

XI Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico

*VI Conferencia Nacional
del Paciente Activo*

“Ampliando Horizontes”

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

Libro de Comunicaciones y Casos Clínicos



Colabora:

JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Políticas Sociales

Organizan:


SEMI
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA
La visión global de la persona enferma


semFYC
Sociedad Española de Medicina
de Familia y Comunitaria

COMUNICACIONES ORALES / CASOS CLÍNICOS CON EXPOSICIÓN ORAL

COMUNICACIONES CIENTÍFICAS

DESNUTRICIÓN. DESNUTRICIÓN PRIMARIA. DESNUTRICIÓN RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD

- D-01. EVALUAR EL RIESGO DE DESNUTRICIÓN MEDIANTE LA ADMINISTRACIÓN DEL CUESTIONARIO NRS 2002 EN PACIENTES DE MEDICINA INTERNA 19
- D-02. VALOR PRONÓSTICO DE ÍNDICES NUTRICIONALES EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO 22
- D-03. ANÁLISIS DE LA SUPERVIVENCIA EN PACIENTES CON DEMENCIA AVANZADA Y NUTRICIÓN ENTERAL, ATENDIDOS EN UN ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA 23

HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

- H-01. RCP INCLUSIVA, CONSIDERANDO A LA FAMILIA DENTRO DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE EN PARADA CARDIORRESPIRATORIA INESPERADA 24
- H-02. CONVIVENCIA CON LA ENFERMEDAD DE PARKINSON: UN PROCESO HUMANO 26

MEDICINA DE CONSUMO: SOBREDIAGNÓSTICO. PAUTAS DE “NO HACER”. DESPRESCRIPCIÓN

- MC-01. PROGRAMA DE ADECUACIÓN FARMACOLÓGICA EN PACIENTES POLIMEDICADOS EN EL ÁMBITO AMBULATORIO ENTRE LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA Y ATENCIÓN PRIMARIA 27
- MC-02. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EN PACIENTES CONSUMIDORES CRÓNICOS DE BENZODIAZEPINAS E HIPNÓTICOS 29

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

MC-03. VALORACIÓN INTERDISCIPLINAR PARA LA DESPRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS ANTIPSICÓTICOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO 31

MC-04. PUESTA EN MARCHA DE UN PROA EN UNA RESIDENCIA DE MAYORES: ¿CUÁL ES LA SITUACIÓN DE PARTIDA EN CUANTO AL EMPLEO DE ANTIMICROBIANOS? 33

NUEVOS MODELOS ASISTENCIALES

NM-01. TRANSFORMACIÓN DEL MODELO, COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA CON LA UNIDAD DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA DE UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD 34

NM-02. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRADA HOSPITAL SAN RAFAEL – ATENCIÓN PRIMARIA 36

NM-04. ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A PACIENTES CON NECESIDADES COMPLEJAS DE SALUD EN ANDALUCÍA: PLANES INTEGRALES OPERATIVOS 38

NM-06. EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE CRONICIDAD , UNA NECESIDAD ANTE LOS PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS 40

NM-08. PROGRAMA DE ATENCIÓN CONTINUADA EN DOMICILIO DE PACIENTES CRÓNICOS, PLURIPATOLÓGICOS, ANCIANOS. VALORACIÓN DEL FINAL DE VIDA. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA 41

NM-09. EL PACIENTE CRÓNICO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DE MEDICINA INTERNA 43

NM-11. RAZONES POR LAS QUE LO VISITAREMOS EN SU DOMICILIO 44

NM-12. SERVICIOS DE TELEATENCIÓN: UN NUEVO RETO EN LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA EN CASTILLA Y LEÓN 45

NM-13. REPERCUSIÓN DE LA FLEXIBILIDAD EN EL ACCESO A LA CONSULTA DE CRÓNICOS EN LA FRECUENTACIÓN AL SERVICIO DE URGENCIAS 47

NM-14. ACCESO A RECURSO SOCIAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR ENFERMEDAD MENTAL	49
NM-15. LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO, UNA BUENA ALTERNATIVA AL INGRESO HOSPITALARIO EN LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS COMPLEJOS. EXPERIENCIA EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA (CHN)	51
NM-16. UTILIDAD DEL ESTRATIFICADOR GMA PARA PREDECIR LA INCORPORACIÓN DE PACIENTES EN UN PROGRAMA DE CRÓNICO DE MUY ALTA COMPLEJIDAD	52
NM-17. PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO: NUEVO PARADIGMA DE LA ATENCIÓN PALIATIVA	54
NM-18. ADMINISTRATIVA SANITARIA Y EL SEGUIMIENTO CRÓNICO	55
NM-19. PRIMER AÑO DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO	57
NM-20. REINGRESOS DE ALTAS PRECOCES DE LA URGENCIA DE UN HOSPITAL DE CRÓNICO. UN RETO ASISTENCIAL EN UN NUEVO MODELO ASISTENCIAL: HOSPITAL SANTA MARINA	58
NM-21. FRECUENTACIONES A URGENCIAS ANTES Y DESPUÉS DE INCLUSIÓN EN UNIDAD DE PACIENTE CRÓNICO DE ALTA COMPLEJIDAD	59
OTROS	
O-01. EVALUACIÓN DE LA CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN AL INGRESO EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA	61
O-02. INFLUENCIA DE LA CARGA ANTICOLINÉRGICA EN LA PRESENCIA DE DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA	62
O-03. CONSULTA MONOGRÁFICA DE DOLOR CRÓNICO DEPENDIENTE DE MEDICINA INTERNA. ¿QUE PODEMOS APORTAR?	64

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

O-04.	PROYECTO ACORDMIN PARA DETERMINAR EL GRADO DE ACUERDO EN EL USO DE LOS ACOD SEGÚN EL PERFIL DE PACIENTES CON FANV EN MEDICINA INTERNA	66
O-05.	LA TELEMEDICINA EN EL HOSPITAL DE DÍA MÉDICO: PRIMEROS ANÁLISIS DE SU EFECTIVIDAD COMO HERRAMIENTA EN EL ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA	68
O-06.	VALOR PRONÓSTICO DE LA GUÍA THE GOLD STANDARDS FRAMEWORK PROACTIVE IDENTIFICATION GUIDANCE (GSF PIG) PARA IDENTIFICAR PACIENTES CRÓNICOS CON NECESIDADES EN CUIDADOS PALIATIVOS	70
O-07.	ESTRATIFICACIÓN POBLACIONAL EN UN ÁREA DE SALUD	71
O-08.	UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA EN EL CRIBADO DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL EN POBLACIÓN DE RIESGO	72
O-09.	TRASTORNOS DEL SUEÑO Y OTROS SÍNTOMAS QUE AFECTAN A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA	73
O-11.	WALKING TEST 6 MINUTOS. EXPERIENCIA EN HOSPITAL DE DÍA MÉDICO DEL HOSPITAL SANT RAFAEL	75
O-12.	SÍNDROME APNEA-HIPOAPNEA DEL SUEÑO (SAHS) Y RIESGO CARDIOVASCULAR (RCV)	76
O-13.	DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 75 A 84 AÑOS DE UN CENTRO DE SALUD URBANO EXCLUIDA PARA PARTICIPAR EN UN PROGRAMA DE EJERCICIOS DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS POR PRESENTAR PATOLOGÍAS CRÓNICAS	78
O-14.	CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES SEGUIDOS DURANTE 2018 EN CONSULTA MONOGRÁFICA DE PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO (PCC)	80
O-15.	ADECUACIÓN DEL USO DE SACUBITRILLO-VALSARTÁN EN CONTEXTO REAL	81
O-16.	PERFIL DE LOS PACIENTES CONSUMIDORES CRÓNICOS DE BENZODIACEPINAS E HIPNÓTICOS	82

O-17.	ESTUDIO PILOTO DE LA ESCALA DE CONVIVENCIA CON UN PROCESO CRÓNICO (EC-PC) EN PACIENTES CRÓNICOS EN ESPAÑA	83
O-18.	MANERA DE PRESCRIBIR Y CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES QUE INGRESAN POR INSUFICIENCIA CARDIACA	84
O-19.	LA INTERCONSULTA NO PRESENCIAL COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA	85
O-20.	ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DIABÉTICOS	87
LA SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO		
PG-01.	DIFERENCIAS DE GÉNERO EN PREVALENCIA Y GRADO DE CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR	88
SEGURIDAD DEL PACIENTE. RIESGOS EN LA TRANSICIÓN ASISTENCIAL		
SP-01.	ESTUDIO DE LA ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO AL INGRESO Y AL ALTA SEGÚN FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES DE MEDICINA INTERNA	89
SP-02.	ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL RIESGO ANTICOLINÉRGICO EN PACIENTES MAYORES PLURIPATOLÓGICOS. DIFERENCIAS ENTRE ESCALAS DE VALORACIÓN DE CARGA ANTICOLINÉRGICA	91
SP-03.	TRIGGER-CHRON: HERRAMIENTA DE SEÑALES ALERTANTES PARA DETECTAR EVENTOS ADVERSOS POR MEDICAMENTOS EN PACIENTES MAYORES CRÓNICOS CON MULTIMORBILIDAD	93
SP-04.	ERRORES DE CONCILIACIÓN EN LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES CRÓNICOS	95
SP-05.	EVENTOS ADVERSOS PROVOCADOS POR MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN PACIENTES CRÓNICOS CON MULTIMORBILIDAD	96
SP-06.	¿CONOCES ESTOS DISPOSITIVOS DE INHALACIÓN?	98

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

SP-08. DETECCIÓN DE PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INADECUADAS EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS ALTAMENTE POLIMEDICADOS	100
---	------------

MANEJO MULTIDISCIPLINAR DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

UP-01. ESTIMACIÓN DE LA MEJOR ESCALA PREDICTIVA DE INGRESO HOSPITALARIO NO PROGRAMADO DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC). ANÁLISIS DE SEIS SISTEMAS DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES COMPLEJOS	102
---	------------

COMUNICACIONES DE EXPERIENCIAS

EX-01. PROYECTO TERRITORIAL DE SOPORTE DOMICILIARIO AVANZADO EN RESIDENCIAS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y DESARROLLO (PDID)	104
EX-03. IMPLANTACIÓN DE PRESTACIÓN FARMACÉUTICA EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA	106
EX-04. RELACIÓN Y DESARROLLO DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD EN EL BAIX LLOBREGAT CENTRE	108
EX-05. PROCEDIMIENTO DE VALIDACIÓN CLÍNICA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE CRÓNICO PLURIPATOLÓGICO COMPLEJO (PCPPC)	110
EX-06. COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES SANITARIOS Y PACIENTES CRÓNICOS EN EL ENTORNO HOSPITALARIO. PROPUESTA DE MEJORAS	112
EX-07. LA OPORTUNIDAD DE TENER UN TELÉFONO DE CONTACTO	114
EX-08. ¿ES ÚTIL LA GESTIÓN DE LLAMADAS A TRAVÉS DE UNA GESTORA DE CASOS?	116
EX-09. MEJOR TODOS JUNTOS	117

EX-10.	INCORPORACIÓN DE LA HISTORIA FARMACOTERAPÉUTICA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN CENTROS SOCIO SANITARIOS A LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA DE UN SERVICIO DE SALUD	118
EX-11.	ENFERMERA DE ENLACE HOSPITALARIA COMO FIGURA CLAVE EN EL CUIDADO DE PACIENTES CON PROCESOS CRÓNICOS	120
EX-12.	HACIA UN NUEVO MODELO ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO: LA ESTRATEGIA GALLEGA PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE CRONICIDAD	121
EX-13.	ESTRATEGIA PARA LA PUESTA EN MARCHA DEL TALLER DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD “MANEJO ADECUADO DE MI MEDICACIÓN”	122
EX-14.	GRUPO DE APOYO: APRENDIENDO A CUIDAR	123

COMUNICACIONES TIPO PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

P-02.	VALIDACIÓN NACIONAL DE LA ESCALA DE CONVIVENCIA CON UN PROCESO CRÓNICO (EC-PC) EN PACIENTES CRÓNICOS	125
P-03.	DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN PARA LOS PILOTOS DE LA ACCIÓN CONJUNTA CHRODIS- PLUS	127
P-04.	MODELO DE MADUREZ SCIROCCO PARA LA TRANSFERENCIA DE BUENAS PRÁCTICAS EN ATENCIÓN INTEGRADA	129
P-05.	IMPLEMENTACIÓN Y ESCALADO DE UN PROGRAMA INTEGRADO DE INTERVENCIÓN PARA PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DENTRO DEL PROYECTO ACT@SCALE	131
P-06.	VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO CAMBADOS PARA DEFINIR LOS E-SENIOR CHRONICS	133
P-07.	ESTUDIO DE DETECCIÓN DE ALTERACIONES DE LA DEGLUCIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS ANCIANOS Y CON PATOLOGÍAS NEUROLÓGICAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE	135

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

P-08.	SEGURIDAD DE LA VACUNACIÓN INTRAMUSCULAR FRENTE A LA GRIPE ENTRE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULACIÓN ORAL	137
P-09.	INFLUENCIA ESTACIONAL EN EL CURSO DEL SÍNDROME ANOREXIA-CAQUEXIA EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS	139
P-11.	PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN PACIENTES QUIRÚRGICOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS	141
P-13.	PROYECTO NIRS-DIABETES. EVALUACIÓN CLÍNICA MEDIANTE LA ESPECTROSCOPIA DE INFRARROJO CERCANO (NIRS) COMO FACTOR PRONÓSTICO DE DAÑO VASCULAR EN DIABETES	143
P-14.	IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN C3-Cloud EN EL PAÍS VASCO	145
P-15.	¿SE BENEFICIAN LOS PACIENTES PREFRÁGILES DE INTERVENCIÓN MULTICOMPONENTE?	147
P-17.	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES EPOC EN UN CENTRO DE SALUD URBANO	149
P-18.	IMPACTO SANITARIO DE LA INTEGRACIÓN EN LA HISTORIA CLÍNICA DE UN RESUMEN INDIVIDUALIZADO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO (RIMAR)	150

CASOS CLÍNICOS

CC-02.	DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO A LA CRONICIDAD	152
CC-03.	MANEJO DEL DEBUT DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN UN PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO	154
CC-04.	LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE, UN VALOR A CULTIVAR	155
CC-05.	EL SENTIDO COMÚN DEL PACIENTE	156
CC-06.	LA PRESCRIPCIÓN DE DEPORTE COMO DESPRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS	157

CC-07.	INSUFICIENCIA CARDIACA EN PACIENTE DE ALTA COMPLEJIDAD. ¿DE QUIÉN?	158
CC-08.	LA OTRA PARTE DE LA MEDICINA	159
CC-09.	UNA OPORTUNIDAD DE DESPRESCRIPCIÓN	160
CC-10.	EL PACIENTE ANCIANO CON METÁSTASIS OSEAS MÚLTIPLES. EL NECESARIO EQUILIBRIO ENTRE LA ADECUACIÓN DEL NIVEL DE INTENSIDAD TERAPEÚTICA (NIT), EL PRONÓSTICO VITAL Y LA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS	161
CC-11.	ANCIANOS Y POLIFARMACIA, UNA ASOCIACIÓN PELIGROSA	162
CC-12.	HASTA CUANDO Y COMO...	164
CC-14.	SÍNDROME CLAUDICACIÓN FAMILIAR	165
CC-15.	ANGIODISPLASIAS, EL INICIO DEL DETERIORO	166
CC-16.	EPOC, MÁS ALLÁ DE SU COMPLEJIDAD	167
CC-18.	GRIPE CON ELEVACIÓN DEL ST PERO NO ES INFARTO	168
CC-19.	CUANDO MENOS ES MÁS	169
CC-20.	LA IMPORTANCIA DE NO SOBRECUIDAR	170

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

PÓSTERES

COMUNICACIONES CIENTÍFICAS

DESNUTRICIÓN. DESNUTRICIÓN PRIMARIA. DESNUTRICIÓN RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD

- | | | |
|-------|--|-----|
| D-04. | DESNUTRICIÓN EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS | 171 |
| D-05. | HIPOALBUMINEMIA EN LA FRACTURA DE CADERA DEL ANCIANO | 172 |

HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

- | | | |
|-------|---|-----|
| H-03. | SENSIBILIZACIÓN A LOS ALUMNOS DE GRADO DE MEDICINA, DURANTE LA ASIGNATURA DE ROTATORIO, SOBRE EL CURRÍCULUM OCULTO, COMO VÍA PARA CONTRIBUIR A LA HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA | 173 |
| H-04. | AFRONTAMIENTO DE LA AFECTACIÓN EMOCIONAL DEL PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE. PROYECTO AFRONTAR | 174 |
| H-05. | LA INFLUENCIA DE LAS ACTIVIDADES SOCIALES EN EL MODO DE ENFERMAR | 176 |

MEDICINA DE CONSUMO: SOBREDIAGNÓSTICO. PAUTAS DE “NO HACER”. DESPRESCRIPCIÓN

- | | | |
|--------|--|-----|
| MC-05. | EL PACIENTE EPOC DE NUESTROS TIEMPOS | 177 |
| MC-06. | INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES PARA TODOS | 180 |
| MC-07. | USO DE ESCALAS PRONÓSTICAS PARA APOYAR LA RETIRADA DE TRATAMIENTOS | 181 |

NUEVOS MODELOS ASISTENCIALES

NM-05. GESTIÓN DEL PACIENTE CRÓNICO-COMPLEJO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL PRIMARIO. PLAN DE VIABILIDAD	182
NM-10. MEJORA DE GESTIÓN EN URGENCIAS CON LA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES NECPAL	184
NM-22. BUSCAMOS UN SITIO PARA EL ABUELO... ¿CON QUIEN VIVIRÁ?	186
NM-23. PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE ANCIANO CON INSUFICIENCIA CARDIACA	187
NM-24. ¿EXISTE RELACIÓN ENTRE HEMOGLOBINA MENOR DE 10 Y OTRAS VARIABLES DE CRONICIDAD?	189
NM-25. CONSULTAS DOMICILIARIAS MÉDICAS PROGRAMADAS VS DEMANDA EN PACIENTES NIVEL CRG 3	190
NM-26. ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO E INTERCENTROS DE LA CRONICIDAD EN EL ÁREA NORTE DE SEVILLA	192
NM-28. EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS EN DOMICILIO DESDE 2010 A 2018	194
NM-29. ACTIVIDADES DEL FARMACÉUTICO DEL SISTEMA SANITARIO EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS. REVISIÓN SISTEMÁTICA	195

OTROS

O-10. GRIPE: DIFERENCIAS ENTRE DOS GRUPOS DE EDAD EN UN HOSPITAL COMARCAL	197
O-21. TRATAMIENTO CON SACUBITRIL-VALSARTAN EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONTROLADOS EN HOSPITAL DE DÍA	198

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

O-22.	PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA AVANZADA NO ONCOLÓGICA EN ATENCIÓN PRIMARIA	199
O-23.	PERFIL DE LOS PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN UNA RESIDENCIA DE CUIDADOS MEDIOS ADSCRITOS A UN CENTRO DE SALUD URBANO	201
O-24.	EXPLORACIÓN DEL PIE DIABÉTICO: MEJORANDO LA ASISTENCIA AL TRAVÉS A DE LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	202
O-25.	RELACIÓN ENTRE EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO Y EL INGRESO EN EL ÁREA DE URGENCIAS HOSPITALARIAS	203
O-26.	PERFIL DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA: VALORACIÓN FUNCIONAL Y DE RIESGO SOCIAL	205
O-27.	PREVALENCIA DEL SÍNDROME CARDIO-RENAL ANEMIA EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA CON INSUFICIENCIA CARDIACA VALORADOS EN HOSPITAL DE DÍA MÉDICO	207
O-28.	ATENCIÓN A LA CRONICIDAD DE FORMA AMBULATORIA EN NUESTRA UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL	208
LA SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO		
PG-02.	RIESGO DE FRACTURA POR FRAGILIDAD EN MUJERES ANCIANAS	210
SEGURIDAD DEL PACIENTE. RIESGOS EN LA TRANSICIÓN ASISTENCIA		
SP-09.	CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN EL SERVICIO DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR	211
SP-10.	INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA INTERNIVELES EN LA ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE MEMANTINA EN UN ÁREA SANITARIA	213
SP-11.	RIESGO DE CAÍDAS EN MUJERES ANCIANAS	214

COMUNICACIONES DE EXPERIENCIAS

EX-16.	EL ARTE DE LA VISITA DOMICILIARIA	216
EX-17.	ESTRATEGIA PARA LA DISMINUCIÓN DEL DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICO DE ULCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES CON DEMENCIA AVANZADA EN SITUACIÓN TERMINAL	217
EX-19.	TRABAJO EN EQUIPO: MOTIVACIÓN Y EFICIENCIA EN LA PRESCRIPCIÓN	218
EX-20.	ADECUACIÓN DE TRATAMIENTO EN PACIENTES PORTADORES DE SONDA NASOGÁSTRICA O SONDA PEG	219
EX-21.	EL NUEVO ROL DEL PACIENTE Y DEL PROFESIONAL SANITARIO EN EL SIGLO XXI	221
EX-22.	LA UNIDAD DOMICILIARIA DE GESTIÓN DE LA COMPLEJIDAD. NUEVO MODELO DE GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA	222
EX-23.	TELEMONITORIZACIÓN: DETECCIÓN PRECOZ DE EXACERBACIONES EN ICC Y EPOC	223
EX-25.	CONCORDANCIA ENTRE LA HERRAMIENTA DE ESTRATIFICACIÓN CRG ADAPTADA A CASTILLA Y LEÓN Y LOS CRITERIOS CLÍNICOS Y SOCIOSANITARIOS DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA (EAP) EN PACIENTES CRÓNICOS PLURIPATOLÓGICOS COMPLEJOS (PCPPC)	224
EX-26.	TRANSFUSIÓN SIN INGRESO EN PACIENTES CON ANEMIA CRÓNICA: IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y EN LA GESTIÓN DE RECURSOS	226
EX-28.	COLABORACIÓN ENTRE MÉDICO DE FAMILIA Y CENTRO SOCIOSANITARIO PRIVADO. DESPRESCRIBIENDO O ACTUALIZANDO LA PRESCRIPCIÓN	228
EX-29.	IMPLEMENTACIÓN DE UNA UNIDAD POLIVALENTE DE CUIDADOS SUBAGUDOS DEL ADULTO EN LA ATENCIÓN A PACIENTES POST ICTUS	230
EX-30.	IMPORTANCIA DEL ASOCIACIONISMO EN LA ENFERMEDAD CELIACA	231

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

EX-32.	LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA (PIAI) Y CENTRADA EN LA PERSONA EN LA UNIDAD DE CONVALECENCIA DEL SOCIO SANITARIO DEL INSTITUTO DE ASISTENCIA SANITARIA	233
EX-33.	ESCUELA ABIERTA PERMANENTE SOBRE EL DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO	234
EX-34.	FUMADOR, LOS QUE TE QUIEREN TE RECOMIENDAN...	235
EX-35.	REDISEÑANDO LA ATENCIÓN A LA CRONICIDAD EN CASTILLA Y LEÓN	236
EX-36.	CREACIÓN DE UN COMITÉ DE COMPLEJIDAD SOCIO SANITARIO DEPARTAMENTAL	238
EX-37.	IMPLANTACIÓN EN UNA UGC DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO	240
EX-39.	IMPULSANDO LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD	241
EX-40.	INTEGRACIÓN DE LOS CENTROS SOCIO SANITARIOS EN UNA RUTA ASISTENCIAL A PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS	243
EX-41.	AFRONTAMIENTO DE LA AFECTACIÓN EMOCIONAL DEL PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE PROYECTO AFRONTAR	244
EX-43.	ABORDAJE DEL TABAQUISMO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA: LA ASIGNATURA PENDIENTE	247
EX-44.	CONTROL PACIENTES RESIDENCIALES EN TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE DEL GARRAF	248
EX-45.	EXPERIENCIA EN RECLUTAMIENTO DE PACIENTES CON DIVERSOS PROCESOS CRÓNICOS PARA FINES INVESTIGADORES	249
EX-46.	METAMORFOSIS	250
EX-47.	TALLER DE RCP BÁSICA. ENSEÑANDO A SALVAR VIDAS	252

COMUNICACIONES TIPO PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

P-01.	CREACIÓN Y PILOTAJE DE LA “HERRAMIENTA VALACAN” DE VALORACIÓN MULTIDIMENSIONAL-ACCIÓN ESTRUCTURADA EN EL ANCIANO, EN BASE A DIAGNÓSTICOS PREDEFINIDOS	253
P-10.	DIAGNÓSTICO DE SARCOPENIA MEDIANTE ECOGRAFÍA CLÍNICA	256
P-12.	HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA; CONSIDERANDO A LA FAMILIA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE EN PARADA CARDIORRESPIRATORIA INESPERADA: RCP INCLUSIVA	258
P-19.	CONSUMO SEMANAL DE CALCIO ALIMENTARIO EN MUJERES POSTMENOPÁUSICAS	260

CASOS CLÍNICOS

CC-01.	ETAPAS EN LA FASE DEL DUELO: ACEPTACIÓN	261
CC-13.	ACOMPAÑANDO AL PACIENTE EN SU ENFERMEDAD, A PROPÓSITO DE UN CASO	262
CC-17.	DOLOR ABDOMINAL EN PACIENTE CON FIBRILACIÓN AURICULAR CRÓNICA ANTICOAGULADA	263
CC-21.	FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y ANGOR. UN ANTES Y UN DESPUÉS	264
CC-22.	ENFOQUE BIOPSIOSOCIAL DEL DOLOR TORÁCICO CRÓNICO	265
CC-23.	FENÓMENO DE MILKING EN PACIENTE ANCIANO CRÓNICO	266
CC-24.	VOLUNTADES ANTICIPADAS, UNA HERRAMIENTA QUE NUESTROS PACIENTES CRÓNICOS DEBEN CONOCER	268
CC-25.	MUJER DE 53 AÑOS DE EDAD CON HTA NO CONTROLADA	269
CC-26.	MUJER DE 75 AÑOS CON SÍNDROME FEBRIL Y DEBILIDAD GENERALIZADA	271

