se envió un cuestionario semiestructurado a todos los pacientes con una ER identificados en la Red Centinela Sanitaria de la CV. Se describieron las variables del estudio en ambos grupos y se analizaron asociaciones entre ellas. Se empleó un análisis de regresión logística para identificar posibles factores que pueden influir en una demora diagnóstica superior a 1 año y calcular las razones de odds (OR).

Resultados: Se recogieron 159 cuestionarios, de 54 casos y 81 controles. El 25% residentes en Castellón, 15% en Alicante y 59% en Valencia. El 84,8% disponían de un diagnóstico de ER confirmado, el 10,6% de un diagnóstico pendiente de confirmación y el 4,6% no tenían diagnóstico. La mediana de edad de los sujetos fue de 25,5 años (16 años en controles y 33 años en casos). El tiempo medio de demora diagnóstica fue de 4 años (0,3 en controles y 9,6 en casos). La proporción de sujetos con agravamiento de la enfermedad, alteración de las relaciones sociales y número de tratamientos tras el diagnóstico fue superior en los casos. Se identificó mayor demora diagnóstica en sujetos con nivel de estudios secundarios (OR: 6,5 [1,4-33,5]) y superiores (OR: 10,2 [2,2-56,1]) en comparación con aquellos que no tenían estudios. No se encontraron diferencias por sexo, edad, nivel de ingresos y situación laboral.

Conclusiones/Recomendaciones: El tiempo medio de demora diagnóstica estimado fue ligeramente inferior al de último estudio ENSERio que estima 5 años en España. La mediana de edad de los controles nos indica que el diagnóstico temprano se realiza principalmente durante la edad pediátrica, quizá porque los profesionales de atención primaria tengan una mayor formación en ER pediátricas o una mayor sensibilidad cuando los pacientes son menores. Las mayores complicaciones

clínicas y sociales en las personas con más demora diagnóstica fortalecen la idea de la importancia del diagnóstico precoz.

Financiación: PI18/01290.

C006. Práctica y evaluación de programas y servicios de salud/Prática e avaliação de programas e serviços de saúde

447. PRÁCTICA ENFERMERA BASADA EN LA EVIDENCIA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y PRIMARIA

J. Díaz-Alonso, A. Lana, E. Andina-Díaz, P. Parás-Bravo, Y. Valcarcel-Álvarez, A. Fernández-Feito

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Oviedo/ISPA; Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de León; Facultad de Enfermería. Universidad de Cantabria.

Antecedentes/Objetivos: A pesar de que la práctica basada en la evidencia (PBE) mejora los resultados de salud de los pacientes, su incorporación en el desarrollo profesional sigue siendo un desafío. El objetivo fue describir la formación en PBE, las actitudes hacia la PBE y la realización de cuidados según PBE de los profesionales de enfermería.

Métodos: Estudio trasversal de una muestra de profesionales de enfermería de los servicios de salud públicos de Asturias, Cantabria y León (n = 1.066). Se utilizó el cuestionario Health Sciences-Evidence Based Practice para determinar la actitud y creencias hacia la PBE y dos preguntas dicotómicas para determinar quién había recibido formación en PBE y quién realizaba los cuidados según PBE. También se recogió información sociodemográfica y laboral, incluyendo mediciones de la satisfacción con el trabajo y del agotamiento emocional.

Resultados: En el conjunto de la muestra (843 profesionales de atención especializada y 223 de primaria), el 49,5% se había formado en PBE, el 50,6% tenía una actitud positiva hacia la PBE y el 75,7% realizaba los cuidados según PBE. Todos los indicadores de PBE fueron significativamente más elevados en atención primaria que en especializada: 63,7% vs 45,9%; 65,5% vs 46,6% y 83,9% vs 73,5%, respectivamente (p < 0,001 en todos los casos). Tanto en atención especializada como en primaria, los indicadores de PBE fue significativamente mayores en los profesionales más jóvenes y con mayor nivel formativo (postgrado), y se asociaron con mayor satisfacción laboral. Ni el agotamiento emocional, ni otras variables laborales se asociaron con la PBE.

Conclusiones/Recomendaciones: Hay espacio para la mejora de la PBE en los profesionales de enfermería, fundamentalmente en atención especializada. El rejuvenecimiento de las plantillas y la formación de postgrado tienen potencial para mejorar la PBE y la satisfacción de los profesionales, lo que teóricamente redundaría en unos mejores resultados de salud.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III, Spanish State Secretary of R+D+I, Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) and Fondo Social Europeo (FSE) [grant number PI18/00086].