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

CC-27.	MUJER DE 49 AÑOS DE EDAD CON BULTOMA CERVICAL	272
CC-28.	TROMBO INTRAVENTRICULAR Y HEMATOMA SUBDURAL, ¿ANTICOAGULO?	274
CC-29.	LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN LA CRONICIDAD	275
CC-30.	COLANGITIS SUBAGUDA EN ANCIANA PLURIPATOLÓGICA	276
CC-31.	FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTE CON S. SJÖGREN 1º	278
CC-32.	COMPLEJIDAD EN EL MANEJO DEL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO DURANTE EL INGRESO	279
CC-33.	LA IMPORTANCIA DE CONOCER A NUESTROS PACIENTES	280
CC-34.	MANEJO ENFERMEDAD HORTON	281
CC-35.	RECUPERACIÓN FUNCIONAL EN PACIENTE COMPLEJO BASADA EN LA ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR	282
CC-36.	LA COMPOSTELANA COMO TRATAMIENTO DE LA DIABETES	283
CC-37.	DESCOMPENSACIÓN DE DIABETES EN PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO	284
CC-38.	OMALGIA SUBAGUDA	285
CC-39.	GEODISMO URÉMICO	286
CC-40.	VARÓN DE 57 AÑOS DE EDAD CON SÍNDROME METABÓLICO E INSTAURACIÓN DE UN ICTUS	287
CC-41.	SÍNDROME CONFUSIONAL MULTIFACTORIAL CON HIPOGLUCEMIAS DE REPETICIÓN	289
CC-42.	COMPLICACIONES PERIOPERATORIAS EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS	290
CC-43.	CADA DÍA SE HACE MÁS FÁCIL. PERO HA DE HACERSE TODOS LOS DÍAS. ESA ES LA PARTE DIFÍCIL	291

CC-44.	¿HASTA DÓNDE SE DEBE LLEGAR EN EL PACIENTE ANCIANO?	292
CC-46.	CUANDO NOS PLANTEAMOS... ¿QUÉ NO HACER?	293
CC-47.	“POR FAVOR, QUÍTEME ESTA ANGUSTIA”: A PROPÓSITO DE UNA PACIENTE CON NECESIDADES COMPLEJAS	294
CC-48.	¿TRATAR O ASISTIR EN EL FINAL DE LA VIDA?	295
CC-49.	DIABETES MAL CONTROLADA FINAL TRISTE	296
CC-50.	DIAGNOSTICA CON LA MÚSICA	298
CC-51.	CUIDADOS PALIATIVOS TEMPRANOS EN PACIENTE DE 29 AÑOS CON PARAGANGIOMA. AFRONTAMIENTO Y ACEPTACIÓN	299
CC-52.	INTOLERANCIA A ANTIHIPERTENSIVOS	300

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

COMUNICACIONES ORALES / CASOS CLÍNICOS CON EXPOSICIÓN ORAL

COMUNICACIONES CIENTÍFICAS

DESNUTRICIÓN. DESNUTRICIÓN PRIMARIA. DESNUTRICIÓN RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD

D-01. EVALUAR EL RIESGO DE DESNUTRICIÓN MEDIANTE LA ADMINISTRACIÓN DEL CUESTIONARIO NRS 2002 EN PACIENTES DE MEDICINA INTERNA

P. Sánchez-Palencia Morillo⁽¹⁾, Á. Lara Barea⁽¹⁾, C. Hernández Moreno⁽¹⁾,
M. Galindo Cantillo⁽¹⁾, J. Carretero Gómez⁽²⁾, J. Arévalo Lorido⁽²⁾

⁽¹⁾Unidad de Docencia. Complejo Hospitalario Llerena-Zafra. Llerena (Badajoz)

⁽²⁾Medicina Interna. Hospital de Zafra. Zafra (Badajoz)

OBJETIVOS

Valorar el riesgo de desnutrición al ingreso en los pacientes mediante la administración de un cuestionario de cribado del estado nutricional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, basado en práctica clínica habitual. Se incluyen consecutivamente los pacientes ingresados entre el 19/11 y el 19/12/2018. Se excluyen los ingresados en viernes. En las primeras 48 horas se realizó valoración del riesgo de desnutrición mediante el cuestionario "Nutrition risk screening 2002" (NRS 2002), clasificándose como riesgo nutricional una puntuación > 3 ; se obtuvieron variables antropométricas (peso, talla, índice de masa corporal (IMC), circunferencia del brazo (CB) y altura talón rodilla (ATR) (para aquellos que no podían mantener la bipedestación) y analíticas (albúmina, linfocitos, colesterol total y transferrina). El cálculo del IMC mediante CB y ATR se realizó con la fórmula TAR2.

Para analizar las variables cualitativas se utilizó el Test de Chi cuadrado y para las cuantitativas el test de Kruskal Wallis.

RESULTADOS

Se analizan 92 pacientes, edad media 74.32 \pm 15.48 años, 50.54% varones. El peso medio fue 66.13 \pm 16.94 kg, el IMC medio fue 28.05 \pm 6.28, la puntuación media del NRS 2002 fue 2.44 \pm 1.63. Las variables demográficas, bioquímicas así como la puntuación del test NRS 2002 se exponen en la tabla 1. El 58.69% de los pacientes estudiados estaba en riesgo nutricional. En la figura 1 se muestra la relación entre los grupos de IMC y la puntuación del NRS 2002.

CONCLUSIONES

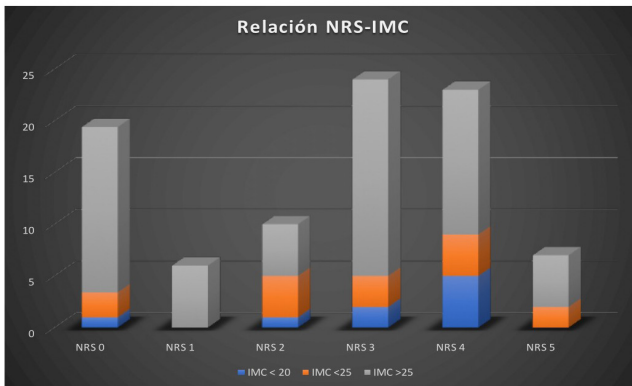
El 58.69% de los pacientes estudiados estaba en riesgo nutricional. Si sólo tenemos en cuenta el IMC para valorar el riesgo de desnutrición, tan sólo el 9.70% con IMC < 20 estaría

en riesgo nutricional. Considerando que en ancianos comórbidos se considera normal un IMC < 25, sólo el 19.57% estaría en riesgo. Nuestros datos ponen en evidencia la importancia de realizar un cribado nutricional estandarizado, no basado en el peso, en los pacientes de Medicina Interna para detectar el riesgo de desnutrición y planificar un plan terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

ELIA, M. *Guidelines for detection and management of malnutrition. Malnutrition Advisory Group (MAG), Standing Committee of BAPEN. 2000. Explanatory Booklet A Guide to the ‘Malnutrition Universal Screening Tool’ (‘MUST’) for Adults. ISBN 1 899 467 459*

Fig. 1. Relación entre NRS 2002 y grupos de IMC



IMC: índice de Masa corporal

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

Tabla 1. Datos demográficos y analíticos

Variable	Ingreso
N	92
HTA	53 (59.55%)
DM2	20 (22.73%)
EPOC	13 (15%)
Dislipemia	36 (41.38%)
Linfocitos (cel/mcL)	1.500+/-1.30
Colesterol total (mg/dl) (n: 55)	149.09+/-44.30
Albumina (g/dl) (n: 77)	3.57+/-0.52
Transferrina (mg/dl) (n: 41)	200.48+/-59.62
IMC \leq 20	9 (9.70%)
IMC \leq 25	18 (19.57%)
IMC \geq 25	65 (70.65%)
<u>NRS 2002</u>	<u>Puntuación</u>
0	22 (23.91%)
1	6 (6.52%)
2	10 (10.87%)
3	24 (26.09%)
4	23 (25%)
5	7 (7.61%)
\geq 3	54 (58.69%)

DM2: diabetes Mellitus tipo 2; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica;
HTA: hipertensión arterial; IMC: índice de masa corporal.

Los resultados se expresan en media y desviación típica para variables cuantitativas
y en número absoluto y porcentaje para las variables cualitativas.

D-02. VALOR PRONÓSTICO DE ÍNDICES NUTRICIONALES EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

A. Fernández-Rufete Cerezo⁽¹⁾, A. Mateo López⁽¹⁾, A. Laso Ortiz⁽²⁾,
E. Moral Escudero⁽²⁾, D. García Noguera⁽²⁾, J. Ruipérez Ruiz⁽¹⁾

⁽¹⁾Hospitalización a Domicilio, ⁽²⁾Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

OBJETIVOS

Analizar el papel pronóstico de mortalidad de dos índices nutricionales en pacientes ingresados en una unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD) de Medicina Interna.

MATERIAL Y MÉTODOS

Evaluación prospectiva de 31 pacientes ingresados en una UHD. Se evaluó su edad, las comorbilidades y su estado nutricional al ingreso mediante dos índices: el Mini Nutritional Assessment (MNA) y el Índice de Control Nutricional (CONUT). Se siguieron los pacientes hasta un año y se comparó la mortalidad y su relación con las dos escalas nutricionales mediante regresión lineal y test Chi cuadrado.

El índice CONUT es un estimador de riesgo de malnutrición basado en dos parámetros bioquímicos (albúmina sérica y colesterol total) y la cifra de linfocitos. El índice MNA es una herramienta multidimensional basada en el estado clínico, los parámetros nutricionales y otros elementos de la valoración geriátrica clásica.

RESULTADOS

De la población en estudio el 51.6% fueron mujeres y el 48.38% varones, con una edad media global de 83.7 años. En cuanto a las comorbilidades presentaban: HTA 70.96%, DM 45.16%, DLP 54.8%, EPOC 29.03%, ERC 16.1%. Se detectó riesgo y malnutrición en 61% de los pacientes con score CONUT (48.3% alerta baja de desnutrición, 12,9% moderada y 0% de alerta alta). Con el índice MNA detectamos un 58% (siendo 41.9% con riesgo y 16.12% con malnutrición) con score MNA.

Ambos índices se correlación con significación estadística (p 0.045) y solo el índice MNA tienen relación estadísticamente significativa con la mortalidad al año (p 0.037)

CONCLUSIONES

La desnutrición continúa siendo un problema importante en pacientes hospitalizados condicionando su evolución clínica. Es necesario el uso sistemático del cribado nutricional MNA, que está indicado específicamente en pacientes ancianos, ya que es una herramienta sencilla, rápida y efectiva de detectar los pacientes con riesgo de padecer malnutrición y aquellos que ya la padecen. El índice CONUT no parece que aporte información pronóstica con el riesgo de mortalidad al año.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

D-03. ANÁLISIS DE LA SUPERVIVENCIA EN PACIENTES CON DEMENCIA AVANZADA Y NUTRICIÓN ENTERAL, ATENDIDOS EN UN ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA

B. Cristino Agudo⁽¹⁾, L. González Campos⁽¹⁾, F. Gamboa Antiñolo⁽¹⁾,
S. Vergara López⁽¹⁾, F. Mula Falcón⁽¹⁾

⁽¹⁾MINC. Hospital de El Tomillar. Dos Hermanas (Sevilla)

OBJETIVOS

La demencia es un síndrome que implica un deterioro de las funciones y capacidades del individuo provocando un impacto en el paciente y en la sociedad en general. Uno de los problemas asociados más importantes son los trastornos de alimentación, lo que da lugar a una frecuente utilización de la nutrición enteral.

En este Trabajo analizamos la morbilidad y supervivencia en pacientes diagnosticados de demencia avanzada (FAST 7) con nutrición enteral en un Área de Gestión Sanitaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, observacional, descriptivo. Se obtuvo una muestra de 110 pacientes que revisados entre enero y junio de 2017 en un Área de Gestión Sanitaria, estaban diagnosticados de demencia avanzada y que recibían nutrición enteral. Se analiza la supervivencia, complicaciones y morbilidad durante el tiempo de seguimiento. El estudio estadístico se realizó con el programa SPSS.

RESULTADOS

En la población de este estudio, la supervivencia es mayor que la publicada; los pacientes que superan una primera fase sobreviven largos periodos de tiempo. Las complicaciones están presentes en menos del 40% de los pacientes. No obstante, el proceso de toma de decisiones con respecto a la implementación de la nutrición enteral no deja de ser un conflicto ético, debiendo realizar un análisis individualizado del paciente y su familia, además de la colaboración de diferentes profesionales para llevar a cabo la mejor atención clínica.

CONCLUSIONES

En la población estudiada, la supervivencia es mayor que lo descrito en pacientes con demencia avanzada en programas de nutrición enteral domiciliaria y el número de complicaciones inferior.

HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

H-01. RCP INCLUSIVA, CONSIDERANDO A LA FAMILIA DENTRO DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE EN PARADA CARDIORRESPIRATORIA INESPERADA

A. Cintora Sanz⁽¹⁾, S. Navalpotro Pascual⁽¹⁾, B. Merino Reguera⁽¹⁾,
D. Mazuecos Muñoz⁽¹⁾, E. Pastor Benito⁽¹⁾, B. De Castro Lobo⁽¹⁾

⁽¹⁾*Soporte Vital Avanzado. Servicio de Urgencias Médicas de la Comunidad de Madrid*

OBJETIVOS

Comparar la efectividad en el uso de un protocolo de Reanimación Cardiopulmonar avanzada (RCPa) que atienda y haga inclusiva a la familia de un paciente en parada cardiorrespiratoria (PCR) cuando es asistido en los dispositivos de emergencias médicas; contrastándolo con una RCP extrahospitalaria sin inclusión familiar.

Mediante un cuestionario de calidad percibida y evaluación del duelo a los 12 meses de la RCP avanzada al paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ensayo clínico en el que existe una intervención, que es facilitar o no la presencia de un familiar durante el soporte vital avanzado que se realiza al paciente en PCR.

El tamaño mínimo es de 50 familiares en grupo muestral y 50 en el grupo control. El procedimiento de reclutamiento de los participantes y de los controles es oportunista y consecutivo. Los familiares estudiados y los controles serán extraídos de familiares de pacientes.

POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Se incluirán aquellos familiares de pacientes que hayan sufrido una PCR en el ámbito extrahospitalario, que cumplan los criterios de inclusión.

Mayores de 18 años, cuyo familiar cumplan requisitos para RCP avanzada.

Se ofrecerá a los familiares la posibilidad de estar presentes durante la reanimación, aportándoles explicaciones según protocolo.

Sólo se evaluará un familiar de 1º por paciente.

RESULTADOS

Es un proyecto de investigación.

Los datos cualitativos serán expresados en frecuencia y porcentaje. Los datos cuantitativos se expresarán mediante su media y desviación estándar, siempre que cumplan criterios de normalidad; y mediante mediana y rango intercuartílico para los que no.

Igualmente, los contrastes de hipótesis los haremos mediante pruebas paramétricas o no paramétricas; según proceda.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

CONCLUSIONES

En Francia, se realizó un ensayo clínico con unas características similares a este, en 2016 y los resultados se contrastarán con los obtenidos en él.

Este trabajo está autorizado por la Dirección Médica del Servicio y por el Comité Ética Regional para poder ser realizado en las paradas no esperadas, atendidas por los investigadores de SVA de nuestro servicio de emergencias y sus resultados se usarán en el desarrollo de un protocolo de aplicación para este procedimiento en el servicio.

H-02. CONVIVENCIA CON LA ENFERMEDAD DE PARKINSON: UN PROCESO HUMANO

L. Ambrosio⁽¹⁾, C. Rodríguez Blázquez⁽²⁾, N. Elizondo⁽³⁾, M. Portillo⁽⁴⁾,
P. Martínez-Martín⁽²⁾

⁽¹⁾Departamento de Enfermería de la Persona Adulta. Universidad de Navarra

⁽²⁾Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid

⁽³⁾Área de Cuidado Médicos. Hospital de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra)

⁽⁴⁾Faculty of Health Science. University of Southampton. Southampton

OBJETIVOS

Conocer los factores que influyen en el proceso de Convivencia con una enfermedad crónica, como es la enfermedad de Parkinson.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio observacional y transversal en pacientes con enfermedad de Parkinson del ámbito comunitario y consultas especializadas de Neurología en España y Latino América. Se incluyeron instrumentos para evaluar aspectos relacionados con el día a día del paciente (convivencia EC-PC, adaptación psicosocial SCOPA-PS, satisfacción con la vida SLS-6, apoyo social percibido DUFSS, situación económica del hogar SEH) así como aspectos relacionados con la propia enfermedad (duración, síntomas motores SCOPA-M, síntomas no motores NMSS). Se realizó un análisis de regresión lineal múltiple, estableciendo un valor p igual o menor a 0,05 para la significación estadística.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 324 pacientes diagnosticados de enfermedad de Parkinson en todos los estadios de la enfermedad, de los cuales el 53% eran hombres, el 67% estaba casado y el 32% presentaba mínimamente estudios primarios. La edad media osciló entre 36 y 94 años. En el análisis de regresión lineal múltiple, la convivencia con la enfermedad (EC-PC) mostró una influencia significativa e independiente con el apoyo social percibido (DUFSS, $\beta = 0,51$), la satisfacción con la vida (SLS, $\beta = 0,26$) y la situación económica del hogar (SEH, $\beta = -0,16$). El resto de aspectos evaluados presentaron resultados estadísticamente no significativos ($p > 0,05$).

CONCLUSIONES

La convivencia con la enfermedad de Parkinson, es un proceso humano intrínsecamente relacionado con la persona e independiente de la enfermedad. Aspectos como el apoyo social percibido, la satisfacción con la vida y la situación económica del hogar son determinantes en el día a día. Es más, los síntomas propios de la enfermedad (síntomas motores y no motores) no influyen la convivencia. En este sentido, desarrollar un enfoque centrado en la persona y no tanto en la enfermedad, es fundamental para proporcionar un cuidado individualizado, acorde a las necesidades específicas de cada persona. Para ello, se aboga por la incorporación de medidas no farmacológicas que respondan a los aspectos que realmente impactan en la convivencia con la enfermedad.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

MEDICINA DE CONSUMO: SOBREDIAGNÓSTICO. PAUTAS DE “NO HACER”. DESPRESCRIPCIÓN

MC-01. PROGRAMA DE ADECUACIÓN FARMACOLÓGICA EN PACIENTES POLIMEDICADOS EN EL ÁMBITO AMBULATORIO ENTRE LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA Y ATENCIÓN PRIMARIA

A. Pérez Bernabéu⁽¹⁾, L. Hernández Alonso⁽¹⁾, R. Navarro Hernández⁽²⁾,
M. García Rodríguez⁽¹⁾, T. Bonmati Molina⁽³⁾, J. Murcia Zaragoza⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio Medicina Interna, ⁽²⁾Centro de Salud Albaterra, ⁽³⁾Centro de Salud Bigastro. Hospital de la Agencia Valenciana de Salud Vega Baja. Orihuela (Alicante)

OBJETIVOS

Evaluar los resultados de un programa de adecuación farmacológica en pacientes grandes polimedcados en el ámbito ambulatorio entre médicos de atención primaria (MAP) pertenecientes a diferentes centros de salud y médicos del servicio de Medicina Interna (MI).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cuasi-experimental y prospectivo. Criterios de inclusión: Pacientes grandes polimedcados (con ≥ 9 fármacos diarios durante ≥ 3 meses) y aceptación del paciente a la inclusión en el programa de adecuación farmacológica. La identificación e inclusión de los pacientes fue realizada por MAP. Variable de intervención: Realización de adecuación farmacológica del paciente por parte de MI mediante Criterios STOPP-START (criterios explícitos) y criterios MAI (criterios implícitos), tras la cual se llevó un seguimiento de tres meses.

Variables explicativas: Se analizaron variables sociodemográficas, de comorbilidad, pronósticas, funcionales, clínicas, farmacológicas y grado de adherencia farmacológica y variables de seguridad comparándose el plan farmacológico al ingreso con el plan farmacológico a los tres meses.

RESULTADOS

Se incluyeron 93 pacientes, la media de edad fue de $62,13 \pm 7,53$ años. El 70,8% de los pacientes eran pluripatológicos. La totalidad de los pacientes eran seguidos en consultas externas por 3 o más especialidades, con una media de visitas al año de $7,5 \pm 4,62$ y con una media de vistas a atención primaria de $18,26 \pm 12,82$. La media de fármacos de uso crónico antes de la intervención fue de $13,12 \pm 2,83$, reduciéndose a $8,13 \pm 2,82$ después de la misma ($p < 0,01$); siendo la media de fármacos retirados por paciente de $4,12 \pm 2,9$ y $1,26 \pm 1,42$ la de fármacos introducidos por paciente. La intervención supuso una reducción del coste mensual del tratamiento farmacológico pasando de $193,46 \pm 65,33$ € a $112,05 \pm 59,73$ € por paciente; $p < 0,01$. El grado de adherencia farmacológico pasando de un 62,5% de cumplidores a un 95,8% a los tres meses. Durante el periodo de seguimiento no se detectaron complicaciones relacionadas con la modificación del plan farmacológico.

CONCLUSIONES

Un programa de adecuación farmacológica coordinado entre MAP y MI consiguen una reducción significativa en el número y coste económico del tratamiento farmacológico sin comprometer la seguridad de los pacientes y mejorando la adherencia. Creemos que se deben poner en marcha programas de búsqueda e intervención pro- activa en pacientes grandes polimedificados.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

MC-02. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EN PACIENTES CONSUMIDORES CRÓNICOS DE BENZODIACEPINAS E HIPNÓTICOS

C. García Jiménez⁽¹⁾, M. García Chicano⁽¹⁾, E. Fernández Quijada⁽¹⁾,
I. Sánchez López⁽²⁾, I. Saura García⁽¹⁾, P. Alcázar Artero⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia

⁽²⁾Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Rafael Méndez. Lorca (Murcia)

OBJETIVOS

General: Establecer el contenido de un Programa de Intervención Grupal en pacientes consumidores crónicos de benzodiazepinas e hipnóticos.

Específicos: Explorar las creencias de los pacientes respecto al consumo; desmitificar las falsas creencias respecto a las benzodiazepinas y empoderar a los pacientes para su desmedicalización, promoviendo sus recursos personales y proponiendo alternativas para el cambio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Plan para la elaboración del Programa de Intervención Grupal:

Selección activa de pacientes susceptibles de participar con los siguientes criterios de inclusión:

1. Pacientes con consumo diario, y durante más de 6 meses, de fármacos de los grupos N05BA (benzodiazepinas) y N05CF (hipnóticos relacionados con benzodiazepinas) pertenecientes a un cupo médico de Atención Primaria de la Zona Básica de Salud de Vistalegre-La Flota y Santiago y Zairaiche de la ciudad de Murcia que consultaron entre el 1 y el 31 de marzo de 2018.
2. Autonomía cognitiva.
3. Expresarse y comprender sin dificultad el castellano.

Finalizado el proceso de selección de participantes, se contactará telefónicamente con estos para confirmación de participación, explicando, detalladamente, el plan de trabajo definido previamente: objetivos de cada sesión y “normas”, tamaño de los grupos (10 personas por grupo, excepto uno de 11 personas), temporalidad (7 sesiones de 1.5 horas, excepto la última, de 2 horas de duración), ubicación (biblioteca del Centro de Salud Vistalegre-La Flota), recursos materiales necesarios y vestimenta (ropa cómoda).

RESULTADOS

Desarrollo teórico de la propuesta de intervención por sesiones: exploración del fondo emocional de los participantes, comprensión acerca de la fisiología del estrés y la ansiedad (visualización del vídeo “Triángulo de la salud. El estrés”), creencias respecto al consumo de benzodiazepinas (tabla con consecuencias positivas y negativas del consumo, conocimiento de efectos adversos), propuesta de alternativas y soluciones para el cambio (“relajación muscular progresiva de Jacobson”, “entrenamiento en respiración”, técnicas cognitivo-conductuales para combatir el insomnio).

CONCLUSIONES

Partiendo de la búsqueda del fondo emocional de las personas podremos mejorar nuestra intervención sobre los pacientes y seremos capaces de darles recursos eficaces para mejorar su afrontamiento. Para ello, en este caso, es imprescindible el empleo de la escucha activa y de diferentes habilidades de comunicación para, posteriormente, proponer algunas técnicas que ayuden al cambio.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

MC-03. VALORACIÓN INTERDISCIPLINAR PARA LA DESPRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS ANTIPSICÓTICOS EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO

M. Pérez Margallo⁽¹⁾, N. Espadas Hervás⁽¹⁾, J. León Lobato⁽¹⁾, C. Rondón Pupo⁽¹⁾, N. Puig Zanón⁽¹⁾, J. Peris Martí⁽¹⁾

⁽¹⁾Farmacia. Centro Sociosanitario La Cañada. Paterna (Valencia)

OBJETIVOS

Describir un programa de valoración interdisciplinaria para la desprescripción de fármacos antipsicóticos (FA) en pacientes institucionalizados y evaluar los resultados de su aplicación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cuasi-experimental y prospectivo durante 2 meses en un centro sociosanitario. Población: pacientes con demencia o deterioro cognitivo tratados con FA. Criterios de inclusión: >1FA prescrito, FA típicos, tratamiento

>6 meses sin revisión, situación estable >3 meses, existencia de efectos adversos, pautas de tratamiento si precisa (SP). Criterios de exclusión: enfermedad psiquiátrica o aumento de dosis del FA en los últimos 3 meses.

El equipo (farmacéutico, enfermera, médico y psicólogo) estableció una pauta de retirada del 50% de la dosis cada dos semanas hasta suspender. Las pautas SP se suspendieron directamente. En caso de aparecer sintomatología, se restauró el tratamiento a dosis mínima eficaz.

La intensidad de los síntomas neuropsiquiátricos y conductuales se midió mediante la escala Inventario Neuropsiquiátrico (NPI) y la carga anticolinérgica y sedativa del tratamiento global del paciente mediante la escala DBI (Drug Burden Index).

La valoración final se realizó tras dos semanas de suspender el FA.

RESULTADOS

Se seleccionaron 18 pacientes, 83.3% mujeres, mediana 82 años (70-95).

Número de FA: 21 (1.16 fármacos/paciente). Medicamentos y dosis medias pautados: risperidona (n=6; 0.63±0.31mg/día), haloperidol (n=3; 1.33±0.57mg/día), quetiapina (n=3; 58.33±38.19mg/día), clorpromazina (n=2; 100±70.71mg/día), levomepromazina (n=1; 3mg/día). En 6 pacientes las pautas fueron SP, haloperidol (n=4; 1.45±1.04mg/día), risperidona (n=2; 0.75±0.34mg/día).