377. ¿LA INTEGRACIÓN DE LA GESTIÓN MEJORA LA COORDINACIÓN CLÍNICA ENTRE NIVELES? EXPERIENCIA DE CATALUÑA

L. Esteve-Matalí, I. Vargas, F. Cots, I. Ramon, E. Sánchez, J. Coderch, M.L. Vázquez por GAIA, et al.

Consorci de Salut i Social de Catalunya; Parc Salut Mar; Consorci Hospitalari de Vic; Serveis de Salut Integrats Baix Empordà.

Antecedentes/Objetivos: La coordinación clínica entre niveles de atención es una prioridad para los sistemas sanitarios. La evidencia

sugiere que la integración de la gestión de los servicios puede contribuir a mejorarla. El objetivo es analizar la coordinación clínica entre niveles asistenciales según el tipo de integración de la gestión de las áreas, en el sistema sanitario catalán.

Métodos: Estudio transversal basado en encuesta mediante auto-administración del cuestionario online COORDENA-CAT (octubre-diciembre 2017). Población de estudio: médicos/as de atención primaria y especializada (aguda y larga estancia) del sistema sanitario catalán. Muestra: 3.308 médicos/as (participación del 21%). Variables de resultado: experiencia y percepción de coordinación clínica entre niveles asistenciales, conocimiento y uso de los mecanismos de coordinación y factores relacionados; variables explicativas: área según tipo de gestión (integrada, semi-integrada, no-integrada), demográficas, laborales y actitud ante el trabajo. Análisis descriptivos y multivariados mediante regresión de Poisson robusta.

Resultados: Se observó una mejor experiencia de coordinación clínica entre niveles en las áreas integradas respecto a las semi-integradas, principalmente en la transferencia de información (RP 0,80 (IC95% 0,74-0,87)) y el seguimiento adecuado del paciente (RP 0,89 (IC95% 0,82-0,97)). No se observaron diferencias entre las áreas integradas y las no-integradas. La percepción general de coordinación clínica en el territorio fue mayor en las áreas integradas que en las semi-integradas y no-integradas (RP 0,73 (IC95% 0,63-0,84) y RP 0,85 (IC95% 0,75-0,97) respectivamente). Factores organizativos (como el tiempo disponible para la coordinación) y de interacción entre médicos (como el conocimiento mutuo) y el conocimiento y uso de los mecanismos de coordinación (principalmente la interconsulta en sus diversas modalidades y la historia clínica compartida del centro) mostraron también mejores resultados en las áreas integradas. Existen ámbitos de mejora comunes como la accesibilidad entre niveles.

Conclusiones/Recomendaciones: Se encontraron pocas diferencias entre áreas integradas y no-integradas, indicando que la integración de la gestión facilita la coordinación clínica pero no es condición suficiente. Las diferencias apreciadas con las áreas semi-integradas parecen requerir fórmulas de cooperación entre todos los proveedores del territorio que permitan fijar objetivos y estrategias comunes y mecanismos de coordinación unificados, con tal de evitar desigualdades en la calidad asistencial.

Financiación: Proyecto COORDENA-CAT, financiado por el ISCIII y FEDER (PI15/00021).

378. COORDINACIÓN CLÍNICA ENTRE NIVELES DEL SISTEMA SANITARIO CATALÁN SEGÚN ESPECIALIDAD MÉDICA

D. Campaz, L. Esteve-Matalí, I. Vargas, F. Cots, P. Plaja, M.L. Vázquez por GAIA, et al.

Consorci de Salut i Social de Catalunya; Universitat Pompeu Fabra; Parc de Salut Mar; Fundació Salut Empordà.

Antecedentes/Objetivos: En un sistema nacional de salud basado en atención primaria, como el español, la coordinación clínica entre niveles asistenciales es una prioridad, ya que puede mejorar la calidad de la atención y la eficiencia. Algunos estudios muestran que la coordinación clínica entre niveles puede variar según la especialidad médica. El objetivo de este estudio es determinar las diferencias entre la experiencia, percepción y factores relacionados con la coordinación clínica, y el conocimiento y uso de los mecanismos de coordinación, según la especialidad del médico del sistema sanitario catalán.