En 11 pacientes el valor de NPI no fue valorable. La mediana del NPI inicial fue: 8 (5-27) y el valor medio DBI: 0.98±0.55.

Tras la retirada, el NPI se redujo en 4 pacientes de forma sensible y se mantuvo en 2. Un paciente aumentó el NPI tras la retirada del FA y se valoró reiniciar el tratamiento. Mediana del NPI final: 9 (2-25).

La carga anticolinérgica y sedativa se redujo en 11 pacientes, valor medio final: 0.65±0.53.

CONCLUSIONES

El programa interdisciplinar de desprescripción de fármacos antipsicóticos en pacientes institucionalizados con demencia con un seguimiento individualizado repercute en una mejora de su utilización, evita que se prolonguen de forma innecesaria, reduce la toxicidad acumulativa del tratamiento y, por tanto, ayuda a reducir el riesgo de efectos adversos.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

MC-04. PUESTA EN MARCHA DE UN PROA EN UNA RESIDENCIA DE MAYORES: ¿CUÁL ES LA SITUACIÓN DE PARTIDA EN CUANTO AL EMPLEO DE ANTIMICROBIANOS?

C. Calvo Pita⁽¹⁾, M. De Miguel Gaztelu⁽¹⁾

⁽¹⁾*Servicio de Farmacia Sociosanitario SNS-O. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Pamplona (Navarra)*

OBJETIVOS

Realizar una auditoría para conocer la situación del empleo de antimicrobianos en una residencia de mayores, con el fin de planificar la puesta en marcha de un Programa de Optimización de Uso de Antimicrobianos (PROA).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo durante 3 meses (octubre-diciembre 2018) realizado por la farmacéutica de la residencia, en la que viven 70 pacientes crónicos complejos. Los datos se extrajeron del programa informático de validación farmacéutica. Cada tratamiento antimicrobiano estaba asociado a un episodio codificado en CIAP-2.

RESULTADOS

Población: 70 pacientes; 56% hombres y 44% mujeres; media de edad 78,96 años.

Se instauraron 57 tratamientos con antimicrobianos en 38 pacientes: 5 episodios en 1 paciente, 4 episodios en 1 paciente, 3 episodios en 4 pacientes, 2 episodios en 4 pacientes y 1 episodio en 28 pacientes.

Los antimicrobianos predominantes por episodio fueron: 17 quinolonas, 11 antifúngicos, 9 amoxicilina/clavulánico, 5 fosfomicina-trometamol, 5 aminoglucósidos (oculares) y 3 azitromicina. La vía de administración por episodio fue: oral en 37, tópica en 9, ocular en 8 y ótica en 3.

La posología y duración de los tratamientos fueron en general adecuadas, aunque se detectaron errores con fosfomicina-trometamol (2 dosis en lugar de dosis única) y con antifúngicos tópicos (una sola administración diaria). Además, los geles de ketoconazol se prescribieron de forma crónica, en lugar de emplear una duración finita.

En cuanto a la calidad de la codificación, solo 28 tratamientos estaban ligados a un episodio de carácter infeccioso (49%). De estos, los predominantes correspondían a infecciones respiratorias (10), urinarias (5) y oculares (5).

Se cotejaron los episodios de etiología infecciosa con las recomendaciones de la “Guía de Aljarafe” en sus capítulos de ancianos institucionalizados, para determinar si la selección del antimicrobiano había sido adecuada: únicamente en 13 de 28 episodios se había seleccionado el antimicrobiano de elección.

CONCLUSIONES

La auditoría de la prescripción refleja importantes áreas de mejora. Se decide que las primeras actuaciones del PROA serán mejorar la codificación de los episodios asociados a los tratamientos antimicrobianos y dar a conocer al médico de la residencia las recomendaciones de la “Guía de Aljarafe” y los datos locales de resistencias antimicrobianas.

NUEVOS MODELOS ASISTENCIALES

NM-01. TRANSFORMACIÓN DEL MODELO, COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA CON LA UNIDAD DE COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA DE UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

A. Hormigo Sánchez⁽¹⁾, O. Gómez Martín⁽¹⁾, F. Dodero de Solano⁽¹⁾,
J. Sánchez Martín⁽¹⁾, A. Milán Vegas⁽¹⁾

⁽¹⁾Geriatría. Fundación Jiménez Díaz-Ute. Madrid

OBJETIVOS

Describir la estrategia socio sanitaria, desde su inicio, y el modelo de intervención incorporando servicios no presenciales. Descripción de las e-consultas recibidas desde Atención Primaria y residencias en la Unidad de Coordinación socio sanitaria (geriatra de referencia hospitalario y enfermería de Continuidad Asistencial (ECA)

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal desde que se inició la estrategia socio sanitaria 01/03/2016 hasta 31/12/2018. Se ha creado una unidad de coordinación con centros socio sanitarios, formada por un geriatra hospitalario de referencia y por enfermería de continuidad asistencial. Según las necesidades individuales en cada caso intervenimos directamente, o hacemos de enlace dentro del hospital, para coordinarnos con los centros socio sanitarios de nuestro ámbito, atención hospitalaria y Atención Primaria, buscando una intervención centrada en la persona. Tanto médicos como enfermeras de 28 CSS, tienen posibilidad de comunicarse vía telemática mediante e-consulta con el hospital de referencia a través del portal socio sanitario. Se han creado 15 circuitos diferenciales de atención.

Circuito derivación a urgencias desde CSS.

Circuito de derivación a urgencias desde CSS en festivos
Circuito para valoración preferente en consulta de Geriatría
Circuito de atención en Hospital de día.

Circuito para solicitud de material sanitario de uso hospitalario
Circuito de renovación de suplementos.

Circuito de informe material ortoprotésico
Circuito de renovación de oxígeno
Circuito de caídas de repetición.

Circuito para valoración de heridas vasculares/upp
Circuito para valoración de osotmias.

Circuito para recambio de PEG
Circuito para indicación de nueva PEG.

Circuito de Conciliación de medicación PEG/SNG.

Circuito administración de medicamentos de uso hospitalario vía IV.

RESULTADOS

5254 pacientes institucionalizados en 54 residencias privadas. Desde el inicio se recibieron 2659 e-consultas, 1615 dirigidas al geriatra y 1044 a enfermería. Las enviadas de centros socio sanitarios fueron 1251 a geriatría y 423 a enfermería, las demás desde centros de salud

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

de atención primaria. La incorporación de residencias en el portal sociosanitario ha sido progresiva, en 2016 se inició el programa con 4 residencias y se recibieron 64 e-consultas. En 2017 se extendió a 25 centros y enviaron 565 e-consultas. En 2018, con 28 residencias incluidas, 1047 e-consultas.

Los motivos de comunicación con enfermería, son 44,2% por temas relacionados con citas, analíticas o ambulancias; 18% por heridas, 15% relacionado fármacos, 10% formación y recambio de PEG en los propios CSS.

En relación a la intervención por Geriatra, solucionar dudas médicas sin generar desplazamiento, enviar anexo de material ortoprotésico, informe para suplemento nutricional, informe para inspección de fármacos. Ha aumentado el número de e-consultas para ingresos programados, atención en hospital de Día, circuito de antibióticos y conciliar medicación.

Para implantar la estrategia han sido necesarias reuniones de planificación, una reunión anual en el hospital con todas las residencias que entraban en el programa, seguido de reuniones en cada residencia para afianzar los circuitos. En 2016 se hicieron 17 reuniones en las residencias; 44 en 2017 y 44 en 2018 se realizaron 14 visitas. Para mejorar la calidad de la atención sanitaria se organizaron Jornadas de formación acreditadas para profesionales de residencias. En 2017 jornada para manejo de infecciones de orina que se repitió en 2018; una jornada de actualización en manejo del dolor en paciente anciano; una jornada específica de manejo de paciente de alto riesgo; también 10 talleres para enfermería en manejo de nuevos dispositivos (ostomias, catéteres, higiene de manos, drenajes torácicos, nuevas insulinas...).

Anualmente se pone en marcha un programa para el manejo de los efectos de la ola de calor, con información telefónica a todas las residencias del área, envío de suero/vías subcutáneas a quien solicita y alerta por email de los picos de temperatura.

CONCLUSIONES

Los cambios demográficos suponen una población cada vez más envejecida, es primordial encontrar estrategias que busquen la sostenibilidad del sistema sanitario. La Unidad Sociosanitaria nace para facilitar la comunicación entre los diferentes profesionales y superar la fragmentación asistencial, buscando un modelo de atención que favorezca la continuidad asistencial entre los pacientes, Atención Primaria, Atención Hospitalaria y los centros sociosanitarios (CSS). La e-consulta ha favorecido la comunicación evitando desplazamientos innecesarios, y mejorando la atención a los pacientes, teniendo circuitos diferenciales para ellos. Se consolida como herramienta útil para establecer comunicación entre niveles asistenciales.

**NM-02. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRADA HOSPITAL SAN RAFAEL
– ATENCIÓN PRIMARIA**

M. Latorre Marin⁽¹⁾, M. Ruiz Pombo⁽¹⁾, L. Martínez⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina Interna. Hospital Sant Rafael. Barcelona

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad de un programa de atención integrada entre hospital y atención primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio cuasi experimental prospectivo con un único grupo control pre-post intervención durante 1 año de seguimiento (Dic 2017-Dic. 2018).

El Programa de Atención Integrada Hospital San Rafael – Atención Primaria (PAI-HAP) pretende dar asistencia, mediante un equipo multidisciplinario, a aquellos pacientes que presentan enfermedades crónicas con condiciones de alta complejidad, así como favorecer la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.

El PAI-HAP incluye 26 pacientes que han requerido 2 o + ingresos hospitalarios y/o visitas a urgencias en el año previo a la inclusión en el programa por descompensación de IC o de EPOC. El seguimiento incluye asistencia proactiva, educación sanitaria y atención precoz en el hospital de día médico del Hospital San Rafael de Barcelona.

RESULTADOS

Pacientes PAI-HAP: 26.

Mujeres: 10 (38%), Hombres: 16 (62%). Edad media: 81 años.

Diagnóstico principal: IC (46%), IC+EPOC (54%).

Charlson: 0-1 (4 pacientes), 2 (2 pacientes), ≥3 (20 pacientes) Test de Barthel: Media 90 (dependencia leve).

Test de Pfeiffer: 0-2 errores (sin deterioro cognitivo): 92%, 3-4 errores (deterioro cognitivo leve): 8% Consumo de fármacos: ≥ 9 (20 pacientes), 5-8 (5 pacientes) y 0-4 (1 paciente).

Procedencia de las derivaciones: 15 pacientes de plantas de hospitalización del Hospital San Rafael (HSR), 11 pacientes de centros de atención primaria.

Estos pacientes generaron el año previo a la inclusión en el programa un total de 51 ingresos hospitalarios con una media de 15.5 días de estancia hospitalaria y un total de 12 visitas a urgencias. Tras la inclusión en el programa se aprecia un descenso del 62.75% de ingresos, un 61% en estancia hospitalaria y 83.4% de consultas a urgencias.

Escala europea de autocuidado en IC: Inicio estudio: 30/ Final estudio: 20.

CONCLUSIONES

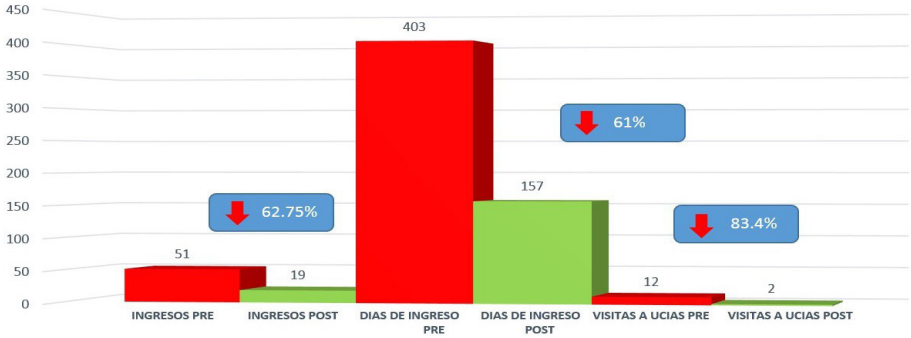
Los resultados del estudio demuestran que el PAI-HAP se muestra como una alternativa eficaz a la hospitalización convencional reduciendo de manera significativa el número de ingresos, días de hospitalización y visitas a Urgencias de los pacientes con IC y/o EPOC que son frecuentadores de los servicios del sistema sanitario, así como una mejora en su autocuidado.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

Fig. 1. Resultados pre y post PAI-HAP



NM-04. ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A PACIENTES CON NECESIDADES COMPLEJAS DE SALUD EN ANDALUCÍA: PLANES INTEGRALES OPERATIVOS

I. Cosano Prieto⁽¹⁾, I. González Seco⁽²⁾

⁽¹⁾Coordinadora del Plan Andaluz de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas

⁽²⁾Servicios Centrales del SAS (Servicio Andaluz de Salud). Sevilla

OBJETIVOS

En 2018, el Servicio Andaluz de Salud (SAS) pone en marcha la estrategia de adaptación local de Planes Integrales y de Salud (PPII) mediante la elaboración de Planes Integrales Operativos Locales (PIOL) en cada territorio, para mejorar los resultados en los problemas de salud priorizados e integrar un trabajo cooperativo en red.

El objetivo de esta comunicación es presentar el resumen de los trabajos realizados para la adaptación local de las recomendaciones del Plan Andaluz de Crónicos (PAAIPEC) en Andalucía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se definió una metodología común, identificando áreas de abordaje prioritario: implantación de la estrategia de atención a crónicos complejos.

La metodología se difundió desde la DGAS del SAS a los directivos de los centros del SSPA. La evaluación de las acciones de mejora se incorporó a los objetivos de Contrato-Programa. Se constituyeron grupos de trabajo interdisciplinares en cada área, identificando un Coordinador.

Cada PIOL incorporaba: análisis de situación, objetivos, acciones de mejora, itinerario formativo, estrategia de implantación, cronograma e indicadores de seguimiento.

Presentaron un borrador en abril 2018. Se hicieron 8 reuniones provinciales, de puesta en común los trabajos de cada grupo, con la participación de los Responsables de la Estrategia en el SAS y del PAAIPEC. En septiembre 2018 presentaron los informes definitivos. En noviembre 2018 se celebraron 8 nuevas reuniones provinciales donde se concretaron las acciones de mejora.

RESULTADOS

Se realizaron 34 PIOL, con la implicación de todos los centros del SSPA.

Más de 470 profesionales de diferente perfil profesional y nivel asistencial han formado parte de esta red de profesionales.

Se han plasmado acciones de mejora en todos los planes locales (11 acciones de media por área). Se han identificado indicadores de evaluación en todos los planes.

CONCLUSIONES

- La estrategia de adaptación local de los PPII ha permitido crear una red de casi 500 profesionales de las áreas de conocimiento más implicadas en la atención a los pacientes crónicos complejos y ha impulsado la estrategia de implantación de la atención a estos pacientes.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

- Ha permitido proponer soluciones locales a problemas locales.
- Es necesario difundir aquellas buenas prácticas locales a otros centros y escenarios territoriales.

NM-06. EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE CRONICIDAD , UNA NECESIDAD ANTE LOS PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS

A. Contra Carne⁽¹⁾, J. Vaquero Cruzado⁽²⁾, E. Samper⁽³⁾, C. Serrano⁽³⁾, A. Ruz⁽³⁾, L. Ceresuela Eito⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina interna Área cronicidad, ⁽³⁾Área Cronicidad. Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi. Sant Joan Despí (Barcelona)

⁽²⁾Atención Primaria Baix Llobregat Centre. Institut Català de la Salut. Barcelona

OBJETIVOS

Valorar la capacidad de un equipo multidisciplinar de cronicidad para mejorar la atención de los pacientes crónicos complejos PCC , evitando visitas a urgencias, ingresos hospitalarios y en qué medida somos capaces de prever la mala evolución

MATERIAL Y MÉTODOS

Mensualmente , analizamos aquellos PCC que han ingresado en nuestro y que presentan mayor riesgo de reingreso o mala evolución . En cada caso registramos las visitas a urgencias e ingresos hospitalarios durante el año previo y el posterior a su discusión, la situación social, funcional, comorbilidades del paciente , además definimos un plan terapéutico, estrategia de seguimiento y pronóstico al año. Para valorar la utilidad de estas sesiones, decidimos analizar los casos discutidos en sesión entre junio 2016 hasta julio 2017. .

RESULTADOS

Discutimos 324 PCC , presentando una edad media de 81,5 años, 54% mujeres , presentaban un Barthel 70 y se detectó riesgo social en el 60% de casos. Las patologías más representadas fueron la Insuficiencia cardiaca 31% , neurodegenerativas 22% y neoplasias 20% , Enfermedad pulmonar obstructiva crónica 12% . Durante el año posterior a su discusión en sesión, fallecieron 136 pacientes (41%) .

Constatamos un descenso de las visitas a urgencias de 978 a 556 (48%) $p < 0.00001$, al comparar el año previo con el posterior a la discusión en sesión de cronicidad . También se aprecia un descenso en los ingresos hospitalarios de 589 a 331 (44%) $p > 0.0001$.

El descenso podría atribuirse a que muchos pacientes fallecen durante el año de seguimiento. Al analizar los 189 PCC que continuaban vivos al año , persiste la reducción de las visitas a urgencias 551 a 341 (38%) $p > 0.0001$ y los ingresos hospitalarios 341 a 200 (44%) $p < 0.0001$. Tras ser presentados en sesión, se incrementó un 33% el seguimiento de estos pacientes por el equipo de cronicidad.

En la sesión multidisciplinar se predijo la mala evolución en el 75% de los casos.

CONCLUSIONES

La valoración de los PCC por un equipo multidisciplinar mejora su atención disminuyendo visitas en urgencias , ingresos hospitalarios y planificando las situaciones de fin de vida .

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

NM-08. PROGRAMA DE ATENCIÓN CONTINUADA EN DOMICILIO DE PACIENTES CRÓNICOS, PLURIPATOLÓGICOS, ANCIANOS. VALORACIÓN DEL FINAL DE VIDA. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

N. Stasi⁽¹⁾, J. Cruanyes⁽¹⁾, L. Iglesias⁽¹⁾, A. Ruíz⁽¹⁾, L. Villegas⁽²⁾, A. Vilá⁽¹⁾

⁽¹⁾PAPPA. Hospital de Barcelona

⁽²⁾Hospitalización Domiciliaria. Hospital Dos de Maig de Barcelona-Consorci Sanitari Integral. Barcelona

OBJETIVOS

El envejecimiento conlleva el aumento de las enfermedades crónicas, fragilidad y discapacidad que genera múltiples ingresos hospitalarios. Una cooperativa de seguros de asistencia sanitaria, diseñó un programa de atención al paciente crónico y pluripatológico, con el objetivo de garantizar continuidad asistencial, mejorar la eficacia clínica y optimizar recursos sanitarios. Se trata de una estructura trasversal en la que médicos y enfermeras dan asistencia especializada en domicilio a pacientes crónicos reagudizados que previamente a la creación de dicha unidad requerían ingreso hospitalario y realizar seguimiento hasta la situación de final de vida. El objetivo es analizar los pacientes ancianos en seguimiento domiciliario, las intervenciones de hospitalización domiciliaria y el final de vida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Inicio programa junio 2011. Se seleccionaron pacientes con 2 o más ingresos en el último año, controlados por equipo multidisciplinar: internistas, geriatras, médicos de cabecera y enfermeras. A las 24 horas post-alta fueron visitados por internista/geriatra y enfermera (equipo de intervención) y sucesivamente por médico de cabecera y enfermera, disponiendo de un teléfono directo atendido por enfermería. En caso de descompensación, el equipo de intervención realizaba hospitalización domiciliaria (HD) hasta estabilización. Variables evaluadas: edad, sexo, Barthel, Charlson, patologías, estancia al programa, exitus en domicilio. Se han analizado las intervenciones de hospitalización domiciliaria de una muestra aleatoria de pacientes ancianos. Grado de satisfacción mediante encuesta aleatoria analógica (0-10).

RESULTADOS

Se han incluido 1540 pacientes entre junio 2011 y diciembre 2018, 858 mujeres 55.71% con Barthel 35.3 ± 29.5 , Charlson 3.6 ± 2.7 . Son pluripatológicos 1345(87.3%), con PROFUND 16.7 ± 4.6 .

El promedio de días de estancia en el programa 389.3 ± 459.6 .

Las estancias hospitalarias se redujeron de $3 \pm 2,7$ días a $0,4 \pm 1.3$ por paciente/mes. Han fallecido 928 pacientes en domicilio 681:71.2%.

Muestra aleatoria de intervenciones de hospitalización domiciliaria: 400 pacientes.

Edad media 85 ± 7 (55% mujeres). Barthel 28 ± 26 . Charlson 4 ± 2 . Pluripatológicos 141(91%) con PROFUND 17 ± 5 . Durante 629 días precisaron HD de los cuales 302 días (48%) fueron antibióticos (e.v) y 203 (32%) perfusiones de furosemida.

El grado de satisfacción 9.

CONCLUSIONES

El programa ha conseguido controlar en domicilio pacientes crónicos pluripatológicos , reduciendo ingresos y estancias y con alto grado satisfacción y hasta su fallecimiento.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

NM-09. EL PACIENTE CRÓNICO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DE MEDICINA INTERNA

A. Fernández-Rufete Cerezo⁽¹⁾, A. Mateo López⁽¹⁾, D. García Noguera⁽²⁾,
A. Laso Ortiz⁽²⁾, M. Ruiz Campuzano⁽³⁾, J. Ruipérez Ruiz⁽¹⁾

⁽¹⁾Hospitalización a Domicilio, ⁽²⁾Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

⁽³⁾Medicina Interna. Hospital Rafael Méndez. Lorca (Murcia)

OBJETIVOS

Analizar las características de los pacientes crónicos ingresados en una unidad de hospitalización a domicilio (UHD) de Murcia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis descriptivo de las características de la población de pacientes crónicos ingresados en una UHD desde mayo de 2017 hasta abril de 2018 en un hospital de tercer nivel de la Región de Murcia. Los datos se obtuvieron mediante la revisión de las historias clínicas y el análisis estadístico se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS v.22.

RESULTADOS

De los 205 pacientes ingresados el 52,7% eran mujeres con una edad media de 74 +/- 17.6 años. El 73,2% presentaban hipertensión, el 34,1% diabetes mellitus y el 41,5% dislipemia. El 27,8% tenía fibrilación auricular y un 28,8% estaban diagnosticados de insuficiencia cardiaca. Un 20% tenía insuficiencia renal mientras que el 26,3% padecían EPOC o asma y un paciente bronquiectasias. En nuestra serie hubo 5 pacientes con encefalopatía anóxica y otros 5 con una neoplasia activa. Un 17,9% eran portadores de beta lactamasas de espectro extendido. Un 80% tenía un índice de comorbilidad de Charlson corregido por edad de 3 o más.

CONCLUSIONES

En nuestra unidad se acogen pacientes de todas las edades, pero el número de pacientes que se beneficia aumenta con la edad: un 87.8% tenía más 50 años y un 72.2% más de 70. De los menores de 30 años, un 50% (4) tenían encefalopatía anóxica perinatal. El 80% de los pacientes ingresados tienen un índice de Charlson de 3 o más, por lo que nos encontramos mayoritariamente con una comorbilidad alta; esto se traduce en un aumento de la estancia media y la mortalidad a corto y largo plazo en otros estudios publicados. En nuestro estudio únicamente hemos analizado la mortalidad durante el ingreso, por lo que no podemos hacer la comparativa. Las UHD permiten tratar a los pacientes y disminuyen el número de complicaciones nosocomiales que empeoran notablemente el pronóstico de los pacientes con elevada comorbilidad, como los descritos en nuestra población. Por todo ello, constituyen una herramienta eficaz y segura y por tanto una alternativa al ingreso convencional para pacientes con enfermedades crónicas.

NM-11. RAZONES POR LAS QUE LO VISITAREMOS EN SU DOMICILIO

E. Borreguero Guerrero⁽¹⁾, L. Aguilera González⁽²⁾, M. Cramp Vinaixa⁽³⁾,
P. Espin Aguade⁽³⁾, A. Aguilar Borrell⁽⁴⁾

⁽¹⁾Atención Primaria. ICS. Unitat Atenció a la Cronicitat i Complexitat SAP Alt Penedès-Garraf. Vilafranca del Penedès (Barcelona)

⁽²⁾Atención Primaria. CAP Tarragona 2. Tarragona

⁽³⁾Hospital. Hospital Joan XXIII. Tarragona

⁽⁴⁾Atención Primaria. CAP Vila-Rodona. Vila-Rodona (Tarragona)

OBJETIVOS

Describir las características de los pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria (ATDOM) en un centro de salud urbano durante el año 2018.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo. Se incluyeron a todos los pacientes que a lo del año 2018 se incluyeron en el equipo de ATDOM, con un modelo funcional de atención domiciliaria.

Se registró el sexo, edad, valoración de la complejidad de los pacientes: Paciente Crónico Complejo (PCC) o con Modelo Abordaje de Cronicidad Avanzada (MACA). Se analizó cuantos de los pacientes tenían un Plan de Intervención Individual Compartido (PIIC) y el motivo de la inclusión en el programa ATDOM.

El análisis estadístico determinó las prevalencias y medias.

RESULTADOS

A lo largo del 2018 se incluyeron 56 pacientes, 58,9% hombres y 41,1% mujeres. La edad media de los hombres es de 83,5 y la de las mujeres 83,1 años; el rango de edades va desde los 57 a los 96 años.

Respecto a la valoración de cronicidad, un 14,3% de pacientes no estaban identificados como PCC ni MACA, un 14,3% estaban identificados como MACA y un 71,4% como PCC.

Tan sólo 3 pacientes tenían hecho un PIIC (2 eran MACA y 1 PCC).

En cuanto a los motivos de inclusión, el motivo más frecuente fue la fragilidad (75%), seguido de las neoplasias (14,3%) y finalmente las demencias (10,7%).

CONCLUSIONES

En el programa ATDOM durante el año 2018 se incluyeron 56 pacientes, un poco más de la mitad fueron hombres, con una edad media de unos 83 años.

Un 71,4% estaban identificados como PCC, 14,3% MACA y un 14,3% no estaban identificados como PCC ni MACA. Sólo 3 pacientes tenían un PIIC, aunque se recomienda hacer a todos los usuarios identificados como PCC o MACA.

Sobre los motivos de inclusión, sólo se diferenció entre fragilidad (el motivo más frecuente), neoplasias y las demencias.

Pensamos que debemos recordar la importancia de hacer un PIIC a este tipo de pacientes y también intentar especificar mejor los motivos por los que se incluyen en el programa de ATDOM.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

NM-12. SERVICIOS DE TELEATENCIÓN: UN NUEVO RETO EN LA COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA EN CASTILLA Y LEÓN

M. Martín-Delgado⁽¹⁾, J. Calvo Marcos⁽²⁾, M. Guzmán Fernández⁽¹⁾,
M. Hernández Palacios⁽³⁾, E. Díez Pérez⁽⁴⁾, M. González Bustillo⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Coord. Asistencial, Sociosanit. y Salud Mental, ⁽³⁾Servicio de Sistemas de Información y Resultados en Salud. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Valladolid

⁽²⁾Dirección técnica de acceso a los servicios sociales, ⁽⁴⁾Servicio de Sistemas de información e integración de proceso. Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León. Valladolid

OBJETIVOS

Construir una plataforma de teleasistencia innovadora, que aporte los recursos tecnológicos necesarios para mejorar la atención proactiva en su entorno habitual de las personas con enfermedades crónicas y dependientes especialmente vulnerables por situaciones de soledad o escasa red de apoyos sociales.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el contexto del proyecto de Compra Pública de Innovación de desarrollo de una "Plataforma de Atención Sociosanitaria al Paciente Crónico y Personas en situación de Dependencia" se constituyó un grupo de trabajo integrado por profesionales con diferentes perfiles (funcionales e informáticos de la Gerencia Regional de Salud y Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, Emergencias Sanitarias, trabajadores sociales y sanitarios asistenciales) junto con profesionales de las diferentes empresas adjudicatarias de las fases I y II de la Plataforma Sociosanitaria. Se realizó una revisión bibliográfica y se analizaron diferentes experiencias nacionales e internacionales junto a la normativa vigente. Se han definido cuestionarios y los flujos de trabajo que utilizan las herramientas innovadoras que se implantarán en el proyecto integradas con las aplicaciones existentes.

RESULTADOS

Se ha diseñado una plataforma de teleasistencia avanzada que se comunica con dispositivos y aplicaciones del sistema sanitario y servicios sociales aportando soluciones para la atención integral a las personas desde una perspectiva sociosanitaria, superando el actual enfoque reactivo de este servicio. Incorpora elementos innovadores de telemonitorización y detección de situaciones de riesgo en el hogar, teleasistencia clínica y social, teleconsulta, gestión y transferencia de la información, accesibilidad ante diferentes discapacidades y extensión al ámbito de viviendas tuteladas.

CONCLUSIONES

Las soluciones avanzadas de teleasistencia, teleconsulta y telemonitorización son herramientas de teleatención que ayudan a los profesionales de los servicios sanitarios y sociales en su actividad, facilitando la atención proactiva, prevención de situaciones de

XI Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico

*VI Conferencia Nacional
del Paciente Activo*

Libro de Comunicaciones y Casos Clínicos

“Ampliando Horizontes”

riesgo y el seguimiento de las personas con enfermedades crónicas y dependientes en su propio domicilio, contribuyendo a la mejora de su calidad de vida y la permanencia en su entorno.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

NM-13. REPERCUSIÓN DE LA FLEXIBILIDAD EN EL ACCESO A LA CONSULTA DE CRÓNICOS EN LA FRECUENTACIÓN AL SERVICIO DE URGENCIAS

R. Jorge Sánchez⁽¹⁾, I. Gómez Buela⁽¹⁾, R. Vázquez Vigo⁽¹⁾, R. Sardina Ferreiro⁽¹⁾,
D. García Alén⁽¹⁾, A. Gómez Gigirey⁽¹⁾

⁽¹⁾*Medicina Interna. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Prof. Novoa Santos. Ferrol (A Coruña)*

OBJETIVOS

En la CC del CHUF se les facilita un teléfono de contacto a los pacientes, operativo en horario de mañana los días laborables para contactar con la CC en casode empeoramiento clínico y adelantar la cita.

Hemos querido conocer cómo ha influido en el último año la mejora de la accesibilidad de la consulta de crónicos (CC) del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol (CHUF) en el patrón de visitas al Servicio de Urgencias (SU).

MATERIAL Y MÉTODOS

Diariamente se han revisado todos los pacientes en seguimiento de la consulta de crónicos que han acudido al SU. Se recogieron datos epidemiológicos básicos, discapacidad y clasificación de Ollero de la consulta de crónicos, la fecha de asistencia en urgencias, la hora, la especialidad que atendió al paciente, el motivo de asistencia y si el paciente fue ingresado. Se recogieron datos desde el 1/1/2017 al 31/12/2018.

RESULTADOS

En 2017 y 2018 se atendieron 817 y 899 pacientes diferentes en la CC respectivamente. La edad media de los pacientes rondaba los 84 años, con un Barthel en torno a los 70 puntos, con discreto predominio femenino (55%), con un promedio de patologías entre 2.1 y 2.3, donde la categoría A supone entre el 80 y 75% (2017 y 2018 respectivamente). En ambos años el principal motivo de consulta fue la disnea, siendo la infección respiratoria la principal causa del ingreso (30.5% vs 32.6%), seguida por la ICC (15.8% vs 20.5%). Los datos de frecuentación se muestran en la tabla I

CONCLUSIONES

Aunque desde la puesta en marcha de la CC hemos conseguido disminuir la frecuentación al SU en cerca de un 40% (datos no mostrados), el hecho de facilitar un acceso rápido (<24h) no está teniendo influencia en los patrones de acceso al servicio de urgencias, donde paradójicamente, la máxima frecuentación tiene lugar en la franja horaria donde la CC está operativa. Debemos seguir trabajando con los médicos de primaria, los pacientes y los familiares para que consideren la CC una alternativa al SU. Por otro lado, estamos desarrollando un circuito de asistencia alternativo para que estos pacientes que llegan al SU, previo triaje, sean derivados a nuestra consulta.

Tabla 1. Datos de frecuentación de los pacientes crónicos en 2017 y 2018 en el CHUF

	2017	2018
Num. Pacientes en CC	817	899
Núm. Urgencias	610	714
Num Pacientes de CC atendidos el SU (%)	327 (40,0%)	401 (40.1%)
Tasa de visitas al SU/100 pac de la CC	74,7	79,4
% pacientes en turno de mañana/tarde/noche	45.1%/33%/21.9%	46.8%/34.7%/18.5%
% pacientes atendidos por URX/M Interna/Otros esp	42.9%/48%/9.1%	35.9%/49.2%/14.9%
Num pacientes ingresados (%)	298 (48.6%)	374 (52.4%)

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

NM-14. ACCESO A RECURSO SOCIAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR ENFERMEDAD MENTAL

M. Martín-Delgado⁽¹⁾, R. Villa Carcedo⁽¹⁾, S. Lleras Muñoz⁽¹⁾,
E. Cembranos García⁽²⁾, Y. Zapico Merayo⁽³⁾, P. García Barriuso⁽⁴⁾

⁽¹⁾*Servicio Coord. Asistencial, Sociosanit. y Salud Mental. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Valladolid*

⁽²⁾*Servicio de Coordinación Interadministrativa. Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León. Valladolid*

⁽³⁾*Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. Gerencia de Asistencia Sanitaria de El Bierzo. Ponferrada (León)*

⁽⁴⁾*Trabajadora social Equipo Salud Mental. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid*

OBJETIVOS

El nuevo proceso digital de coordinación sociosanitaria pretende favorecer el acceso, gestión y uso eficaz de los recursos sociales y sanitarios destinados a las personas con discapacidad por enfermedad mental que, por sus especiales características, pertenecen a la categoría de paciente crónico complejo y necesitan beneficiarse de la actuación coordinada y sinérgica de los sistemas sanitario y social, con el fin de potenciar la autonomía de la persona, promover su rehabilitación e integración en la propia comunidad, favoreciendo la continuidad asistencial.

MATERIAL Y MÉTODOS

Un grupo de trabajo multidisciplinar formado por personal funcional, técnico y asistencial de Salud Mental de la Gerencia Regional de Salud y Gerencia de Servicios Sociales ha diseñado este proceso de atención sociosanitaria integrada que forma parte de la Fase II de la “Plataforma de atención sociosanitaria al paciente crónico y personas en situación de dependencia” de Castilla y León, proyecto que se ejecuta mediante Compra Pública de Innovación. Para su elaboración y definición de requisitos se han mantenido reuniones periódicas presenciales del grupo con la empresa adjudicataria, así como comunicación por audioconferencias, videoconferencias, correo electrónico, Sharepoint.

RESULTADOS

El documento resultante detalla el flujo de intervenciones, roles profesionales intervinientes, aplicaciones informáticas involucradas que deben interactuar con el nuevo módulo e integra y facilita el desarrollo del proceso previo, definiendo dos mapas de proceso: 1. Mapa de tramitación de recursos sociales para esta población, detallando las fases del proceso (Detección y derivación; Valoración de las necesidades; Asignación de prestaciones sociales y Seguimiento) y 2. Mapa de gestión de plazas en lista de espera. Se incorporan elementos innovadores: utilización del módulo de Interconsulta entre profesionales sanitarios y no sanitarios, notificaciones al escritorio profesional y gestión del consentimiento, entre otros.

CONCLUSIONES

El desarrollo de esta plataforma tecnológica ofrece la posibilidad de mejorar la continuidad de la atención sociosanitaria a las personas con discapacidad por enfermedad mental, mediante sistemas de información interconectados que facilitan la gestión ágil, coordinada y conjunta de los recursos de los sistemas sanitario y social, para promover su integración en la comunidad.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

NM-15. LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO, UNA BUENA ALTERNATIVA AL INGRESO HOSPITALARIO EN LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS COMPLEJOS. EXPERIENCIA EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA (CHN)

Á. Gómez Garduño⁽¹⁾, B. Salmón García⁽¹⁾, B. Llorente Díez⁽¹⁾,
E. Bidegain Garbala⁽¹⁾, P. Ruiz Panales⁽¹⁾, V. Antoñana Sáenz⁽¹⁾

⁽¹⁾*Hospitalización a Domicilio. Hospital de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra)*

OBJETIVOS

La Hospitalización a Domicilio es una de las alternativas al ingreso hospitalario en situaciones de descompensación o reagudización de los pacientes pluripatológicos complejos. Nuestro objetivo es conocer las características de los pacientes que ingresaron en 2018 en la Unidad de Hospitalización a Domicilio (HAD) procedente de la Unidad de Atención al Paciente Crónico Pluripatológico del CHN.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se recogieron los datos de todos los pacientes ingresados en HAD en 2018 y se realizó un análisis descriptivo de los pacientes pluripatológicos complejos ingresados desde la Unidad del Paciente Pluripatológico. El análisis estadístico se realizó mediante el paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS

Se analizaron los datos de 177 ingresos procedentes de la Unidad del Paciente Pluripatológico del CHN. Los principales motivos de ingreso fueron insuficiencia cardiaca descompensada (33,9%), EPOC agudizado (13%), otras infecciones respiratorias incluidas asma, neumonía y sobreinfección de bronquiectasias (24,3%), infecciones del tracto urinario (9%), anemia para transfundir o ferroterapia endovenosa (6%). Tuvieron una mediana de estancia de 10 días. En el 18,6% de los casos precisaron derivación al hospital para ingreso convencional. El 23,2% reingresó a los 30 días del alta, bien en HAD o en hospitalización convencional. El 52% tuvo revisión programada en la Unidad del Paciente Crónico a los 30 días del alta. Estos 177 ingresos se correspondieron a 142 pacientes, de los cuales 26 ingresaron en más de una ocasión. La edad media fue de 81,5 años (DS \pm 8,8). Escala de Barthel mediana 60. El 56,3% fueron hombres. Entre sus enfermedades crónicas más frecuentes destacan: I. Cardiaca (81%), I. Renal (65,5%), Diabetes Mellitus (56,3%), EPOC (38,7%), cardiopatía isquémica (31,7%), demencia (20,4%), asma (16,9%), ictus (15,5%) y hepatopatía crónica (5%). En el 77% de los pacientes concurren 3 o más de estas patologías.

CONCLUSIONES

El ingreso en Hospitalización a Domicilio es una buena alternativa terapéutica, ya que mantiene al paciente en su entorno, disminuyendo el riesgo de aparición de síndrome confusional así como de infecciones nosocomiales, en pacientes que requieren de atención hospitalaria repetida por descompensaciones frecuentes.

NM-16. UTILIDAD DEL ESTRATIFICADOR GMA PARA PREDECIR LA INCORPORACIÓN DE PACIENTES EN UN PROGRAMA DE CRÓNICO DE MUY ALTA COMPLEJIDAD

S. Estévez Jorge⁽¹⁾, D. Vega Ortega⁽¹⁾, R. Redondas Marrero⁽²⁾, J. Díaz Berenguer⁽²⁾, A. Cabeza Mora⁽²⁾, L. Jorge Monzón⁽¹⁾

⁽¹⁾Dirección, ⁽²⁾Área Técnica. Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria. Las Palmas

OBJETIVOS

Valoración del estratificador por grupos de morbilidad ajustada (GMA) como predictor de la incorporación de los pacientes a un programa de muy alta complejidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

La estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS propone establecer mecanismos de estratificación que permitan identificar a los pacientes para priorizar su atención según su nivel de complejidad. La Estrategia de Cronicidad del Servicio Canario de la Salud contempla a los pacientes crónicos de alta complejidad. En la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria hemos implementado un programa de atención integrada que incorpora a pacientes con una serie de características que los definen como de muy alta complejidad y que pasan a recibir una serie de servicios especiales.

Tipo de estudio: Evaluación del estratificador GMA como predictor de la inclusión de los pacientes en el programa de muy alta complejidad.

Muestra: población mayor de 14 años pertenecientes a 5 Zonas Básicas de Salud (ZBS) y 2 áreas hospitalarias. Variables: edad, sexo, ZBS, hospital, GMA, etiqueta de nivel, inclusión (o no) en programa de complejidad.

RESULTADOS

Analizamos 116478 sujetos mayores de 14 años, donde el 51,7% eran mujeres. Según el valor del GMA los pacientes estaban etiquetados según niveles de riesgo, donde el nivel rojo (0,5% de la muestra) representa el nivel de mayor complejidad.

Considerando el GMA como un predictor para entrar en el programa para pacientes de alta complejidad obtenemos los siguientes parámetros para el nivel rojo. Sensibilidad: 33,6% para mujeres y 42,6% para hombres. Especificidad: 99,8% en mujeres, 99,7% en hombres. Valor Predictivo Positivo: 48,39% en mujeres, 43,84% en hombres. Valor Predictivo Negativo: 99,41% en mujeres, 99,6% en hombres. Valor Predictivo Global: 99,18% en mujeres, 99,32% en hombres. Se detectaron diferencias por género y ZBS que no fueron sistemáticas.

Se confeccionó una curva ROC. El área bajo la curva fue de 0,95 lo que sitúa al GMA como un test apriorístico muy bueno.

CONCLUSIONES

El estratificador GMA es un buen estimador apriorístico para señalar los pacientes candidatos a participar en un programa de alta complejidad. Atendiendo al área bajo la curva ROC, el GMA podría considerarse un test muy bueno.

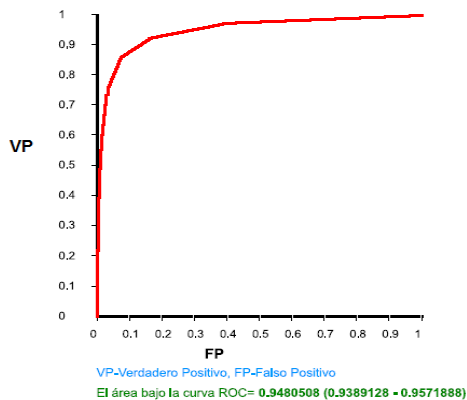
Mérida

7-8 de Marzo 2019
 Palacio de Congresos de Mérida
 Mérida (Badajoz)

Fig. 1. Curva ROC

Razón de verosimilitud de niveles específicos

Nivel	Razón	Límites de confianza
Nivel 1	0.04582	0.004436 - 0.4732
Nivel 2	0.222	0.06126 - 0.8047
Nivel 3	0.7035	0.2559 - 1.934
Nivel 4	2.578	1.436 - 4.629
Nivel 5	9.615	6.948 - 13.31
Level 6	15.9	10.01 - 25.26
Level 7	35.41	22.46 - 55.84
Level 8	67.19	37.6 - 120
Level 9	207.5	91.69 - 469.8
Level 10	315.5	105 - 947.9
Lével 11	212.5	35.4 - 1275
Level 12	684.7	85.4 - 5489



NM-17. PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO: NUEVO PARADIGMA DE LA ATENCIÓN PALIATIVA

I. Zamora Martínez⁽¹⁾, M. García Rodríguez⁽¹⁾, L. Hernández Alonso⁽¹⁾,
T. Bonmati Molina⁽²⁾, A. Pérez Bernabéu⁽¹⁾, J. Murcia Zaragoza⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna, ⁽²⁾Centro de Salud Bigastro. Hospital de la Agencia Valenciana de Salud Vega Baja. Orihuela (Alicante)

OBJETIVOS

Conocer el perfil clínico-asistencial de los pacientes paliativos (PP) incluidos en un plan de asistencia paliativa (PAP) de un departamento de salud y analizar sus diferencias en función de su trayectoria final de vida (TFV).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohorte retrospectivo incluimos a todos PP incluidos en el PAP durante el año 2018. Variable principal: Se diferencias tres TFV según el diagnóstico que motiva el ingreso del PP en el PAP: 1) Pacientes oncológicos (O): cuando se trata de enfermedad neoplásica avanzada: 2) fragilidad (F): cuando se trata de enfermedad neurodegenerativa y/o senectud y 3) fallo de órgano (FO): diagnóstico de situación de insuficiencia de órgano avanzada (insuficiencia cardíaca, respiratoria, renal o hepática). Variables explicativas: se analizaron variables sociodemográficas, clínicas, funcionalidad y asistenciales. Análisis de resultados programa estadístico SPSS19.0

RESULTADOS

Se incluyeron 735 pacientes. La distribución en función de TFV fue: O: 98(13,3%) pacientes; FO: 280(38%) pacientes y F: 357(48,5%) pacientes. Los pacientes TFV-F eran más ancianos (87±12 años frente a 80±14 y 75±19 grupo FO y PO, p<0,01), precisaron mayor número de valoraciones sociales (280(73,2%) frente a 32(24,6) en FO y 17(13,9%) en PO; p<0,01) e intervención por equipo de primaria (382(100%) frente a 25(19,2%) en FO y 33(27%) en PO; p<0,01. Los pacientes TFV-FO presentaron un mayor número de visitas a urgencias (130(100%) frente a 126(32,9%) en F y 50(40,9%) en PO, p<0.01) e ingresos hospitalarios en los últimos meses de vida (100(76,9%) frente a 122(31,9%) en F y 47(38,5%) en PO, p<0,01. Los pacientes con TFV-O: precisaron mayor número de intervención domiciliaria avanzadas (116(95%) frente a 135(35,3%) en F y 78(60%) en FO, p<0.01) y mayor tasa de mortalidad a los tres meses (90(73,7%) pacientes, p<0.01.

CONCLUSIONES

La TFV más prevalente entre los pacientes incluidos en el PAP fue la de fragilidad, seguida pacientes fallo de órgano y oncológico. Existen diferencias clínicas-asistenciales en función de la TFV que deben ser tenidas en cuenta a la inclusión de los pacientes en PAP.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

NM-18. ADMINISTRATIVA SANITARIA Y EL SEGUIMIENTO CRÓNICO

O. Bueno⁽¹⁾, M. Aliacar⁽¹⁾, E. Martínez⁽¹⁾, J. Esteban⁽¹⁾

⁽¹⁾CAP Vila Olímpica. Parc Sanitari Pere Virgili. Barcelona

OBJETIVOS

- Planificar la intervención proactiva al paciente crónico.
- Garantizar atención correcta a los pacientes con patología crónica.
- Fortalecer el trabajo multidisciplinar.
- Implicar al administrativo sanitario al seguimiento crónico.
- Mejorar los resultados de salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Material:

- Sistema de Información de los Servicios de AP.
- Indicadores de Calidad Asistencial . EQA.
- La Meva Salut . e_Salud.
- Programa material diabéticos

Métodos:

- Desde febrero del 2017 cada ciudadano tiene de referencia 1 Médico de FyC+1 Enfermera FyC +1 Adm. sanitario: Unidad Básica Asistencial 3 (UBA 3).

Se rediseña el equipo con nuevas funciones y con una visión más proactiva:

- Reuniones quincenales de UBA :elaboraron listados de pacientes crónicos, priorizar seguimiento proactivo de la patología crónica, valoración de indicadores de Calidad Asistencial.

Cada administrativo sanitario:

- Formaliza alta al programa online LMS a nuevos pacientes crónicos para tener HC, plan de medicación o conversaciones online con su MFyC o E FyC.
- Prevención Ola de Calor . Seguimiento telefónico.
- Campaña de la gripe población riesgo. Seguimiento telefónico.
- Seguimiento de material diabético a los pacientes DM2.
- Seguimiento telefónico paciente crónico y programación para visitas de control con MFyC y EFyC.

RESULTADOS

Cribaje del pie DM2 :(2016: 26,8%)(2018 :55,56%).

Control TA a paciente DM2: (2016: 73,52%)(2018 : 81,01%).

Verificar técnica inhaladores: (2016:41,74%)(2018: 86,41%) Vacunación Gripe población de Riesgo:(2017: 9,98 %)(2018:11,94 %) Prevención ola de calor población de riesgo: 2.178 contactos telef.

Altas e_salud (LMS):(2017:9,57%) (2018:11,96%). pob,31.143.

Identificación de Pacientes Crónicos Complejos : Dic 2017:190 Dic 2018: 330 Gestión material DM2: 2018: 450 pacientes con tiras reactivas.

CONCLUSIONES

En el 2017 se formaliza el trabajo en UBA3 y en el 2018 se ha mejorado el trabajo en equipo con sesiones formativas de cronicidad para los Administrativos Sanitarios y reservando espacios de reunión quincenales. Desde el equipo Directivo seguiremos trabajando para mejorar la visibilidad de la administrativa dentro el equipo de atención primaria. Desde que se calendarizan las reuniones UBA 3, han aumentado los resultados de salud del paciente crónico y los médicos y enfermeras han identificado más pacientes crónicos complejos, mejorando la detección precoz de las complicaciones de la cronicidad.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

NM-19. PRIMER AÑO DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

V. García de Viedma García⁽¹⁾, Y. Noguera⁽¹⁾, S. Gago⁽¹⁾, E. Madroñal Cerezo⁽²⁾,
M. Guerrero Santillán⁽²⁾, L. Velázquez Ríos⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina Interna, ⁽²⁾Enfermería HaD. Hospital Universitario de Fuenlabrada.
Fuenlabrada (Madrid)

OBJETIVOS

La hospitalización a domicilio (HaD) es una alternativa asistencial del Área de Salud que consiste en un modelo organizativo capaz de dispensar cuidados médicos y de enfermería de rango hospitalario, tanto en calidad como en cantidad, a los pacientes en su domicilio, cuando ya no precisen de la infraestructura hospitalaria pero todavía precisen vigilancia activa y asistencia compleja.

Se trata de una alternativa consolidada a la hospitalización convencional y que se encuentra protocolizada a nivel nacional e internacional para diversas enfermedades.

Nuestro objetivo es identificar las características demográficas y clínicas de los pacientes ingresados en el primer año de funcionamiento de una unidad de HaD y valorar si supone una alternativa eficaz en pacientes crónicos complejos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisan la historia clínica electrónica de los pacientes ingresados en la Unidad de HaD del Hospital de Fuenlabrada desde enero a noviembre de 2018.

RESULTADOS

Se recogieron datos de 80 pacientes en dicho periodo. La Edad media fue 68,25 años (DS 15,51), la estancia media de 12,94 días (DS 8,96)59 de los pacientes recibieron antibiótico intravenoso domiciliario, ertapenem y ceftriaxona,; 42% y 35% respectivamente. Se obtuvo aislamiento microbiológico en 43 pacientes, siendo los gérmenes BLEE y los Gram Negativos sensibles los más frecuentes (32% y 39%) respectivamente. 43 de los pacientes provenían del servicio de Medicina Interna, 20 de la Unidad de manejo del paciente crónico complejo, 6 de Urgencias. El motivo de alta fue la curación en el 82,7% de los pacientes, 14,7% reingresaron en el hospital, siendo el motivo más frecuente la necesidad de un tratamiento no susceptible de administrar en domicilio. El 78,6% eran portadores de vía venosa periférica, el 17,3% un acceso venoso central de inserción periférica y un 4,1% una vía subcutánea.

CONCLUSIONES

La hospitalización a domicilio es una alternativa de la hospitalización a domicilio también para pacientes crónicos complejos los cuales se benefician en mayor medida de las múltiples complicaciones que pueden surgir durante un ingreso en la hospitalización convencional, con una alta tasa de curación desde el domicilio.

NM-20. REINGRESOS DE ALTAS PRECOCES DE LA URGENCIA DE UN HOSPITAL DE CRÓNICO. UN RETO ASISTENCIAL EN UN NUEVO MODELO ASISTENCIAL: HOSPITAL SANTA MARINA

P. García Peña⁽¹⁾, A. Gil Molet⁽¹⁾, R. Herrería Laherrán⁽¹⁾, A. Urigoitia Ugarte⁽¹⁾

⁽¹⁾Urgencias. Hospital Santa Marina. Bilbao (Vizcaya)

OBJETIVOS

Analizar la tasa de reingresos y la mortalidad de los pacientes que han sido trasladados desde la urgencia de un hospital de agudos y que, en lugar de ingresar en planta de hospitalización, son altas a domicilio desde el propio servicio de urgencias del Hospital Santa Marina.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de las historias clínicas de los pacientes que acudieron a la urgencia del hospital Santa Marina hasta el 31 de octubre de 2018 derivados de los servicios de urgencias de los hospitales de agudos, y que cursaron alta a domicilio con uso de la aplicación corporativa Osabide Global.