Métodos: Estudio transversal, basado en encuesta mediante el cuestionario autoadministrado COORDENA-CAT (octubre-diciembre de 2017). Muestra: 1.666 médicos de atención especializada. Se obtuvieron análisis descriptivos y multivariados para comparar las especialidades potencialmente descentralizadas (EPD), predominantemente hospitalarias (EPH), medicina interna/geriátrica (MIG), obstre-

tricia/ginecología (OG) y pediatría/subespecialidades (PS), sobre la experiencia, percepción de la coordinación y factores relacionados, ajustando por variables sociodemográficas y laborales.

Resultados: La experiencia de coordinación clínica fue relativamente alta en todos los grupos, con algunas diferencias entre grupos al comparar con EPD; EPH y MIG presentaron una baja consistencia y seguimiento de la atención entre niveles, mientras que OG y PS mostraron una mejor accesibilidad entre niveles. No obstante, la percepción general de coordinación fue baja, siendo peor en EPH (PR 0,80; IC95% 0,65-0,98) y mejor en OG (PR 1,36; IC95% 1,06-1,73). Además, las EPH reportaron un menor uso de mecanismos de coordinación, especialmente interconsultas por correo electrónico (RP 0,51; IC95% 0,36-0,73). Una mayor proporción de médicos de OG interactuó con médicos del otro nivel (PR 2,04; IC95% 1,60-2,60), mientras que aquellos de EPH y MIG interactuaron menos (RP 0,42; IC95% 0,32-0,54 y RP 0,80; IC95% 0,66-0,97 respectivamente).

Conclusiones/Recomendaciones: Hubo diferencias en la experiencia y percepción de la coordinación clínica entre niveles según el grupo de especialidad, siendo peor en EPH y MIG y mejor en OG. Esto podría estar relacionado con la existencia de diferencias en el conocimiento y uso de mecanismos de coordinación y en factores organizativos e interaccionales relacionados con la coordinación. Existe la necesidad de explorar más a fondo estas diferencias, y las necesidades de coordinación propias de cada especialidad, con el fin de mejorar la coordinación clínica entre niveles asistenciales.

Financiación: Proyecto COORDENA-CAT, financiado por el ISCIII y FEDER (PI15/00021).

742. PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS: IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

J.C. Alonso Lorenzo, E. Berdún González, J. Rodríguez Paredes, R. Pérez Caseiro, B. Calleja Arribas

Salud Pública. Gerencia Área Sanitaria IV-Oviedo (SESPEA); Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria de Asturias; Centro de Salud El Cristo (Oviedo); Centro de Salud Ventanielles (Oviedo).

Antecedentes/Objetivos: En febrero de 2019 se iniciaron actividades de formación y motivación en el uso adecuado de antibióticos en el Área Sanitaria de Oviedo (330533 habitantes), en el marco del Programa de Optimización de Antibióticos (PROA) promovido por el Ministerio de Sanidad, entre ellos la difusión de una Guía de Tratamiento Antibiótico (GTA) que incluía una apartado para el manejo de las infecciones del tracto urinario.

Métodos: Estudio observacional antes-después sin grupo control. Se recogió la información sobre el manejo de los episodios de infecciones del tracto urinario (ITUs) en mujeres en dos periodos de tiempo: entre 15 y el 31 de Octubre de 2018 y mismo periodo de 2019. Se seleccionaron la totalidad de episodios registrados en ambos periodos de una muestra de los médicos del Área a través de muestreo aleatorio simple (95 profesionales). Resultado evaluado: proporción de ITUs manejadas de acuerdo a la GTA. Variables: tipo de ITU, edad, tipo de atención. Se compararon las proporciones de tratamientos conformes a la guía antes y después de la intervención (difusión de la GTA), empleando chi cuadrado como test de significación para detectar diferencias; y análisis multinivel empleando regresión logística.

Resultados: Se localizaron 794 episodios y se estudiaron 530, la diferencia se debe a historias no cumplimentadas o perdidas y casos que no cumplían el criterio de ITU. Se encontraron 272 episodios pre-intervención y 258 pos-intervención. La prescripción del principio activo fue correcta en el 61,4% (IC95%: 55,6-67,1 para el test de chi cuadrado) en el periodo pre frente al 72,1% (IC95%: 55,6-67,1) en el periodo post ($p = 0,01$), la mayor diferencia se encontraba en el grupo de 44 a 69 años: 56,7% en el periodo pre frente a 76,7% en el post ($p = 0,002$). Si seleccionamos solo la infección no complicada la dife-