Se trata de un análisis descriptivo en el que hemos medido los siguientes parámetros: sexo, hospital de procedencia, días de estancia en evolución en la urgencia del hospital Santa Marina, número de pacientes que reingresan en menos de 72h, mortalidad a siete días, y mortalidad al cabo de treinta días.

RESULTADOS

Hemos analizado 230 pacientes, mayoritariamente mujeres, con una edad media de 86,74 años y con una estancia media en urgencias de 0,68 días. El porcentaje de reingresos al cabo de 72 horas ha sido de 9,56%, siendo nuestro hospital el centro reingresador en lugar del hospital de agudos en un 70% de los reingresos. La mortalidad al cabo de siete días ha sido inexistente, y la mortalidad al cabo de treinta días ha sido de 2.38%.

CONCLUSIONES

El porcentaje de reingresos ha sido algo superior al habitual en los servicios de urgencias, pero no hay datos específicos en la franja etaria del paciente que atendemos en nuestro centro y en pacientes pluripatológicos. Se ha conseguido una fidelización en el reingreso de los pacientes y la mortalidad al de siete días ha sido inexistente. El nuevo modelo asistencial genera eficiencia para el sistema, confort y seguridad para el paciente en la gestión de patología crónica, pluripatológica y paliativa. Tenemos limitaciones en la comparación con otros centros que limitan el bechmarking

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

NM-21. FRECUENTACIONES A URGENCIAS ANTES Y DESPUÉS DE INCLUSIÓN EN UNIDAD DE PACIENTE CRÓNICO DE ALTA COMPLEJIDAD

J. Medina García⁽¹⁾, A. Afonso Díaz⁽¹⁾, I. González Córcoles⁽²⁾, C. Moreno⁽²⁾,
M. Snopekova⁽¹⁾, T. Méndez Siliuto⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina Interna, ⁽²⁾Unidad de Continuidad de Cuidados. Complejo Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

OBJETIVOS

Comparar las frecuentaciones a Urgencias de un grupo de pacientes pluripatológicos previo y posterior a su inclusión en una Unidad de atención al Paciente Crónico de Alta Complejidad (UPCAC).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo a partir del CMDB y del registro de Historia Clínica Electrónica de los pacientes incluidos en el programa UPCAC entre noviembre de 2017 y noviembre de 2018

RESULTADOS

Se incluyen 120 registros. La Tabla 1 refleja la frecuentación media a Urgencias, pre- y post-inclusión en el programa así como el número de visitas en el período de estudio. El 87% de los pacientes experimenta una disminución del número de frecuentaciones a Urgencias tras ser incluido en el Programa (Figura 1).

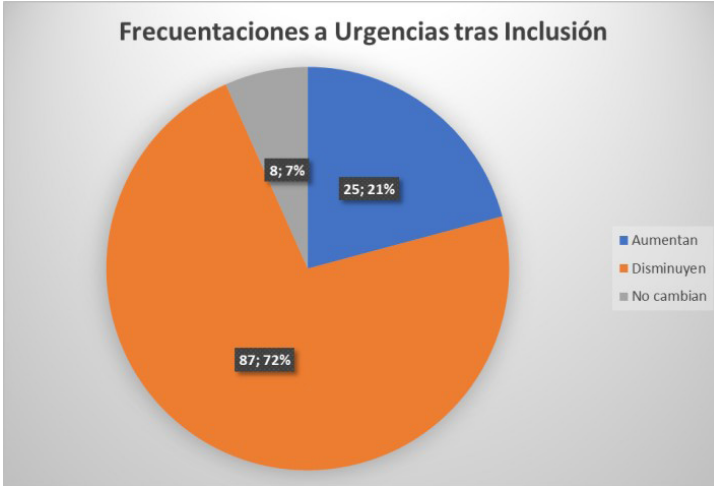
CONCLUSIONES

La inclusión de pacientes CAC desde AP en una Unidad Hospitalaria Ambulatoria de Atención a Pacientes Crónicos de Alta Complejidad puede reducir las frecuentaciones a Urgencias de estos pacientes.

Tabla 1. Variables Principales

	Media	Desv. Estándar
Frecuentaciones Pre-Marca	5,38	5,74
Visitas en Consulta	1,37	1,77
Visitas post-Marca	2,59	3,3

Fig. 1



Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

OTROS

O-01. EVALUACIÓN DE LA CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN AL INGRESO EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA

I. Casas Hidalgo⁽¹⁾, M. Valle Corpas⁽¹⁾, A. Rodríguez Delgado⁽¹⁾

⁽¹⁾Farmacia Hospitalaria. Hospital San Cecilio. Granada

OBJETIVOS

La conciliación de medicación es un proceso asistencial que minimiza los errores de medicación y reduce la morbilidad de los pacientes hospitalizados. Este procedimiento tiene la finalidad de identificar y resolver discrepancias de fármacos definidas como las diferencias entre la prescripción del tratamiento domiciliario y el tratamiento prescrito al ingreso.

El objetivo de este estudio es mostrar el número, tipo e importancia de las intervenciones farmacéuticas relacionadas con la conciliación de la medicación en pacientes hospitalizados en el servicio de Traumatología en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo realizado en el servicio de Traumatología desde marzo hasta septiembre de 2018. Todos los pacientes ingresados (en el servicio mencionado) de edad ≥ 65 años se incluyeron en el estudio.

La metodología empleada en el proceso de conciliación fue la siguiente: antes de las 24 horas desde el ingreso, el farmacéutico obtiene el tratamiento farmacológico domiciliario de cada paciente a través de una entrevista clínica con el enfermo o su cuidador. Esta medicación es comparada con el tratamiento prescrito en el hospital. Las discrepancias detectadas (en cuanto a: dosis, régimen posológico, vía de administración u omisión) son discutidas con el médico para determinar si están justificadas en relación a la situación clínica del paciente. Si las discrepancias son no justificadas, se realizan cambios en el tratamiento farmacológico.

RESULTADOS

203 pacientes (66% mujeres) fueron incluidas con una media de edad de 75,25 ($\pm 9,06$). El promedio de medicamentos por paciente fue 8,19 ($\pm 3,15$). 859 discrepancias fueron encontradas. Éstas fueron clasificadas como: omisión de la medicación =758 (96,19%), diferente régimen posológico o vía de administración=23 (2,91%), diferente medicación=4 (0,51%) y medicamento no indicado=3 (0,39%).

CONCLUSIONES

El elevado número de discrepancias no justificadas evidencia la realización del proceso de conciliación de la medicación al ingreso en el servicio de Traumatología. El porcentaje más elevado de discrepancias no intencionadas corresponden a omisión de la medicación. La aceptación de las intervenciones farmacéuticas en el servicio de Traumatología es clave para asegurarnos que los pacientes reciben su medicación domiciliaria durante la transición entre los diferentes niveles asistenciales.

O-02. INFLUENCIA DE LA CARGA ANTICOLINÉRGICA EN LA PRESENCIA DE DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA

C. Valencia Soto⁽¹⁾, J. Gutierrez Revilla⁽¹⁾, M. Oro Fernández⁽¹⁾,
F. Pérez Hernández⁽²⁾, A. Tejerina Puente⁽³⁾

⁽¹⁾Unidad de Centros Sociales Residenciales, ⁽²⁾Gestión Farmacéutica,

⁽³⁾Subdirección de Asistencia Sanitaria. Servicio Cántabro de Salud. Santander (Cantabria)

OBJETIVOS

La exposición crónica a fármacos anticolinérgicos se ha relacionado con un aumento del riesgo de deterioro cognitivo (DC) en pacientes de edad avanzada, pudiendo existir otros factores contribuyentes.

El objetivo fue analizar el grado de dependencia entre edad, sexo, número de principios activos (NPA) y carga anticolinérgica con la presencia de deterioro cognitivo en una población institucionalizada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal (agosto 2018) que incluyó pacientes de 3 centros sociales residenciales(CSR). Las variables recogidas fueron sexo, edad, índice de comorbilidad de Charlson (ICh), NPA, presencia de DC, presencia y valor de carga anticolinérgica(CA).

Para la identificación de CA se utilizó la escala Anticholinergic Cognitive Burden(ACB),considerándose CA elevada la puntuación ≥ 3 .

Se utilizaron la prueba Chi cuadrado de Pearson y la prueba exacta de Fischer para analizar la relación entre sexo, CA y CA elevada con la presencia de DC. Se estimó el riesgo mediante cálculo de Odds Ratio(OR).

La relación entre edad y NPA prescritos con la presencia de DC se estudió mediante la prueba de Mann- Whitney.

La significación estadística fue para un nivel de confianza del 95%($p < 0,05$).Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 19.

RESULTADOS

Se analizaron 367 pacientes. La edad media fue $87,1 \pm 7,45$ años, con 80%($n=295$) de mujeres. La mediana de NPA/paciente fue 8 (0-22).El valor medio de ICh fue $6,54 \pm 1,82$.

Se observó una relación estadísticamente significativa entre edad y presencia de DC($p=0,008$). No se encontraron diferencias según sexo ($p=0,753$) y grado de polimedicación ($p=0,9$)con presencia de DC.

Los pacientes con CA presentaron un riesgo mayor de presencia de DC (OR:1,28), sin diferencias significativas entre las variables ($p=0,29$). Sin embargo, al considerar CA elevada, el riesgo de presencia de DC fue 2,05 veces superior ($p=0,012$).

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

CONCLUSIONES

En nuestra población, el grado de polimedicación y el sexo no influyeron en la presencia de DC. Sin embargo, si hubo diferencias significativas con la edad entre ambas subpoblaciones. Se observaron diferencias entre CA y presencia de DC, siendo mayores en el subgrupo con CA elevada.

En pacientes de edad avanzada y con DC sería recomendable revisar periódicamente este grupo de fármacos para poner en marcha actuaciones que optimicen la terapia farmacológica.

O-03. CONSULTA MONOGRÁFICA DE DOLOR CRÓNICO DEPENDIENTE DE MEDICINA INTERNA. ¿QUE PODEMOS APORTAR?

L. Hernández Alonso⁽¹⁾, L. García Romero⁽¹⁾, M. García Rodríguez⁽¹⁾,
I. Zamora Martínez⁽¹⁾, A. Pérez Bernabeu⁽¹⁾, J. Murcia Zaragoza⁽¹⁾

⁽¹⁾*Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Agencia Valenciana de Salud Vega Baja. Orihuela (Alicante)*

OBJETIVOS

Describir los perfiles clínico-asistenciales de las personas con dolor crónico (DC) remitidos a una consulta monográfica de DC dependiente de medicina Interna (MI).

MATERIAL Y MÉTODOS

En febrero del 2017 se puso en marcha una consulta monográfica de DC dependiente de MI. Los objetivos fueron:

1. Llevar a cabo una valoración integral del paciente con DC desde el punto de vista de la MI.
2. Contribuir a la descongestión de otras unidades asistenciales que atienden a pacientes con DC.
3. Establecer protocolos de control de síntomas en pacientes con DC junto con atención primaria.

Los criterios de derivación fueron: la presencia de DC (duración > 6 meses), de intensidad moderada-severa (EVA ≥ 7), agotamiento de recursos diagnósticos-terapéuticos o bien necesidad de una valoración integral por parte de MI. Se analizan variables clínicas, asistenciales, comorbilidad y pluripatología.

RESULTADOS

Durante el año 2018 se han evaluado 704 pacientes, se detectó un predominio sexo femenino (89%), la media de 68,5 \pm 23 años. La procedencia de los pacientes fueron: consulta reumatología 264(3,5%), traumatología 210(29,8%), anestesia 95 (13,4%), rehabilitación 32 (4,5%), otras cirugías 25 (3,5%), primaria 56 (7,9%).

Síndrome doloroso por orden de frecuencia: lumbalgia 436(61,9%), dolor osteomuscular 402 (57,1%) y poliartalgias 365 (51,8%). Duración del dolor: 520 (73,8%) paciente presentan DC de más de 5 años evolución y 419 (59,5%) lo califican de intensidad moderada severa. El 100% de los pacientes habían sido valorados por ≥ 3 especialistas y un 78% por psiquiatría. La media de comorbilidades detectadas fue de 4,2 \pm 1,8, La prevalencia de pluripatología Y polifarmacia fue del 22% y 82% respectivamente. El 35% pacientes tomaban analgésico opioides mayores durante > 12 meses.

CONCLUSIONES

Los pacientes con dolor crónico se caracterizan por presentar una elevada carga asistencial, diagnóstico y terapéutica sin conseguir un adecuado control sintomático. Debe promoverse un cambio en el paradigma del tratamiento del dolor crónico que incluya tratamientos que impliquen al paciente como parte activa, limitar el exceso de técnicas diagnósticas e

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida

Mérida (Badajoz)

intervencionistas de baja evidencia, reconducir el tratamiento de los pacientes en el primer nivel asistencial. Nos toca decidir: seguir trabajando como lo estamos haciendo o atrevernos a cambiar siguiendo la evidencia.

O-04. PROYECTO ACORDMIN PARA DETERMINAR EL GRADO DE ACUERDO EN EL USO DE LOS ACOD SEGÚN EL PERFIL DE PACIENTES CON FANV EN MEDICINA INTERNA

J. Cepeda⁽¹⁾, F. Formiga⁽²⁾, L. Manzano⁽³⁾, J. Mostaza⁽⁴⁾, D. Sánchez⁽⁵⁾, C. Suarez⁽⁶⁾

⁽¹⁾Medicina Interna. Hospital Vega Baja. Orihuela (Alicante)

⁽²⁾Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

⁽³⁾Medicina Interna. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

⁽⁴⁾Medicina Interna. Hospital Carlos III. Madrid

⁽⁵⁾Medicina Interna. Complejo Asistencial de Avila. Ávila

⁽⁶⁾Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid

OBJETIVOS

Valorar los anticoagulantes de acción directa (ACOD) en relación a los perfiles del paciente con fibrilación auricular no valvular (FANV) en Medicina Interna, para personalizar su tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Proyecto avalado por la Sociedad Española de Medicina Interna. Constó de 2 etapas:

1. Revisión bibliográfica.
2. Proceso Delphi de 2 circulaciones.

RESULTADOS

41 Internistas expertos en la materia, de las 17 CCAA, seleccionados por el comité científico. Los ACOD presentan aval bibliográfico de alto nivel de evidencia, frente alguno de los perfiles seleccionados, siendo el grado de acuerdo (Delphi) de los expertos el siguiente:

- Edad avanzada: acuerdo en superioridad de los ACOD. Apixaban más respaldado.
- Insuficiencia renal: preferencia del ACOD.
- Ictus previo: se acepta que todos los ACOD, salvo rivaroxaban, superan a los otros anticoagulantes en ictus hemorrágico. La utilización de dabigatran y apixaban son más apoyadas.
- Alto riesgo trombótico: Se acepta que todos los ACOD, salvo edoxabán, superan a los otros anticoagulantes. Dabigatran y apixaban son más apoyadas. La dosis baja de endoxaban (30/15), no está autorizada.
- Alto riesgo de sangrado: cualquier ACOD, salvo rivaroxaban, es mejor, siendo apixaban el más apoyado.
- Cardiopatía: acuerdo en superioridad de los ACOD. Rivaroxaban y apixaban se consideran mejores que los otros anticoagulante en pacientes con síndrome coronario agudo y/o intervencionismo coronario percutáneo.
- Anemia y sangrado gastrointestinal. No hubo consistencia en superioridad de los ACOD.
- Antecedente de caídas: acuerdo en favor del ACOD. Apixaban y edoxaban parecen mejores.
- Polimedicado: acuerdo a favor de ACOD. Apixaban es el más apoyado.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

- Demencia: sin acuerdo en que condicione la elección del ACOD.
- Baja adherencia: tampoco existe acuerdo en la superioridad del ACOD.

CONCLUSIONES

En general se considera a los ACOD mejor alternativa que cualquier otra medida anticoagulante, si bien se diferencia entre unos y otros según el perfil del paciente.

Podría considerarse una limitación, el haber valorado los fármacos de forma general y no considerarse la variación de dosis de los mismos. Se entiende que se ajusta a cada situación clínica.

O-05. LA TELEMEDICINA EN EL HOSPITAL DE DÍA MÉDICO: PRIMEROS ANÁLISIS DE SU EFECTIVIDAD COMO HERRAMIENTA EN EL ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA

M. Latorre Marín⁽¹⁾, M. Ruiz Pombo⁽¹⁾, L. Martínez⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina Interna. Hospital Sant Rafael. Barcelona

OBJETIVOS

Analizar la efectividad de la telemedicina en un seguimiento convencional de hospital de día médico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio cuasi experimental prospectivo con un único grupo control pre-post intervención durante 6 meses de seguimiento de telemedicina junto al seguimiento en el hospital de día médico del Hospital San Rafael de Barcelona (En 2018-Jul. 2018).

Para el seguimiento con telemedicina se incluyeron 22 pacientes con Insuficiencia cardiaca (IC). Se excluyeron aquellos que no disponían de Smartphone. Los pacientes desde domicilio debían registrar peso, frecuencia cardiaca, tensión arterial y saturación de oxígeno en una app. Los resultados se transmiten a una estación central siendo analizados diariamente por enfermería especializada y médico internista.

RESULTADOS

Media de edad de 82 años. Hombres: 59% Mujeres: 41%.

Diagnóstico principal IC, asociado a anemia (50%), asociado a Déficit de hierro (23%). Test de Charlson: ≥ 3 (82% pacientes).

Test de Barthel: Media 90 (dependencia leve).

Test de Pfeiffer: 0-2 errores (sin deterioro cognitivo):91%, 3-4 errores (deterioro cognitivo leve): 9%.

Consumo de fármacos: ≥ 9 fármacos (68%), 5-8 (27%), 0-4 (5%).

Clase funcional NYHA: NYHA III (73%), NYHA II (27%).

Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI): preservada 68%; rango intermedio 23%, reducida 9%. Índice de filtrado glomerular IFG: ≤ 29 (1paciente), 30-59 (10 pacientes), ≥ 60 (11 pacientes).

Promedio proBnp: 3.701.

Escala europea de autocuidado en IC promedio: 26.

El perfil del responsable en introducir los datos en la app era en un 77% el cuidador principal, y en un 23% el mismo paciente.

Durante los 6 meses de seguimiento se consiguió un registro de datos superior al 50% en el 73% de los pacientes.

Al finalizar el estudio se observó un descenso en la media de la Escala de autocuidado en IC hasta 17 así como un descenso del 93.75% de ingresos, un 79% en estancia hospitalaria y 100% de consultas a urgencias.

Mérida

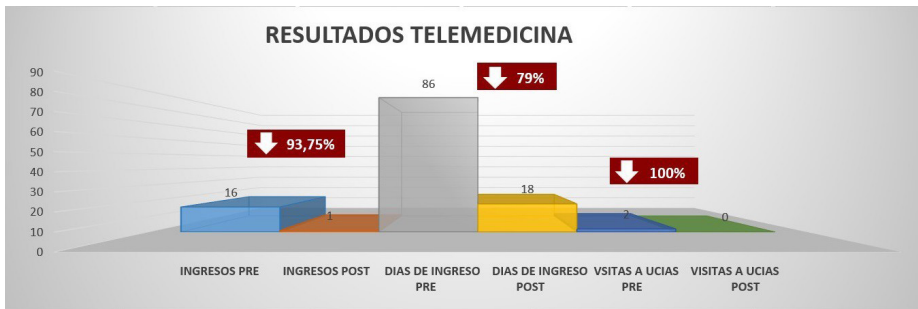
7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

CONCLUSIONES

La telemedicina en la insuficiencia cardiaca, junto un seguimiento estructurado en hospital de día médico, consiguió una buena aceptación y adherencia al programa, fomentando el autocuidado y contribuyendo a la reducción de utilización de recursos sanitarios.

Fig. 1



O-06. VALOR PRONÓSTICO DE LA GUÍA THE GOLD STANDARDS FRAMEWORK PROACTIVE IDENTIFICATION GUIDANCE (GSF PIG) PARA IDENTIFICAR PACIENTES CRÓNICOS CON NECESIDADES EN CUIDADOS PALIATIVOS

L. González Campos⁽¹⁾, B. Cristino Agudo⁽¹⁾, F. Gamboa Antiñolo⁽¹⁾
S. Vergara López⁽¹⁾, F. Mula Falcón⁽¹⁾

⁽¹⁾MINC. Hospital de El Tomillar. Dos Hermanas (Sevilla)

OBJETIVOS

En la práctica clínica habitual nos encontramos con dificultades para definir el momento en el cual un paciente con una enfermedad crónica avanza no oncológica se adentra en la etapa final. El pronóstico de la enfermedad tiene un papel muy importante en la toma de decisiones clínicas.

En este trabajo evaluamos la factibilidad de la guía PROACTIVE IDENTIFICATION GUIDANCE, con el objetivo de establecer el momento más adecuado de iniciar la terapia paliativa en pacientes crónicos avanzados y conocer su valor pronóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional prospectivo. En una muestra de pacientes hospitalizados se analiza el valor pronóstico a 3 y 6 meses de la guía GSF-PIG para conocer supervivencia. Esta guía se desarrolló para identificar pacientes con necesidades paliativas y ha sido recientemente revisada. Se hace un análisis de supervivencia y de las variables clínicas implicadas

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 76 pacientes, hospitalizados a lo largo de un mes, desde el 08/02/2018 hasta el 06/03/2018 todos ellos con una o más enfermedades crónicas (no oncológicas).

Durante el periodo de estudios fallecieron 34 de 76 pacientes (44.7%), entre 44 y 99 años.

En el análisis univariante comprobamos que 3 variables se relacionaban con el fallecimiento del paciente:

- Elección de no recibir más tratamiento activo.
- Albúmina sérica <25g/L.
- Enfermedad de la motoneurona.

En el análisis multivariante, ningún factor se relacionó de forma independiente con la mortalidad.

CONCLUSIONES

En la población estudiada con enfermedad crónica avanzada que se encuentra hospitalizada, esta guía ha mostrado ser útil para la identificación de paciente en situación de cuidados paliativos pero no es un medio adecuado para establecer su pronóstico.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

O-07. ESTRATIFICACIÓN POBLACIONAL EN UN ÁREA DE SALUD

P. Perez Martínez⁽¹⁾, E. Fernández Quijada⁽¹⁾, M. García Chicano⁽¹⁾,
A. Galera López⁽¹⁾, M. López Tornero⁽¹⁾, D. López Oliva⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia

OBJETIVOS

Analizar la distribución de la población por estratos de riesgo en un área de Salud y la distribución por grupos de morbilidad y sexo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Estudio descriptivo transversal. Ámbito de Atención Primaria (AP). Sujetos: población adscrita a un Área de Salud de 248.095 habitantes. Utilizamos el agrupador de Grupos de Morbilidad Ajustada (GMA) que toma datos de Asistencia Sanitaria Extrahospitalaria (DASE) y de CMBD.

Variables analizadas: habitantes sin patología crónica, de bajo, moderado y alto riesgo. Habitantes e estrato poblacional de alto riesgo que presentan enfermedades crónicas de 1 sistema, de 2-3 sistemas y de 4 o más sistemas y con neoplasia activa. Análisis estadístico mediante frecuencia absoluta, media, porcentaje y desviación estándar.

RESULTADOS

Los habitantes sin patología crónica relevante son 62.096 (25% del total). Los de bajo riesgo 149.012 (60.1%). Los de riesgo moderado son 27.151 habitantes (10.9%) y los de riesgo alto 9.836 habitantes que representa el 4%.

Analizando la población de alto riesgo nos encontramos que la enfermedades crónicas de 1 solo sistema lo presenta el 01% y con una distribución por sexos del 50%. Las enfermedades crónicas en 2 o 3 sistemas lo presentan el 2.8%, con una distribución por sexos del 63.45% para hombres y 36.6% para mujeres. Las enfermedades crónicas en 4 o más sistemas afectan al 78% con una distribución por sexos de 47.9% para hombres y 52.1% para mujeres. Y en cuanto a neoplasias activas lo presenta el 18.9% con una distribución para hombres del 56.8% y para mujeres 43.2%.

CONCLUSIONES

Las enfermedades crónicas representan un problema de salud de primera magnitud. La Estrategia Nacional de Abordaje de la Cronicidad del Ministerio de Sanidad establece como recomendación analizar y monitorizar mediante los sistemas de información, los determinantes que condicionan la aparición y evolución de las principales enfermedades crónicas.

La estratificación de la población en grupos de riesgo permite diseñar estrategias de intervención adaptadas a las necesidades de cada nivel de complejidad y especialmente en el Nivel de alta complejidad que es quien más necesidades requiere.

O-08. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA EN EL CRIBADO DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL EN POBLACIÓN DE RIESGO

C. Jimenez De Juan⁽¹⁾, R. Gámez Mancera⁽¹⁾, J. Lanseros Tenllado⁽¹⁾,
R. García Serrano⁽¹⁾, P. Jiménez Díaz⁽¹⁾, B. Bernabeu-Wittel⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

Evaluar la utilidad de la ecografía clínica a pie de cama en la detección de aneurisma de aorta abdominal (AAA) en pacientes de riesgo hospitalizados en áreas de Medicina Interna. Como objetivos específicos, estudiar la prevalencia de AAA y de dilatación subaneurismática y los factores de riesgo asociados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal observacional unicéntrico en el que se incluyeron pacientes hospitalizados en Medicina Interna del HUVR entre el 15/12/2016 y 30/03/2017. Los criterios de inclusión fueron: edad > 65 años y la presencia de algún FRCV. El tamaño muestral ha sido de 129 pacientes. Se realizó un análisis bivariado de los factores de riesgo asociados a AAA y aquellos asociados a una mala ventana ecográfica, estableciendo como dintel de significación estadística una $p < 0,05$.

RESULTADOS

La edad media fue $77,8 \pm 7$ años y el 62% fueron varones. Los FRCV y comorbilidades más frecuentes fueron sedentarismo (72%), HTA (79%), y cardiopatía (69,8%). La prevalencia encontrada fue de un 10,1% de AAA y un 13,2% de dilatación subaneurismática. El 77,3% de los aneurismas fueron infrarrenales. El 24% de las mujeres y el 35,8% de los hombres presentaron algún tipo de dilatación. En un 29,5% de los pacientes no se pudo llevar a cabo la medición de la aorta abdominal debido a mala visualización ecográfica (principal obstáculo la obesidad). Los factores de riesgo de presentar AAA con significación estadística en nuestra muestra han sido el IAM previo (0.036) y la ERC (0.02).

CONCLUSIONES

Como hallazgo principal del estudio, una prevalencia elevada de cualquier tipo de dilatación aneurismática, más de la esperada según lo publicado previamente. En un 33% de las mediciones encontramos algún tipo de alteración. Llama la atención que la diferencia de prevalencia entre hombres (35,8%) y mujeres (24,3%) no es tan marcada como se describe en la literatura. La principal limitación del estudio ha sido la imposibilidad de realización, por mala ventana ecográfica, de la prueba (29,5%). El principal factor relacionado ha sido la obesidad.

Como conclusión, dada la alta prevalencia encontrada en nuestro estudio, se podría decir que el cribado mediante ecografía supone una posibilidad futura para implementarse como método de prevención y seguimiento de esta patología.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

O-09. TRASTORNOS DEL SUEÑO Y OTROS SÍNTOMAS QUE AFECTAN A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

N. Durán Gómez⁽¹⁾, M. Cáceres León⁽¹⁾, J. Guerrero Martín⁽¹⁾, M. Nadal Delgado⁽²⁾, J. Calderón de la Encarnación⁽³⁾, D. Pérez Civantos⁽⁴⁾

⁽¹⁾Facultad de Medicina. Universidad de Extremadura. (Badajoz)

⁽²⁾Psicooncología, ⁽⁴⁾Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Infanta Cristina. Badajoz (Badajoz)

⁽³⁾Urgencias-UCI. Hospital General Santa María del Puerto. El Puerto de Santa María (Cádiz)

OBJETIVOS

Determinar la existencia de trastornos del sueño y otros síntomas en las mujeres con cáncer de mama que afecten de manera negativa en su CVRS.

MATERIAL Y MÉTODOS

Muestra: 60 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama con edades entre los 25-75 años que han sido o están siendo tratadas con quimioterapia. Instrumentos: Variables sociodemográficas y clínicas, Cuestionario de la Calidad del sueño (PSQI), Inventario de Depresión de Beck, Cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) EORTC QLQ-C30 . Procedimiento: Estudio observacional transversal para determinar la existencia de un clúster de síntomas que afecten a la CVRS de las pacientes con cáncer de mama.

RESULTADOS

La edad media de las pacientes fue de 53,38±10,84 años. Los datos clínicos se recogen en la tabla 1. El clúster de síntomas más prevalentes se muestran en la Figura 1. El Estado de Salud Global presenta una correlación inversa significativa ($p < 0,01$) con la calidad del sueño, la depresión, la fatiga, el dolor y el insomnio, es decir, al aumentar alguna de estas variables, disminuye la calidad de vida.

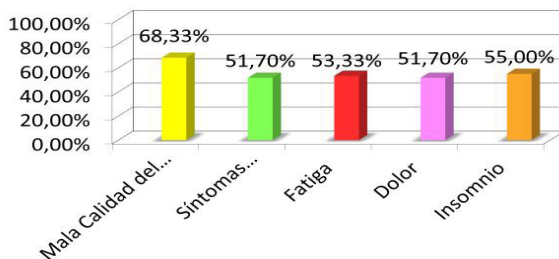
CONCLUSIONES

El perfil sociodemográfico es una mujer de 53 años, casada, de baja temporal o permanente, con estudios superiores y con responsabilidad al cuidado de ancianos. El perfil clínico se corresponde con una paciente diagnosticada recientemente, con un IMC > 25, es decir, presentan sobrepeso u obesidad, tratadas con QT seguidas de cirugía. Eran mujeres menopaúsicas y tenían síntomas depresivos. La mayoría presentan una mala calidad del sueño, es decir, son malas dormidoras y más de la mitad tienen insomnio. Respecto a la CVRS, las funciones más afectadas dentro de la "Escala Funcional" son la función física y la emocional. Dentro de la "Escala de Síntomas" los más prevalentes son el dolor, seguido de la fatiga y el insomnio. La CVRS se correlaciona significativamente de forma inversa con la calidad del sueño, la depresión, la fatiga, el dolor y el insomnio.

Tabla 1. Variables clínicas

VARIABLE	PORCENTAJE (n)
IMC	Normopeso: 35% (n=21), sobrepeso: 41,7% (n=25), obesidad: 23,3% (n=14)
Tratamiento previo	Cirugía: 71,7% (n=43), QT: 90% (n=54), RT: 58,3% (n=35), HT: 40% (n=24), IT: 40% (n=24)
Menopausia	No: 18,3% (n=11), si: 81,7% (n=49)
Fármacos	Ciclofosfamida: 53,3% (n=32), Taxotere: 53,3% (n=32), Prem. Taxanos: 46,7% (n=28)

Fig. 1. Porcentaje de síntomas presentes en pacientes con cáncer de mama



Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

O-11. WALKING TEST 6 MINUTOS. EXPERIENCIA EN HOSPITAL DE DÍA MÉDICO DEL HOSPITAL SANT RAFAEL

J. Via Ferrer⁽¹⁾, M. Ruiz Pombo⁽¹⁾, L. Martínez⁽¹⁾, C. Martorell⁽¹⁾

⁽¹⁾Hospital de día médico. Hospital Sant Rafael. Barcelona

OBJETIVOS

Evaluar el estado funcional en pacientes de edad avanzada afectados de IC y/o EPOC, valorados en Hospital de Día de nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseña un estudio observacional prospectivo en pacientes tratados en HDM de mayo a diciembre del 2018.

Se realiza la prueba de walking test en pacientes diagnosticados de IC y/o EPOC, efectuando toma de constantes antes, después y a los 5 minutos de finalizar, para evaluar y comparar el estado funcional antes y después de la estrategia terapéutica, registrando como uno de los datos principales los metros recorridos y aplicando posteriormente la fórmula de Trooster (para determinar si la distancia recorrida es comparable con la distancia que realizaría la mayoría de la población de su mismo grupo etario)

RESULTADOS

Durante este periodo de 8 meses se realiza walking test a 25 pacientes con una edad media de 81.7 años La prueba no pudo finalizarse en 7 pacientes (53.84%) diagnosticados con I.C. y en 2 pacientes (8,33%) diagnosticado de I.C. y EPOC.

Las causas por las que no pudieron acabar la prueba fueron en los pacientes con IC, por agotamiento en 3 casos (42.85%) y por disnea en 4 casos (57.14%) y en los pacientes con I.C. y EPOC 2 casos (8,33%) por agotamiento. La distancia media recorrida por los pacientes con I.C. fue de 233,46 metros con una media del 4,24% en el test de Trooster. Mientras que la distancia recorrida por los pacientes con I.C. y EPOC fue de 276,83 m. con un Trooster 2,40% de media.

CONCLUSIONES

En walking test realizado en el HDM se muestra como una herramienta útil, sencilla, objetiva y eficiente para la valoración del estado funcional de los pacientes sometidos a una estrategia terapéutica.

O-12. SÍNDROME APNEA-HIPOAPNEA DEL SUEÑO (SAHS) Y RIESGO CARDIOVASCULAR (RCV)

J. Arenas Alcaraz⁽¹⁾, O. García-Longoria López⁽¹⁾, S. Portillo Salazar⁽¹⁾
M. Paniagua Merchán⁽²⁾, Á. Alcaraz Pérez⁽³⁾, R. Aguilar Hernández⁽⁴⁾

⁽¹⁾Servicio Murciano de Salud. Centro de Salud Torre Pacheco Oeste. Torre Pacheco (Murcia)

⁽²⁾Servicio Murciano de Salud. Centro de Salud Virgen de la Caridad. Cartagena (Murcia)

⁽³⁾Servicio Murciano de Salud. Centro de Salud San Antón. Cartagena (Murcia)

⁽⁴⁾Servicio Murciano de Salud. Centro de Salud Pozo Estrecho. Pozo Estrecho. Cartagena (Murcia)

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia del SAHS en nuestra Zona Básica de Salud (ZBS):14280 pacientes mayores de 14 años, hasta octubre de 2017.

Valorar Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV) y Enfermedades Cardiovasculares (ECV) asociadas al SAHS.

Conocer el grado de SAHS.

Saber los tratamientos indicados a los pacientes con SAHS.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional transversal.

Población diana: Pacientes diagnosticados de SAHS en nuestra ZBS (N: 385).

La población muestral (n: 193), para un nivel de confianza del 95% y un e: 5% y p: 50%. La muestra se obtuvo por muestreo sistemático estratificado por cupos (1:2).

Variables: Edad, sexo, tabaco, Hipertensión Arterial (HTA), Insuficiencia Cardíaca (IC), Fibrilación Auricular (FA), Diabetes Mellitus (DM), Índice de masa corporal (IMC), dislipemia, alcohol, Cardiopatía Isquémica (CI), Accidente Cerebrovascular (ACV), grado de SAHS, tratamiento.

Tras la creación de la base de datos y recogida de éstos a través de la historia clínica de OMI-AP, se realizó el análisis estadístico por el programa SPSS.

RESULTADOS

Prevalencia puntual: 2,69%. Media de edad: 58,98 ± 13,444. Sexo: 32,6% mujeres, 67,4% hombres. Tabaco:

31,1%, no consta: 21,2%. HTA: 69,4%. IC: 7,3%. FA: 6,2%. DM: 36,3%. Obesidad: 71,5%; sobrepeso: 13,5%.

Dislipemia: 68,9%. Alcohol: 10,9%; no consta: 33,7%. CI: 13%. ACV: 5,7%.Grado de SAHS: Leve: 18,7%; Moderado: 22,3%; Severo: 48,2%; no consta: 10,9%. Tratamiento: Medidas Higiénico-Dietéticas (MHD):21,8%; Medidas ventilatorias: 78,2%.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

Se hallaron evidencias estadísticamente significativas de existencia de asociación entre grado de SAHS e HTA ($p=0,007$) y tratamiento ($p<0,001$). También entre tabaco e HTA ($p=0,011$), y alcohol ($p<0,001$), DM ($p=0,006$), dislipemia ($p=0,003$). Entre sexo y alcohol ($p=0,008$), DM ($p=0,022$). Entre DM y alcohol ($p<0,001$), dislipemia ($p=0,029$), e HTA ($p<0,001$). Entre HTA y Dislipemia ($p=0,003$). Entre CI y tratamiento SAHS ($p=0,021$). Entre variable cuantitativa Edad e HTA ($p<0,001$), IC ($p<0,001$), FA ($p<0,001$), CI ($p=0,013$).

CONCLUSIONES

El SAHS cada vez es más prevalente, infradiagnosticado, relacionado con varias patologías y FRCV. Importante seguimiento crónico para disminuir RCV.

O-13. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 75 A 84 AÑOS DE UN CENTRO DE SALUD URBANO EXCLUIDA PARA PARTICIPAR EN UN PROGRAMA DE EJERCICIOS DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS POR PRESENTAR PATOLOGÍAS CRÓNICAS

M. García Chicano⁽¹⁾, I. Saura García⁽¹⁾, P. Alcázar Artero⁽¹⁾, C. Barrios Vara⁽¹⁾,
M. López Tornero⁽¹⁾, E. Fernández Quijada⁽¹⁾

⁽¹⁾C.S. Vistalegre- La Flota. Murcia

OBJETIVOS

Conocer los motivos de exclusión según historia clínica informatizada que imposibilitan la participación en un programa de ejercicios de prevención de caídas para personas comprendidas entre 75 y 84 años de un centro de salud urbano y así poder planificar estrategias de intervención.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal en un centro de salud urbano de un grupo poblacional comprendido entre 75 y 84 años de 1328 pacientes. Base de datos obtenida a partir de los registros de la historia clínica electrónica de Atención Primaria.

Variables estudiadas: Edad, sexo, institucionalizado y/o inmovilizado, alteración de la marcha, patología cardiopulmonar que impide el ejercicio, deterioro cognitivo moderado-grave, neoplasia diagnosticada recientemente o en tratamiento activo, fracturas recientes que limitan el ejercicio, patologías con defectos visuales o auditivos importantes, previsión de cambio de domicilio en el próximo año, fuera de zona o no registro en historia y otros no clasificados como pendiente de intervención, diálisis, problema social...

Análisis estadístico mediante frecuencia absoluta, media y porcentaje.

RESULTADOS

Se excluyen del estudio 388 pacientes (29'21%), la media de edad es 79'08 ± SD 2'98 años, el 55'94% son mujeres. En cuanto a los motivos de exclusión se dividen en:

- Institucionalizado y/o inmovilizado 13'46%. Alteración de la marcha 23'22%.
- Patología cardiopulmonar 15'57%.
- Deterioro cognitivo 16'36%.
- Neoplasia 4'49%.
- Fracturas recientes 2'63%.
- Defecto audiovisual 6'86%.
- Cambio de domicilio, fuera de zona o no registros en historia 9'23%. Otros 7'91%.

CONCLUSIONES

El 40% de los excluidos es por inmovilización, alteración de la marcha y fracturas recientes, en muchas ocasiones secundarias a caídas. Medidas para fomentar un envejecimiento activo como herramienta para prevenir las caídas y la fragilidad del anciano son necesarias en nuestra sociedad.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida

Mérida (Badajoz)

Un 35% de los excluidos es por patología crónica (cardiovascular, deterioro cognitivo y neoplasias). Hay que valorar si la patología cardiopulmonar se podría evitar con un mejor control de factores de riesgo cardiovascular mediante un estilo de vida saludable y activo.

O-14. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES SEGUIDOS DURANTE 2018 EN CONSULTA MONOGRÁFICA DE PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO (PCC)

V. Gracia⁽¹⁾, P. Arcos⁽¹⁾, H. López⁽²⁾

⁽¹⁾Medicina Interna, ⁽²⁾ECA. Hospital del Tajo. Aranjuez (Madrid)

OBJETIVOS

Describir la complejidad de los PCC seguidos y valorados en la consulta de PCC de Medicina Interna dentro del PAI del paciente crónico complejo de la Comunidad de Madrid (CM).

MATERIAL Y MÉTODOS

Recogida sistemática de la actividad realizada durante el año 2018 y análisis descriptivo de los datos.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 422 consultas, relativas a 114 pacientes (3.87 consultas por paciente/año), con una edad media de 83.7 años. Se mantiene seguimiento en 65 (57%), de los no activos 23% se han dado de alta a Atención Primaria, el 15% han fallecido durante el seguimiento y un 5% se han perdido del seguimiento. El 91% viven en su domicilio. En cuanto a las patologías observadas según las condiciones crónicas descritas en los análisis del PAI de la CM los porcentajes observados han sido los siguientes: IC 64.92%, Diabetes 47.36%, EPOC 26.31%, HTA 90.35%, depresión 8.77%, VIH 0%, cardiopatía isquémica 37.71%, ACV 39.02%, enfermedad renal crónica (ERC) 73.68%, hepatopatía 0%, artrosis 41.22%, artritis 0%, demencia 13.15%, dolor 5.26%. Se han evaluado también las categorías anemia, que representa un 19.29% de los pacientes, y asma, que representa un 7.89%. Del total de 114 pacientes, el 39% (45) han sufrido una o más hospitalizaciones en 2018. Comparado con la muestra de PCC de la CM, se aprecian diferencias de prevalencia de las condiciones crónicas, respectivamente 34.21%, 44.74%, 26.43%, 80.55%, 27.39%, 1%, 28.4%, 21.9%, 25.13%, 8,73%, 6.31%, 58%, 13%, y 2.6%. Se puede apreciar la mayor complejidad de nuestra muestra con respecto a la global de la CM. Son pacientes con alta mortalidad y alto riesgo de hospitalización y que precisan un alto nivel de especialización para su adecuado manejo dentro del área de Medicina Interna.

CONCLUSIONES

En este sentido, unidades de Atención al PCC coordinadas con Atención Primaria son necesarias para valorar las diferentes complejidades dentro de los pacientes etiquetados como crónicos complejos, para reclasificar a los pacientes más complejos que pueden beneficiarse de atención dentro del hospital, y diferenciarlos de los menos complejos cuyo manejo deberá ser preferencial en Atención Primaria. Establecer circuitos de atención preferente para los pacientes más complejos es imprescindible dentro de los pacientes etiquetados como PCC.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

O-15. ADECUACIÓN DEL USO DE SACUBITRILLO-VALSARTÁN EN CONTEXTO REAL

R. Gázquez-Pérez⁽¹⁾, J. Sierra-Sánchez⁽¹⁾, C. Puivecino-Moreno⁽¹⁾,
Á. Alcalá-Soto⁽¹⁾, M. Leal-Macías⁽¹⁾, M. Gómez de Travededo Y Calvo⁽¹⁾

⁽¹⁾Farmacia. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera (Cádiz)

OBJETIVOS

Analizar uso y adecuación a protocolo de sacubitrilo-valsartán en un área de salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el protocolo de uso de sacubitrilo-valsartán de un área de salud de 450.000 habitantes se establecieron como condiciones de prescripción: pacientes con FEV₂≤35%, niveles elevados de BNP/pro-BNP, síntomas a pesar de tratamiento adecuado con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o antagonistas de receptores de angiotensina-II (ARA-II) en combinación con beta-bloqueantes y antagonistas de aldosterona. Se incluyeron recomendaciones de no utilización de fármacos contraindicados o no recomendados en insuficiencia cardíaca. La adecuación al protocolo fue analizada para los pacientes que iniciaron tratamiento con sacubitrilo- valsartán desde noviembre-2016, y para los que habían transcurrido≤6 meses desde el inicio. Adicionalmente se compararon con los datos del estudio PARADIGM-HF los siguientes resultados: proporción de pacientes que abandonaron el tratamiento en los primeros 6-12 meses, dosis media alcanzada y proporción de pacientes con dosis máxima alcanzada.

RESULTADOS

233 pacientes iniciaron tratamiento con sacubitrilo-valsartán desde noviembre-2016. Fueron incluidos en el análisis los 152 pacientes que tuvieron una duración de tratamiento≥6 meses (media=238±102 días). Un 19,7% de los pacientes suspendieron tratamiento en los primeros 6 meses y un 28,9% en los primeros 12 meses, en comparación con un 10% que abandonaban el tratamiento en los primeros 6-12 meses en el estudio PARADIGM- HF. Un 58,6% no utilizaron previamente beta-bloqueantes, y un 15,8% no usaron IECA/ARA-II previos. Un 54,6% recibieron previamente espironolactona o eplerenona. El 45% de pacientes habían recibido tratamiento con alguno de los fármacos con recomendación de no utilización, posteriormente al inicio con sacubitrilo- valsartán, siendo el grupo principal las glicinas. La dosis media utilizada en el estudio PARADIGM-HF fue de 375±71 mg/día; en nuestros pacientes la dosis alcanzada fue 214±123 mg/día, con un 30% de pacientes en dosis máxima.

CONCLUSIONES

El protocolo se incumplía en 4 de cada 10 pacientes, principalmente por no utilizar IECA o ARA-II previo, y en menor medida por no usar beta-bloqueantes. Las dosis alcanzadas resultan muy inferiores a las del estudio PARADIGM-HF, poniendo en riesgo la reproducibilidad de sus resultados. El uso de fármacos no recomendados debería valorarse con cautela, dada la especial fragilidad de la población.

O-16. PERFIL DE LOS PACIENTES CONSUMIDORES CRÓNICOS DE BENZODIACEPINAS E HIPNÓTICOS

C. García Jiménez⁽¹⁾, M. García Chicano⁽¹⁾, E. Fernández Quijada⁽¹⁾,
I. Sánchez López⁽²⁾, I. Saura García⁽¹⁾, P. Alcázar Artero⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia

⁽²⁾Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Rafael Méndez. Lorca (Murcia)

OBJETIVOS

Conocer las características de los pacientes consumidores crónicos de tranquilizantes (benzodiazepinas e hipnóticos).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron a todos los pacientes con consumo diario, y durante más de 6 meses, de fármacos de los grupos N05BA (benzodiazepinas) y N05CF (hipnóticos relacionados con benzodiazepinas) pertenecientes a un cupo médico de Atención Primaria de la Zona Básica de Salud de Vistalegre-La Flota y Santiago y Zairaiche de la ciudad de Murcia que consultaron en el período comprendido entre el 1 y el 31 de marzo de 2018, recogiendo datos sobre sexo, edad, fármaco, motivo o diagnóstico y polimedicación y llevando a cabo un diseño observacional descriptivo transversal. Se elaboró una hoja de recogida de datos y se analizaron mediante el cálculo de frecuencias con medidas de tendencia central y análisis de proporciones mediante el programa Excel.

RESULTADOS

665 pacientes fueron atendidos entre el 1 de marzo y el 31 de marzo de 2018, de los cuales un 7,7 % eran consumidores habituales de benzodiazepinas u otros hipnóticos relacionados. De estos, la proporción de mujeres consumidoras de hipnosedantes duplicaba al de hombres (68.6% mujeres y 31,4% hombres).

Por otro lado, más del 90% de los pacientes tenían más de 45 años (tan sólo un 9.8% tenían 45 años o menos) y más de la mitad, un 56,9%, tenían más de 65 años.

De los diagnósticos relacionados con el consumo, los trastornos afectivos con ansiedad (29,4%) sumados a los trastornos ansioso-depresivos (43,1%) constituyen la principal causa de consumo, con una prevalencia total del 72.5%. El insomnio (27,5%) es la tercera causa de consumo de benzodiazepinas.

En cuanto al principio activo más consumido, destaca el lorazepam con un 35,3%, siendo el flurazepam el menos consumido, con un 1,9%.

Finalmente, de los pacientes consumidores de hipnosedantes, más de la mitad, un 54,9%, son pacientes polimedcados.

CONCLUSIONES

El porcentaje de mujeres estudiadas dobla al de hombres y el consumo de benzodiazepinas aumenta con la edad. Por otro lado, el lorazepam es el principio activo más consumido. Finalmente, más de la mitad de los pacientes estudiados son polimedcados.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

O-17. ESTUDIO PILOTO DE LA ESCALA DE CONVIVENCIA CON UN PROCESO CRÓNICO (EC-PC) EN PACIENTES CRÓNICOS EN ESPAÑA

L. Ambrosio⁽¹⁾, N. Elizondo⁽²⁾, C. Morán del Pozo⁽³⁾, M. Ballesteros Gracia⁽⁴⁾,
C. Rodríguez-Blázquez⁽⁵⁾

⁽¹⁾*Facultad de Enfermería. Universidad de Navarra. (Navarra)*

⁽²⁾*Área de Cuidados Médicos, ⁽⁴⁾Unidad de Hospitalización de Hematología, Digestivo y Reumat. Hospital de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra)*

⁽³⁾*Unidad de Cuidados Especiales. Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela. Madrid*

⁽⁵⁾*Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid*

OBJETIVOS

Presentar los resultados del estudio piloto de la Escala de Convivencia con un Proceso Crónico (EC-PC) en pacientes con diversas enfermedades crónicas en España.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio multicéntrico, observacional y transversal, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, insuficiencia cardiaca crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y artrosis. Los pacientes cumplimentaron la EC-PC y un cuestionario ad hoc sobre el mismo. Se analizaron los datos sociodemográficas así como la viabilidad/aceptabilidad, consistencia interna y validez de constructo.

RESULTADOS

Se incluyeron 64 pacientes (16 pacientes con cada patología), de los cuales el 53% eran hombres, la edad media oscilaba entre 38 y 92 años, el 60% estaban casados y el 45% presentaba mínimamente estudio primarios.

Para la muestra total, la EC-PC mostró una buena viabilidad y aceptabilidad, sin datos faltantes. La consistencia interna fue satisfactoria. El coeficiente alfa de Cronbach alcanzó valores entre 0,64 y 0,76, y el índice de homogeneidad fue superior a 0,30 en todos los dominios de la escala. La validez interna fue aceptable, con valores que oscilaron entre 0,04 y 0,30. La validez de contenido fue excelente. Los pacientes describieron la escala como sencilla y útil.

CONCLUSIONES

Los resultados emergidos en este primer estudio de la EC-PC en diversos procesos crónicos, evidencian que es una medida breve, de fácil uso, fiable y válida. En la actualidad, la EC-PC es una escala de gran interés en el ámbito clínico ya que es la única medida disponible para conocer de manera individualizada cómo el paciente convive con su proceso crónico y prevenir posibles aspectos negativos del día a día con la enfermedad. Por tanto, tras este estudio piloto se puede proceder y resulta necesaria la validación de la EC-PC en pacientes con diversos procesos crónicos.

Financiación: El presente estudio está subvencionado por el Ministerio de Economía, Industria y Competitividad (referencia: CSO2017-82691-R).

O-18. MANERA DE PRESCRIBIR Y CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES QUE INGRESAN POR INSUFICIENCIA CARDIACA

J. Lanseros Tenllado⁽¹⁾, R. García Serrano⁽¹⁾, C. Jiménez De Juan⁽¹⁾,
P. Díaz Jiménez⁽¹⁾, R. Gámez Mancera⁽¹⁾, D. Nieto Martín⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

La prevalencia de la IC es elevada, continúa aumentando actualmente, fundamentalmente por dos factores: envejecimiento de la población e incremento de las enfermedades y factores de riesgo cardiovasculares. Afecta al 10% de la población >65 años, supone una gran proporción de los ingresos en Medicina Interna y genera en España un coste en torno al 2% del gasto sanitario total. Describir las características de los pacientes que ingresan por ICC en un servicio de medicina interna de un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohortes descriptivo. Se incluyeron aleatoriamente 100 pacientes de una cohorte de 823 que ingresaron en el servicio de MI de un hospital de tercer nivel, durante un semestre por IC descompensada. Se analizaron variables asistenciales, clínicas, funcionales, farmacológicas y de mortalidad durante el ingreso y tras el alta. Se realizó seguimiento hasta los 6 meses.

CONCLUSIONES

El 64% presentaban una FE>50%,6% <35% y 10% valor intermedio.94.8% de polifarmacia. Resultados esperables debido al perfil epidemiológico/etiológico de nuestros pacientes. La causa aislada más frecuente es la cardiopatía hipertensiva, seguida de isquémica y valvular. Congruente con la alta prevalencia de mujeres. La causa más frecuente fue la mixta, lo cual se explica por las características de los pacientes pluripatológicos, múltiples comorbilidades que resultan en diversos factores de riesgo para desarrollar IC. Los resultados con respecto al tratamiento son dispares, en cuanto a su correspondencia con las guías. El grupo más usado son los diuréticos. Llama la atención que solo un 13,5% usa ARM, por tanto solo un 13% de los pacientes los usan los 3 fármacos recomendados de primera línea. Ninguno de nuestros pacientes tomaba ivabradina. Esto puede ser explicado por el tipo de pacientes que ingresan en nuestro servicio, en fase muy avanzada de la enfermedad y pluripatológicos, lo que dificulta su manejo y el uso de determinados fármacos, como pueden ser los ARM. Por otro lado, el bajo porcentaje de pacientes con FE<50%, dificulta el manejo terapéutico dada la ausencia de fármacos que hayan demostrado eficacia. Es concordante con el perfil de paciente encontrado que el fármaco más usado sea el diurético, como control de los síntomas congestivos.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

O-19. LA INTERCONSULTA NO PRESENCIAL COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LA COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA

M. Martín-Delgado⁽¹⁾, J. Calvo Marcos⁽²⁾, M. Hernández Palacios⁽³⁾,
M. Guzmán Fernández⁽¹⁾, V. Olmedo Vega⁽⁴⁾, L. Salvador Sánchez⁽¹⁾

⁽¹⁾*Servicio de Coord. Asistencial, Sociosanit. y Salud Mental*, ⁽³⁾*Servicio de Sistemas de Información y Resultados en Salud. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Valladolid*

⁽²⁾*Dirección técnica de acceso a los servicios sociales. Gerencia Servicios Sociales de Castilla y León. Valladolid*

⁽⁴⁾*Trabajadora social HCUV. Hospital Clínico Universitario de Valladolid*

OBJETIVOS

Mejorar la continuidad asistencial entre los diferentes niveles y ámbitos asistenciales sanitario y social. Facilitar la accesibilidad y evitar desplazamientos innecesarios a los usuarios.

MATERIAL Y MÉTODOS

La Interconsulta entre profesionales de diferentes niveles y ámbitos de atención social y sanitaria, es un subproyecto transversal incluido en el proyecto de Compra Pública de Innovación “Plataforma de Atención Sociosanitaria a Pacientes Crónicos y personas en situación de Dependencia” de Castilla y León, cofinanciado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional.

Para su desarrollo se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar formado por profesionales de la Gerencia Regional de Salud y Gerencia de Servicios Sociales con diferentes perfiles (funcionales y técnicos, profesionales asistenciales y de Servicios de Admisión y Documentación Clínica) junto a profesionales de la empresa adjudicataria.

La metodología de trabajo se ha basado en reuniones presenciales y audioconferencias, donde se ha analizado el estado del arte a nivel internacional y han desarrollado componentes y servicios innovadores que se someterán a prueba dentro de un plan de experimentación. Se ha utilizado Sharepoint y correo electrónico para compartir y validar los documentos generados.

RESULTADOS

Se ha definido el proceso de Interconsulta entre profesionales diferenciando tres modalidades: interconsulta entre profesionales de Sanidad, entre profesionales de Servicios Sociales y entre profesionales de Sanidad y Servicios Sociales.

Se está diseñando un módulo transversal de interconsulta que puede activarse de forma transparente desde los escritorios de trabajo habituales de los profesionales, pudiendo iniciar una interconsulta con diferentes profesionales implicados en la atención de la persona. Se van a incorporar elementos innovadores como notificaciones, alertas y automatismos que faciliten la comunicación entre profesionales, a través de las diferentes aplicaciones informáticas implicadas.

CONCLUSIONES

La utilización de nuevas aplicaciones informáticas y la adaptación de las existentes para facilitar el acceso a la información necesaria para la atención de la persona desde los diferentes niveles y ámbitos asistenciales, junto con las modificaciones organizativas necesarias permitirán mejorar la continuidad asistencial y la accesibilidad a los servicios sanitarios y sociales para los pacientes crónicos y personas en situación de dependencia.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

O-20. ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DIABÉTICOS

B. Perez Martínez⁽¹⁾, P. Perez Martínez⁽²⁾, P. Perez López⁽²⁾

⁽¹⁾*Cardiología. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena (Murcia)*

⁽²⁾*Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia*

OBJETIVOS

Analizar el grado de control de los Factores de riesgo cardiovascular (FRCV) de los pacientes diabéticos de un Área de Salud. Conocer prevalencia e incidencia de las enfermedades cardiovasculares de nuestros pacientes diabéticos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Estudio descriptivo transversal. Ámbito de Atención Primaria (AP). Sujetos: población diabética adscrita a un Área de Salud de 257.000 habitantes. Variables analizadas: prevalencia de diabetes, grado de control glucémico, control tensional, control lipídico, control función renal, daño renal, hábito tabáquico, obesidad, presencia de enfermedad coronaria, presencia de enfermedad cerebrovascular. Obtención de datos: explotación de la historia clínica electrónica de AP. Análisis estadístico mediante frecuencia absoluta, media, porcentaje y desviación estándar.

RESULTADOS

Tenemos una prevalencia de diabetes en nuestra Área del 8.17%. Diabéticos con control de hemoglobina glicosilada <7% un 31.40%. Los diabéticos con tensión arterial adecuada es del 25.08%. Diabéticos con LDL- colesterol adecuado 53.55%. Diabéticos con función renal adecuada 84.50%. Diabéticos sin daño renal 64.92%. Diabéticos fumadores 13.90%. Diabéticos obesos 47.43%. Prevalencia de enfermedad coronaria en diabéticos del 12.32%, con una incidencia de 0.42%. Prevalencia de enfermedad cerebrovascular en diabéticos del 8.80%, con una incidencia del 0.29%

CONCLUSIONES

Las enfermedades crónicas representan un problema de salud de primera magnitud. La Estrategia Nacional de Abordaje de la Cronicidad del Ministerio de Sanidad establece como recomendación analizar y monitorizar mediante los sistemas de información, los determinantes que condicionan la aparición y evolución de las principales enfermedades crónicas entre las que se encuentra la Diabetes. En nuestro estudio encontramos una prevalencia baja respecto a lo indicado en la bibliografía. El grado de control de los FRCV en población diabética está lejos de ser satisfactoria. La diabetes tiene una relación directa con la aparición de enfermedad cardiovascular. Los datos encontrados nos permiten planificar intervenciones para un mejor control de los pacientes diabéticos.

LA SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

PG-01. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN PREVALENCIA Y GRADO DE CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

B. Perez Martínez⁽¹⁾, P. Perez Martínez⁽²⁾, P. Perez López⁽²⁾

⁽¹⁾Cardiología. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena (Murcia)

⁽²⁾Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia

OBJETIVOS

Analizar los Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV) de la población adscrita a un centro de salud, diferenciando entre sexos. Analizar las prevalencias de FRCV y su grado de control.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo trasversal de base poblacional de un centro de salud urbano de 24936 habitantes mayores de 14 años, de los que 11672 son hombres y 13263 mujeres. Base de datos obtenida a partir de los registros de la historia clínica electrónica de Atención Primaria. Variables estudiadas: valoración de riesgo cardiovascular (RCV), prevalencia y grado de control de HTA, diabetes, hipercolesterolemia, obesidad y tabaquismo. Las variables se analizan mediante frecuencia absoluta, media y desviación estándar y comparación de medias.

RESULTADOS

El 53,4% de la población mayor de 14 años presenta determinación de RCV (45,7% de los hombres, 60,1% de las mujeres). Prevalencia de HTA es 16.9% (17,4% en hombres, 16.4% en mujeres). Presentan adecuado control de la HTA el 21.1% de nuestros pacientes (24.2% de los hombres y 17.8% de las mujeres). Prevalencia de diabetes 6.41% (7.66% en hombres, 5.31% en mujeres). Determinación de hemoglobina glicosilada (HbA1c) en el último año la presentan el 53.1% (55.8% en hombres, 49.6% en mujeres. Buen control de diabetes con HbA1c menor de 7% en el 36.6% (39.8% en hombres, 32.5% en mujeres). Prevalencia de hipercolesterolemia 19.1% (18.8% en hombres y 19.2% en mujeres). Cifras de colesterol <200mg/dl en el último control del 22.1% (24.1% en hombre, 20.2% en mujeres). Presentaban diagnóstico de obesidad el 5.9% (5.7% de los hombres, 6.1% de las mujeres). Tenemos identificados como fumadores al 7% de nuestra población (7.6% de los hombres, 6.4% de las mujeres), habiéndoles ofertado ayuda al 4.2% (4.5% de hombres y 3.9% de mujeres)

CONCLUSIONES

Tenemos unas prevalencias de FRCV bajas en relación a otros estudios, que puede ser debido a patología oculta no detectada, infraregistro o tratarse de población mayoritariamente joven. Es preciso implementar medidas que mejoren la detección y registro de FRCV. En general existe una menor prevalencia de FRCV en mujeres, pero un peor control de los mismos según las recomendaciones de la Guías de Práctica Clínica.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

SEGURIDAD DEL PACIENTE. RIESGOS EN LA TRANSICIÓN ASISTENCIAL

SP-01. ESTUDIO DE LA ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO AL INGRESO Y AL ALTA SEGÚN FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES DE MEDICINA INTERNA

Á. Lara Barea⁽¹⁾, P. Sánchez-Palencia Morillo⁽¹⁾, C. Hernández Moreno⁽¹⁾,
M. Galindo Cantillo⁽¹⁾, J. Carretero Gómez⁽²⁾, J. Arévalo Lorido⁽²⁾

⁽¹⁾Unidad de Docencia. Complejo Hospitalario Llerena-Zafra. Llerena (Badajoz)

⁽²⁾Medicina Interna. Hospital de Zafra. Zafra (Badajoz)

OBJETIVOS

Valorar la adecuación terapéutica al ingreso de los pacientes que padecen Enfermedad Renal Crónica (ERC) según cifras de Filtrado glomerular (eFGR), así como la adecuación terapéutica al alta.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Se seleccionaron de forma consecutiva todos los pacientes con ERC, estadio 2-5, que ingresan en planta de Medicina Interna entre los meses de mayo y octubre de 2018. Se excluyen los pacientes que ingresan por Insuficiencia renal aguda y aquellos que fallecieron. Se dividen los pacientes por estadios de ERC según eFGR: estadio 2: eFGR 60-89 ml/min/m²; estadio 3a eFGR 45-60 ml/min/m²; estadio 3b: eFGR 45-30 ml/min/m²; estadio 4: eFGR 15-30 ml/min/m² y estadio 5 <15 ml/min/m². Para analizar las variables cualitativas se utilizó el Test de Chi cuadrado y para las cuantitativas el test de Kruskal Wallis.

RESULTADOS

Se analizaron 279 pacientes, media edad 82.5+/- 8.8 años, varones 124 (44.4%). En estadio 2 se incluyen 8 pacientes (2.87%), en estadio 3a: 70 pacientes (25%), 3b: 117 pacientes (41.9%), estadio 4: 65 pacientes (23.3%) y estadio 5: 19 pacientes (6.81%). Por grupos de eFGR, no se obtuvieron diferencias significativas en las comorbilidades estudiadas (Tabla 1). Se obtuvieron diferencias significativas en los niveles de potasio al ingreso ($p < 0.005$) a medida que disminuye el eFGR. En la tabla 2 se muestra el ajuste de los fármacos analizados al ingreso y al alta. No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos por eFGR, salvo para los antibióticos que precisan ajuste por función renal en los cuales si existe una tendencia no significativa a ajustarlos durante el ingreso.

CONCLUSIONES

Entre los pacientes con ERC ingresados en planta de Medicina Interna la función renal no se tiene en cuenta a la hora de pautar el tratamiento durante el mismo salvo para los antibióticos en los que existe una tendencia no significativa a ajustarlos según eFGR. El ingreso hospitalario debería utilizarse para conciliar y optimizar el tratamiento del paciente crónico con multimorbilidad. Sin embargo, en nuestros pacientes, al alta no se ajustó de forma significativa ninguno de los fármacos estudiados, como los antidiabéticos orales, la insulina, la espirolactona o los antihipertensivos.

Tabla 1. Variables demográficas y analíticas por grupos de Filtrado Glomerular (eGFR)

Variable	Estadio 2 (60-89 ml/min/m ²)	Estadio 3a (45-60 ml/min/m ²)	Estadio 3b (30-45 ml/min/m ²)	Estadio 4 (15-30 ml/min/m ²)	Estadio 5 (<15 ml/min/m ²)	p
N	8	70	117	65	19	
Edad	82.2±3.8	81.8±9.3	83.1±/-8	82±/-9.5	83.4±/-9.8	0.9
Sexo (V)	2 (25%)	31 (44.3%)	53 (45.3%)	30 (46.1%)	8 (42.1%)	0.8
HTA	8 (100%)	60 (87.2%)	102 (85.7%)	59 (90.7%)	19 (100%)	0.32
DM2	4 (50%)	26 (37.1%)	52 (44.4%)	35 (53.8%)	8 (42.1%)	0.4
Dislipemia	6 (75%)	36 (51.4%)	57 (48.7%)	40 (61.5%)	8 (42.1%)	0.25
FA	2 (25%)	19 (27.1%)	32 (27.3%)	17 (26.1%)	6 (31.6%)	0.99
ICC	4 (50%)	26 (37.1%)	40 (34.2%)	24 (36.9%)	8 (42.1%)	0.88
Índice Charlson	7.5±/2.3	7.0±/2.5	7.3±/2.2	7.2±/2.3	7.7±/1.6	0.72
eGFR ml/min/m ²	57.2±/7.9	50.9±/4.1	36.9±/4.8	22.7±/3.9	12.2±/2.1	0.00
Potasio meq/l	3.8±/0.4	4.3±/0.6	4.5±/0.5	4.6±/0.7	4.8±/1.2	0.05
Fármacos al ingreso	8.1±/5.6	5.4±/4.3	5.8±/3.7	6.2±/3.5	7.3±/5.2	0.2
Fármacos al alta	9.5±/7.2	5.9±/4.5	6.3±/3.9	6.5±/3.9	7.5±/5.4	0.49

DM2: Diabetes Mellitus tipo 2; eGFR: Filtrado glomerular; FA: Fibrilación auricular; ICC: Insuficiencia Cardíaca; HTA: Hipertensión arterial; V: varones. Los resultados se expresan en media y desviación típica para variables cuantitativas y en número absoluto y porcentaje para las variables cualitativas.

Tabla 2. Ajuste de fármacos al ingreso y al alta por grupos de Filtrado Glomerular (eGFR)

Variable	Estadio 2 (60-89 ml/min/m ²)	Estadio 3a (45-60 ml/min/m ²)	Estadio 3b (30-45 ml/min/m ²)	Estadio 4 (15-30 ml/min/m ²)	Estadio 5 (<15 ml/min/m ²)	p
N	8	70	117	65	19	
Antibióticos						
1	0 (0.0%)	13 (18.6%)	12 (10.3%)	6 (9.2%)	6 (31.6%)	
2	3 (37.5%)	23 (32.8%)	48 (41.4)	27 (41.5%)	5 (26.3%)	0.23
3	3 (37.5)	9 (12.8%)	23 (19.8%)	11 (16.9%)	2 (10.5%)	
4	2 (25%)	25 (35.7%)	33 (28.4%)	21 (32.3%)	6 (31.6%)	
AntiHTA	1 (12.5%)	28 (41.2%)	41 (35%)	20 (30.7%)	8 (42.1%)	0.4
HBPM	3 (37.5%)	18 (26.5%)	30 (25.9%)	13 (20%)	5 (26.3%)	0.79
Insulina	5 (62.5%)	41 (61.2%)	72 (62.1%)	28 (43.1%)	10 (52.6%)	0.13
Al alta						
IECAS	3 (37.5%)	14 (20.0%)	20 (17.1%)	10 (15.4%)	1 (5.26%)	0.3
Espironolactona	0 (0%)	8 (11.4%)	12 (10.3%)	10 (15.4%)	2 (10.5%)	0.7
Metformina	1 (12.5%)	15 (21.4%)	14 (11.9%)	12 (18.4%)	2 (10.5%)	0.4
Tiazidas	2 (25%)	13 (18.6%)	20 (17.1%)	13 (20%)	2 (10.5%)	0.8
iSGLT2	0 (0%)	1 (1.4%)	2 (1.7%)	2 (3.1%)	0 (0%)	0.88
UI Insulina al ingreso y alta	4±/1	17.4±/8.6	27.3±/21.1	40.5±/16.6	32±/28.3	0.08

Antibióticos: 1: se puntan, no necesitan ajuste; 2: no se puntan; 3: se puntan sin ajuste; 4: se ajustan.

AntiHTA: antihipertensivos; HBPM: heparina de bajo peso molecular; IECAS: inhibidores de la enzima convertidora de Angiotensina;

iSGLT2: inhibidores del cotransportador de Sodio/glucosa.

Los resultados se expresan en número absoluto y porcentaje para variables cualitativas.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

SP-02. ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL RIESGO ANTICOLINÉRGICO EN PACIENTES MAYORES PLURIPATOLÓGICOS. DIFERENCIAS ENTRE ESCALAS DE VALORACIÓN DE CARGA ANTICOLINÉRGICA

A. Tristancho Perez⁽¹⁾, M. López Malo⁽²⁾, S. Belda Rustarazo⁽³⁾, M. Santos Rubio⁽⁴⁾,
B. Santos Ramos⁽¹⁾, S. Sánchez Fidalgo⁽⁵⁾

⁽¹⁾Farmacia. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

⁽²⁾Farmacia. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

⁽³⁾Farmacia. Hospital San Cecilio. Granada

⁽⁴⁾Farmacia. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez. Huelva

⁽⁵⁾Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla. Sevilla

OBJETIVOS

Tomar múltiples fármacos con actividad anticolinérgica (AA) puede afectar negativamente al estado cognitivo y funcional. Hay escalas que valoran la carga anticolinérgica (CA) de los tratamientos (suma de la puntuación asignada a cada fármaco según su AA) asignándole un diferente riesgo anticolinérgico (RA). Este estudio evaluó las diferencias en las valoraciones del RA y su relación con el deterioro del estado cognitivo (DC) y funcional (DF), así como caídas en pacientes mayores pluripatológicos (PP).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico de PP mayores de 65 años. Se analizaron los cambios en el estado cognitivo y funcional, evaluados mediante los test de Pfeiffer y Barthel respectivamente, en un intervalo entre 3-15 meses, así como la existencia de caídas. Se consideró DC y DF cuando se aumentó 2 puntos o disminuyó 20 puntos en sus respectivos test. El RA se evaluó mediante la herramienta Anticholinergic Burden calculator (<http://www.anticholinergicscales.es/>), que contiene las diez escalas a evaluar. Inclusión: PP con al menos 1 fármaco con AA en cualquier escala durante mínimo la mitad del período. Exclusión: Alzheimer o demencia.

RESULTADOS

Se incluyeron 492 pacientes (Mediana edad 81 años (10,4 RIC), 297 mujeres (60,4%)). Mediana medicamentos crónicos: 11 (5 RIC). Mediana medicamentos con CA en cualquier escala: 2 (2 RIC).

Se identificaron 222 y 190 pacientes con DC (45,2%) y DF (38,7%) respectivamente. 87 pacientes (17,7%) registraron caídas.

Los pacientes identificados con RA alto según cada escala fueron: 266 pacientes en escala ABC (54,7%), 126 en DBI (25,9%), 91 en DURAN (18,7%), 85 en ACB (17,5%), 74 en ALS (15,2%), 74 en ADS (15,2%), 55 en

CrAS (11,3%), 44 en CHEW (9,0%), 42 en AAS (8,6%) y 21 en ARS (4,3%).

De los pacientes con DC, 160 (72,1%), DF, 144 (75,8%), y caídas, 61 (70,1%), tenían RA alto en al menos una escala.

CONCLUSIONES

Un alto porcentaje de PP mayores de 65 años que toman anticolinérgicos presenta cambios en DC y DF. Además hay una gran variabilidad entre las valoraciones de las escalas. Es necesario determinar qué escalas tienen mayor valor predictivo respecto al DC, DF y caídas en estos pacientes.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

SP-03. TRIGGER-CHRON: HERRAMIENTA DE SEÑALES ALERTANTES PARA DETECTAR EVENTOS ADVERSOS POR MEDICAMENTOS EN PACIENTES MAYORES CRÓNICOS CON MULTIMORBILIDAD

M. Toscano Guzmán⁽¹⁾, M. Galván Banqueri⁽²⁾, J. Martínez Sotelo⁽³⁾,
A. Guisado Gil⁽⁴⁾, P. Casajus Lagranja⁽⁵⁾, B. Santos Ramos⁽⁴⁾

⁽¹⁾Farmacia. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

⁽²⁾Farmacia. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla

⁽³⁾Farmacia. Hospital Comarcal de Inca.. Mallorca (Illes Balears)

⁽⁴⁾Farmacia. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

⁽⁵⁾Farmacia. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

OBJETIVOS

Desarrollar una lista de señales alertantes (SA) para detectar EAM en pacientes mayores crónicos con multimorbilidad (TRIGGER-CHRON).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico (12 hospitales). Se evaluó una lista inicial de 51 SA, elaborada mediante un método Delphi por un panel de expertos. En cada centro se incluyeron cinco pacientes semanales durante 12 semanas (20/03/17-11/06/17) seleccionados aleatoriamente de las altas de Medicina Interna o Geriátrica.

Con la lista inicial de SA se revisaron las historias clínicas para identificar posibles EAM. Los EAM se caracterizaron según su evitabilidad (cuestionario de Schumock y Thornton, adaptado por Otero et al) y aquellos que fueron evitables se clasificaron según la taxonomía de errores de medicamentos del Grupo Ruiz-Jarabo 2000. Se evaluó el valor predictivo positivo (VPP) de la lista completa y de cada SA. Para constituir el TRIGGER-CHRON se seleccionaron aquellas SA con VPP>5% (Singh et al).

RESULTADOS

Se revisaron 720 historias clínicas, 55,4% eran mujeres. La mediana de edad fue 83 años (rango: 65-102) y la mediana de medicamentos domiciliarios antes del ingreso fue de 8 (rango: 2-20). 178 pacientes (24,7%) habían sufrido 215 EAM. Un 55,3% (n=119) fueron EAM evitables. Los tipos de errores encontrados fueron: monitorización insuficiente del medicamento (38), dosis incorrecta (38), omisión de dosis o medicamento (23), medicamento inapropiado o erróneo (6), frecuencia errónea (3), otros tipos (13).

El VPP de la herramienta fue 19,6%. La herramienta definitiva TRIGGER-CHRON se elaboró con 32 SA divididas en 5 módulos:

- Cuidados: rash, nueva alergia, letargia o sobredosificación, hipotensión, transfusión o uso de hemoderivados, estreñimiento, reacción adversa registrada.
- Medicamentos y antidotos: administración de vitamina K, uso de antihistamínicos intravenosos, flumazenilo, naloxona, antieméticos, haloperidol, suspensión brusca de la medicación.

- Concentraciones plasmáticas: digoxina >2ng/mL, carbamazepina >12µg/mL.
- Parámetros analíticos: toxina de Clostridium difficile positiva en heces, glucosa <50mg/dL, glucemia >110mg/dL, INR >5, aumento del BUN o Cr mayor de dos veces los niveles basales, CLCr <35ml/min/1,73m², K >6mEq/L, K <2,9mEq/L, Na <130mEq/L, ALT >80U/L y AST >84U/L, FA >350U/L y bilirrubina total >4mg/dL, CPK >269U/L, TSH <0,34µUI/L y T4 >12µg/dL, HA1c >6% y glucocorticoides, leucocitos <3000/mm³.
- Urgencias: reingreso en urgencias en menos de 48 horas.

CONCLUSIONES

Los EAM son frecuentes y mayoritariamente evitables en pacientes mayores crónicos con multimorbilidad. El TRIGGER-CHRON ha mostrado ser una herramienta efectiva para detectarlos.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

SP-04. ERRORES DE CONCILIACIÓN EN LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES CRÓNICOS

A. Fernández Ruiz-Morón⁽¹⁾, C. Tallon Martínez⁽¹⁾, V. Puebla García⁽¹⁾,
R. Manzano Lorenzo⁽¹⁾, J. Martínez Sesmero⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Farmacia. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

OBJETIVOS

Evaluar los errores de conciliación (EC) detectados por el farmacéutico clínico durante la conciliación de la medicación (CM) dentro de un programa asistencial integrado de pacientes crónicos complejos con alto nivel de intervención

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizan los EC registrados en la CM al ingreso o alta de pacientes ingresados en unidades de hospitalización de enero a diciembre de 2018. Se excluyen pacientes no polimedcados (<5 medicamentos) o sin posibilidad de realizar entrevista al paciente/cuidador y por tanto completar el proceso de CM. Los EC se identifican y clasifican según el "Documento de consenso en terminología y clasificación en conciliación de la medicación" elaborado por Sociedad Española de Farmacéuticos de Hospital.

RESULTADOS

Se analizan 111 pacientes (47% mujeres). La mediana de edad: 83,4 años (48-96).

Los 111 pacientes generan 138 ingresos o episodios: 13 pacientes tienen 2 ingresos, 3 pacientes 3 ingresos, y dos pacientes sufren 4 y 5 ingresos.

El promedio de medicamentos prescritos al ingreso: 12,7(5-24). Se identifican 198 EC. Aceptadas 181(91,4%).

Distribución de EC por episodio (nº EC/nº episodios): 0/46; 1/34; 2/31; 3/14; 4/7; 5/3; 6/3. En 66,6% de los episodios se detecta al menos un EC.

Clasificación de los 198 EC: Omisión de un tratamiento(66). Diferente dosis, vía o frecuencia de administración (89). Prescripción incompleta (9). Medicamento inadecuado(11). Inicio de medicación (discrepancia de comisión) (17).

Grupos terapéuticos de los medicamentos mayormente implicados: Sistema cardiovascular (33,8%): Inhibidores HMGCoA reductasa (14), Sistema Renina Angiotensina (13), Diuréticos (12), Beta-bloqueantes (10). Sistema

Nervioso (20,2%): Analgésicos (10), psicolepticos (10), psicoanalepticos (10). Sistema digestivo y metabolismo (10,1%): Inhibidores de la bomba de protones (10).

CONCLUSIONES

El porcentaje de pacientes con al menos un EC, es acorde a otros estudios de CM (30-70%).

Al igual que en otros estudios, los EC más frecuentes son los de omisión, seguido de cambio de dosis, vía o frecuencia de administración. En algún estudio de CM en España, muestra un porcentaje superior, quizá debido a la población incluida. En este estudio son incluidos únicamente pacientes crónicos dentro de un programa de atención multidisciplinar, lo que puede hacer que haya mejor coordinación y transición de la información.

SP-05. EVENTOS ADVERSOS PROVOCADOS POR MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN PACIENTES CRÓNICOS CON MULTIMORBILIDAD

M. Toscano Guzmán⁽¹⁾, M. Galván Banqueri⁽²⁾, N. Garin Escriva⁽³⁾,
M. Mauriz Montero⁽⁴⁾, V. Saavedra Quiros⁽⁵⁾, M. Otero López⁽⁶⁾

⁽¹⁾Farmacia. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

⁽²⁾Farmacia. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla

⁽³⁾Farmacia. Hospital de Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

⁽⁴⁾Farmacia. Hospital Juan Canalejo. A Coruña

⁽⁵⁾Farmacia. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Majadahonda (Madrid)

⁽⁶⁾Farmacia. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca

OBJETIVOS

Identificar y cuantificar qué eventos adversos a medicamentos (EAM) están provocados por fármacos incluidos en la lista MARC (medicamentos de alto riesgo en pacientes crónicos) en pacientes mayores crónicos y con multimorbilidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico (12 hospitales). Se evaluó una lista de 51 señales alertantes (SA), elaborada mediante un método Delphi por un panel de expertos. En cada centro se incluyeron cinco pacientes semanales durante 12 semanas (20/03/17-11/06/17) seleccionados aleatoriamente de las altas de Medicina Interna o Geriátrica.

Con la lista inicial de SA se revisaron las historias clínicas para identificar posibles EAM. Posteriormente se revisó la lista MARC y se comprobó cuál de los EAM estaba provocado por un medicamento incluido en dicha lista. En aquellos casos, en los que el EAM estaba provocado por más de un medicamento, se incluyó el EAM, si al menos uno de los medicamentos estaba en la lista MARC.

Los EAM se caracterizaron según la gravedad (clasificación del NCCMERP) y evitabilidad (cuestionario de Schumock y Thornton, adaptado por Otero et al).

RESULTADOS

Se revisaron 720 historias clínicas. Se detectaron 215 EAM; estando 158 eventos adversos (73,5%) provocados al menos por un medicamento incluido en la lista MARC. Estos 158 EAM se detectaron en 139 pacientes.

Respecto a la evitabilidad de los EAM 94 (59,5%) fueron evitables y 64 (40,5%) no evitables. Mientras que la gravedad de los EAM detectados fueron la mayoría grado E (85,4% n=135) y un 13,3% fueron de grado F (n=21), mientras que sólo se detectó 1 EAM de grado G y otro de grado H.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

La distribución fue la siguiente:

- Por grupo terapéutico: corticoides (n=38 EAM), diuréticos del asa (30), opioides (26), anticoagulantes (21), antipsicóticos (14), antiagregantes (7), benzodiazepinas y análogos (7), insulinas (5), beta-bloqueantes (3), hipoglucemiantes orales (2), antiepilépticos de estrecho margen terapéutico (1), antiinflamatorios no esteroideos (1), inmunosupresores (1).
- Por medicamentos específicos: espironolactona (9), digoxina (1).

CONCLUSIONES

Los EAM en pacientes mayores crónicos y con multimorbilidad son frecuentes y principalmente de carácter leve, siendo mayoritariamente provocados por medicamentos incluidos en la lista MARC, por lo que es necesario buscar estrategias que prevengan estos EAM.

SP-06. ¿CONOCES ESTOS DISPOSITIVOS DE INHALACIÓN?

J. Constán Rodríguez⁽¹⁾, A. Benavente Fernández⁽¹⁾, M. Martínez-Delgado⁽²⁾,
C. Arranz Solana⁽¹⁾, J. Martínez Bordonado⁽¹⁾, E. Pérez Luna⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina Interna. Hospital San Cecilio. Granada

⁽²⁾Medicina Interna. Sanatorio Doctor Gálvez. Málaga

OBJETIVOS

Conocer cuál es el nivel de conocimientos del personal sanitario en la identificación de inhaladores que se usan en la práctica clínica habitual para el tratamiento de la EPOC de forma visual sin entrar en el manejo de cada uno.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal de tipo encuesta el día 28/5/2018, se remitió a los distintos profesionales de forma telemática, estaba compuesto por 10 ítems.

Participaron especialistas de Medicina Interna, Neumología, Cardiología, Alergología, Medicina Familiar y Comunitaria y Médicos Internos residentes por considerarlos conocedores de los dispositivos de inhalación siendo el grupo objeto de estudio.

Y en contraposición, también participaron especialistas que no manejaban habitualmente la terapia inhalada: ORL, Pediatría, Cuidados Intensivos, Endocrinología, Traumatología, Enfermería y Otros no clasificados, que se consideraron como grupo control.

RESULTADOS

Se contestaron 100 encuestas, de las que 96 fueron válidas, correspondiendo 70 encuestas al grupo objeto de estudio y 26 al grupo control. La participación mayoritaria fue de Medicina Interna 45.6% y Medicina Familiar y Comunitaria 27.8%.

Ninguna respuesta estuvo por debajo del 70%.

Se compararon los resultados obtenidos por internistas y médicos de familia estratificados por los años de experiencia (Fig.2)

Y la nota media del test según pertenezcan al grupo de estudio (manejan inhaladores habitualmente) o al grupo control. (Fig.3)

CONCLUSIONES

Los inhaladores más antiguos, como el cartucho presurizado y el accuhaler[®] son los más conocidos por los profesionales sanitarios (fig.1)

Los profesionales entre 10 y 20 años de experiencia, tienen mayor conocimiento sobre los inhaladores que el resto de grupos.

Los jóvenes internistas con experiencia de 5 a 10 años de experiencia tienen un porcentaje de aciertos 62.5%, por debajo de la media, por lo que consideramos puede ser un grupo en el que potenciar las actividades formativas en terapia inhalada.

Los médicos de familia obtienen, de forma global, un “sobresaliente” en el test.

Los facultativos que no trabajan habitualmente con inhaladores, sacan un “suficiente” en el cuestionario.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

Fig. 1. Reconocimiento del tipo de dispositivo

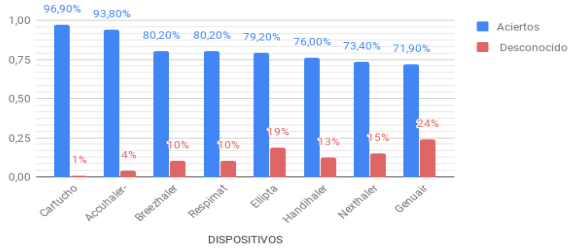


Fig. 2. Aciertos según especialidad y experiencia

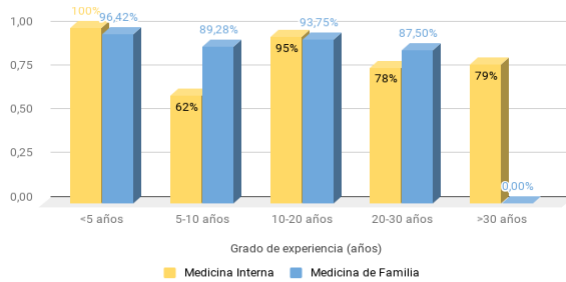
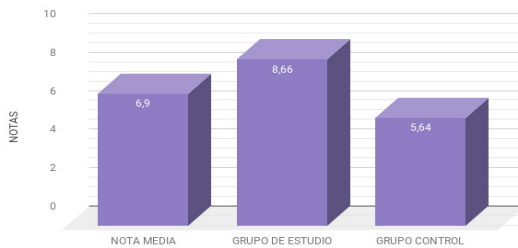


Fig. 3. Puntuación por grupos



SP-08. DETECCIÓN DE PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INADECUADAS EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS ALTAMENTE POLIMEDICADOS

R. Sánchez del Moral⁽¹⁾, O. Montero Pérez⁽¹⁾, I. Carrión Madroñal⁽¹⁾,
A. Peláez Bejarano⁽¹⁾, M. Contreras Rey⁽²⁾

⁽¹⁾Farmacia Hospitalaria. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

⁽²⁾Farmacia Hospitalaria. Hospital Infanta Elena. Huelva

OBJETIVOS

Detectar prescripciones potencialmente inadecuadas (PPI) o la falta de uso de medicamentos potencialmente indicados en pacientes institucionalizados altamente polimedcados, para optimizar la calidad de la prescripción y la seguridad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de corte transversal en diciembre 2018, realizado en un centro sociosanitario residencial (CSSR) adscrito al Servicio de Farmacia de un hospital general de especialidades. Fuentes de datos: programa de prescripción del CSSR, historia farmacoterapéutica.

Variables recogidas: sexo, edad, nº medicamentos/residente y medicación prescrita. Se incluyeron los residentes altamente polimedcados (10 o más medicamentos prescritos).

Se consideró PPI si se incumplía alguno de los criterios STOPP-START publicados en 2015. Los datos se trataron con Excel Microsoft Office 2010®.

RESULTADOS

El total de residentes incluidos fue de 23, con una edad media de 77 años y una media de 11 medicamentos/residente (rango 10-17).

Criterios STOPP: El 100% de los residentes estudiados presentaba al menos una PPI. El número total de PPI encontradas fue de 95, media de 4,13 (1–6) por residente.

Las PPI más frecuentes estaban relacionadas con la indicación de los fármacos [25 (26,3%)], fármacos que aumentan predeciblemente el riesgo de caídas [21 (22,1%)] y fármacos relacionados con el sistema nervioso central [20 (21%)]. La duración superior a la indicada en el grupo de las benzodiazepinas (16 residentes) y duplicidad terapéutica(9 residentes) fueron las PPI más encontradas.

Criterios START: El 43,5% de residentes estudiados cumplía con algún criterio para iniciar una prescripción. El total de intervenciones que cumplían criterios START fue de 13, con una media de 0,56 (0 – 4) por residente.

Las intervenciones a iniciar más frecuentes fueron las relativas al sistema musculoesquelético [4 (30,8%)], Sistema cardiovascular [3 (23,1%)] y analgésicos [3 (32,1%)]. El inicio de suplementos de Vitamina D fue la omisión de prescripción más comúnmente implicada, junto con el inicio de IECA y betabloqueantes.

CONCLUSIONES

Los criterios STOPP/START son una buena herramienta para optimizar la calidad y la seguridad de la prescripción en personas de edad avanzada.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida

Mérida (Badajoz)

En nuestra población a pesar de que casi el 50% de los residentes son susceptibles de iniciar prescripciones, son los criterios STOPP los que suponen un mayor número de intervenciones.

MANEJO MULTIDISCIPLINAR DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

UP-01. ESTIMACIÓN DE LA MEJOR ESCALA PREDICTIVA DE INGRESO HOSPITALARIO NO PROGRAMADO DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC). ANÁLISIS DE SEIS SISTEMAS DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES COMPLEJOS

M. Sánchez Mollá⁽¹⁾, I. Candela García⁽³⁾, V. Javaloyes Martínez⁽³⁾,
M. Ibarra Rizo⁽²⁾, C. Herero Payo⁽³⁾ (

¹⁾Subdirección Hospital General Elche. Hospital General de Elche. Elche (Alicante)

⁽³⁾MFYC. CSI SantaPola. Santa Pola (Alicante)

⁽²⁾Dirección Atención Primaria. Hospital General Elche. Santa Pola (Alicante)

OBJETIVOS

Conocer que agrupadores de riesgo para identificar pacientes con desenlace ingreso, urgencia, gasto...estimando mejor probabilidad de ingreso en pacientes EPOC, adecuando recursos a necesidades.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo de cohortes. seguimiento un año (2016). Población estudio de N=275 pacientes con EPOC de atención primaria pertenecientes a dos zonas básicas de salud urbanas .

Seleccionados consecutivamente entre pacientes crónicos con diagnósticos cie 9 EPOC. Solicitando consentimiento para el acceso por sus médicos habituales para medir la variable desenlace ingreso hospitalario. Pacientes incluidos en proyecto TELERISK aprobado por el comité ético de investigación clínica departamental. Registrando en momento inclusión en condiciones de práctica clínica habitual sus escalas basales CRG (Clinical Risk Groups), CARS (Community Assesment Risk Screen), escala de Barthel , el índice de Charlson , los criterios de paciente pluripatológico(PP) y la escala Profund. Escogiendo dos sistemas que se han utilizado en nuestra comunidad (CARS y CRG), los criterios PP y Profund (utilizado en ámbito hospitalario de nuestra área), y dos escalas clásicas como el Barthel y el índice de Charlson. Incluimos en el análisis ,la edad y el sexo de los pacientes. Variables incluidas en hoja Excel anonimizando filiación, en formato base de datos. Realizando un análisis de Regresión logística múltiple mediante análisis stepwise método forward teniendo en cuenta todas las variables, realizando un procedimiento de selección del mejor modelo basado en el criterio AIC (Akaike information criterio), estimando mediante los coeficientes y su exponencial, las odds ratio de las escalas. La variable ingreso o no contestada por estudio del registro del informe de alta hospitalaria en programa MIZAR retrospectivamente. Utilizando para el análisis el programa software libre R versión2.15.2.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

RESULTADOS

Encontramos que las dos variables que entraron en el mejor modelo fueron los CRG OR 2.76 (IC 95% 1.35- 6.13) y el índice pronóstico Profund OR 1.11 (1.03-1.21). El resto de escalas no entraron en el mejor modelo predictivo.

CONCLUSIONES

Las escalas CRG y Profund fueron la únicas que se consolidaron con capacidad de predecir los ingresos no programados de los pacientes con EPOC. El índice Charlson no resultó tener capacidad predictiva en esta cohorte.

COMUNICACIONES DE EXPERIENCIAS

EX-01. PROYECTO TERRITORIAL DE SOPORTE DOMICILIARIO AVANZADO EN RESIDENCIAS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y DESARROLLO (PDID)

J. Vaquero Cruzado⁽¹⁾, À. Jover Blanca⁽²⁾, N. Gutiérrez Jiménez⁽³⁾,
M. P. Sancho Campos⁽⁴⁾, M. Pérez Moya⁽⁴⁾, L. Sancho Novell⁽⁴⁾

⁽¹⁾Médico coordinador del Equipo Gestión de la Cronicidad. SAP Baix Llobregat Centre. Barcelona

⁽²⁾Director de Atención Primaria Costa Ponent. Barcelona

⁽³⁾Médico coordinador de Cronicidad en Hospital de Bellvitge. Barcelona

⁽⁴⁾Enfermera Gestora de Casos. Equipo Gestión de la Cronicidad. SAP Baix Llobregat Centre

EXPERIENCIA

Las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo (PDID) tienen una mayor predisposición a padecer enfermedades físicas y mentales, sobre todo debido a sus características genéticas y biológicas. Presentan una pérdida funcional y envejecimiento prematuro. Las dificultades comunicativas y cognitivas de estos pacientes, hacen más complicado el momento del diagnóstico. Existen dificultades a nivel organizativo y estructural para adaptar la práctica clínica diaria para con este colectivo de personas.

OBJETIVOS

Facilitar la atención de estas personas en su entorno más cercano y cómodo.

Mejorar la calidad de los datos clínicos en un entorno compartido y seguro.

Identificación de la situación clínica y realización del Plan de Intervención Individualizado Compartido (PIIC) consensuado.

DESCRIPCIÓN

El Servicio de Atención Primaria del Baix Llobregat Centre (SAP BLC) está compuesto por 20 equipos de atención primaria (EAP) y hay cuatro residencias para PDID (131 residentes)

Método de trabajo:

Para garantizar la mejora del conocimiento que teníamos del paciente y definir mejor sus necesidades, iniciamos valoraciones por parte del Equipo de Gestión de Cronicidad (médico y enfermera gestora de casos) incluyendo: revisión y actualización de la historia clínica, registrar constantes y exploración física, identificar situación clínica y definir PIIC, realizar los tests funcionales y de riesgo social, realizar conciliación terapéutica.

Posteriormente se facilitó un teléfono único de contacto para garantizar la respuesta 24 horas los 7 días de la semana.

CONCLUSIONES

En el período 2014 en 2018, se ha incrementado la actividad del EGC en las residencias de disminuidos psíquicos del territorio, pasando de 51 visitas/año a 487 visitas/año.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

El impacto de este aumento de la atención ha supuesto una reducción del 33% de las urgencias hospitalarias y un 18% de las visitas a los dispositivos de Urgencias de atención primaria, en este periodo.

En cuanto a la valoración integral de estos pacientes, el 100% de las personas que viven en estas cuatro residencias tienen valoración integral actualizada y el 100% tienen realizado el PIIC.

EX-03. IMPLANTACIÓN DE PRESTACIÓN FARMACÉUTICA EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

S. Belda Rustarazo ⁽¹⁾, C. Gómez Peña⁽¹⁾, M. Valle Corpas⁽¹⁾, C. García Fernández⁽¹⁾, J. Cabeza Barrera⁽¹⁾

⁽¹⁾*Servicio de Farmacia. Hospital San Cecilio. Granada*

OBJETIVOS

Implantación y desarrollo de prestación farmacéutica a un centro sociosanitario (CSS) desde un servicio de farmacia hospitalario que incluye suministro de medicación desde el hospital, realización de valoración farmacológica, optimización farmacoterapéutica y conciliación de la medicación.

DESCRIPCIÓN

Inicio en enero 2017 (hasta la actualidad) incluyendo un CSS de pacientes crónicos (110 camas) y su hospital de referencia. Primero se pactó la guía farmacoterapéutica y se instaló el programa de prescripción electrónica del hospital en el CSS.

El farmacéutico hospitalario realiza periódicamente diversas intervenciones como: valoración farmacológica, resolución de consultas, conciliación de la medicación o interconsultas a especialistas. Las características de los residentes son:

- Edad media (\pm DE): $79\pm 9,4$ años.
- Número de patologías medias : $5,5\pm 2,8$.
- Índice de comorbilidad de Charlson: $6,04\pm 1,9$.
- Media de fármacos consumidos de forma crónica: $9,0\pm 3,9$.

En un año (enero-diciembre 2018) las Intervenciones realizadas han sido:

Revisión de 198 tratamientos, modificándose 158 fármacos (correspondientes a 131 pacientes). Estas modificaciones fueron:

- Alternativa terapéutica: 12 casos.
- Equivalente terapéutico: 42 Casos.
- Ajuste posológico/dosis/pauta: 50 casos.
- Suspensión de fármaco no indicado: 42 casos.
- Inicio de fármaco indicado: 30 casos.
- Suspensión de fármaco contraindicado por edad o patología: 20 casos.
- Ajuste de dosis por insuficiencia renal: 35 casos.

Durante el periodo de estudio el farmacéutico hospitalario ha realizado 25 interconsultas a especialistas (servicios: Cirugía, cuidados paliativos, nutrición, cardiología, salud mental, endocrino y nefrología).

Se ha realizado conciliación de la medicación en 60 pacientes: 23 ingresos en el hospital, 20 reingresos en el CSS tras alta hospitalaria y 17 ingresos nuevos. Se detectaron 52 errores de conciliación.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

El ahorro total estimado del proceso con respecto a la dispensación desde oficina de farmacia es de 67.708€/año (calculado mediante la diferencia entre consumo en recetas del año anterior y consumo de medicación en el hospital).

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos indican que esta medida es altamente eficaz y rentable. El papel del farmacéutico especialista en este proceso resulta clave para optimizar la terapia en este tipo de pacientes complejos, mejorar la comunicación interniveles y garantizar un uso adecuado y racional de los medicamentos. Este proceso supone un importante ahorro económico al sistema.

EX-04. RELACIÓN Y DESARROLLO DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD EN EL BAIX LLOBREGAT CENTRE

J. Vaquero-Cruzado⁽¹⁾, N. Gutiérrez Jiménez⁽²⁾, M. L. Vaquero García⁽³⁾,
T. Julià Nicolás⁽³⁾, F. Muñoz Orti⁽³⁾, M. P. Sancho Campos⁽³⁾

⁽¹⁾Médico Coordinador del equipo de Gestión de la Cronicidad. SAP Baix Llobregat Centre. Insititut Català de la Salut. Barcelona

⁽²⁾Responsable UFISS Geriatria y Cronicidad, Hospital Universitario de Bellvitge. Institut Català de la Salut. Barcelona

⁽³⁾Enfermera Gestora de casos del equipo de Gestión de la Cronicidad. SAP Baix Llobregat Centre. Institut Català de la Salut. Barcelona

OBJETIVOS

Realizar una atención integral al paciente crónico con complejidad y su entorno, dando respuesta a sus necesidades y expectativas, garantizando la continuidad asistencial en un entorno colaborativo con el resto de agentes implicados y en un contexto de innovación continua, calidad y sostenibilidad.

DESCRIPCIÓN

Método de trabajo: en el año 2013, en el territorio del Baix Llobregat Centre, se crea el Equipo de Gestión a la Cronicidad (EGC), que da cobertura y apoyo a 20 equipos de atención primaria, con la plantilla actual de 11 enfermeras gestoras de casos y 2 médicos, con formación avanzada en agudización de patología crónica compleja y en atención paliativa. Para garantizar la atención 7/24 se crea un equipo de médicos y enfermeras con formación específica, que dará respuesta a los episodios de descompensación, las noches y los días festivos.

Resultados: en julio de 2018, para una población atendida de 427.144 personas, 6.441 se hallan identificados como PCC (1,5%) y 1.381 como MACA (0,3%).

De los pacientes identificados como PCC o MACA llevados en cartera por la enfermera gestora de casos, se analiza:

- Se han incluido en el programa 2588 pacientes (37,1% MACA y 62,9% PCC).
- La mortalidad de los pacientes MACA fue 74,6% y PCC 24,7%.
- El tiempo medio de permanencia ha sido 285 en PCC y 153 en MACA.
- En 2018 se constata un descenso del 38% de ingresos en urgencias comparándolo con el año anterior.
- Se hacen reuniones mensuales con discusiones de 35-40 pacientes cada una con los hospitales de referencia.
- Se ha completado el cuestionario SATISFAD con una puntuación media de 9,76 puntos (máximo 10).

CONCLUSIONES

Ofrecer alternativas al desplazamiento a Urgencias, mediante intervención de alta intensidad al domicilio, reduces ingresos en urgencias.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida

Mérida (Badajoz)

La atención proactiva, la educación de pacientes y cuidadores, el soporte a los EAP, la intervención precoz ante las descompensaciones y la coordinación entre niveles reduce los ingresos.

Los pacientes y sus familiares valoran muy bien la atención en el domicilio.

EX-05. PROCEDIMIENTO DE VALIDACIÓN CLÍNICA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE CRÓNICO PLURIPATOLÓGICO COMPLEJO (PCPPC)

L. Salvador Sánchez⁽¹⁾, M. A. Guzmán Fernández⁽¹⁾, C. Alameda González⁽²⁾,
M. B. González Bustillo⁽¹⁾, M. Martín Delgado⁽¹⁾, S. Lleras Muñoz⁽³⁾

⁽¹⁾Técnica del Servicio de Coordinación Asistencial Sociosanitaria y Salud Mental

⁽²⁾Técnico del Servicio de Sistemas de Información y Resultados en Salud

⁽³⁾Jefe del Servicio de Coordinación Asistencial Sociosanitaria y Salud Mental

EXPERIENCIA

Desde 2011 en Castilla y León se utiliza la estratificación poblacional con los Clinical Risk Group (CRGs) adaptados a nuestra Comunidad. En un grupo pluridisciplinar sobre pacientes crónicos con pluripatología compleja (PCPPC) se detectaron los siguientes aspectos:

- Discrepancias entre el riesgo que marca la herramienta y la valoración de los profesionales clínicos.
- Discordancia entre los datos de PCPPC del hospital y Atención Primaria (AP).
- Sobrevaloración del riesgo en pacientes hiperfrecuentadores.
- Infravaloración de pacientes bien controlados en AP.
- Los aspectos sociales no son tenidos en cuenta siendo muy importantes para dar complejidad al paciente.

OBJETIVOS

Mejora de la atención a los pacientes PCPPC, asegurando su identificación en todos los ámbitos asistenciales. Actualizar los criterios de PCPPC incluyendo otras variables sanitarias y sociales.

DESCRIPCIÓN

Se decidió que los criterios de pluripatología se mantuvieran. Se incluyeron 6 criterios más: uno de gravedad clínica de las patologías y el resto sobre condiciones sociosanitarias que dan complejidad al caso, como pueden ser los ingresos hospitalarios, caídas, desnutrición, polimedicación y Barthel inferior a 60 o dependencia teniendo en cuenta la vulnerabilidad de la persona cuidadora.

Los/as profesionales del Equipo de Atención Primaria (EAP) con el listado de los pacientes PCPPC de su cupo que les aporta la herramienta validan o borran los procesos PCPPC según los criterios clínicos y sociosanitarios.

Tras la validación del EAP el listado de PCPPC se transfiere a los hospitales con una regularidad semestral.

CONCLUSIONES

Los criterios puramente clínicos no son suficientes para establecer la complejidad de un PCPPC y su riesgo de mayores necesidades.

Las herramientas de estratificación suponen una ayuda para identificar alto riesgo aunque sea el personal clínico el que decida su inclusión en el proceso del PCPPC.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida

Mérida (Badajoz)

La validación de los pacientes con más riesgo va a favorecer que su EAP los tenga identificados y así proporcionar una atención proactiva centrada en el/la paciente y su familia. Se promueve la continuidad asistencial con la transferencia de los datos de los paciente PCPPC desde AP al hospital para incluirlos en un circuito hospitalario más adecuado a sus necesidades.

EX-06. COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES SANITARIOS Y PACIENTES CRÓNICOS EN EL ENTORNO HOSPITALARIO. PROPUESTA DE MEJORAS

J. L. Baquero⁽¹⁾, M. D. Navarro⁽²⁾; I. Amo⁽³⁾, A. Borrás⁽³⁾, M. L. Cervera⁽³⁾, P. Gálvez⁽³⁾

⁽¹⁾Foro Español de Pacientes FEP. Madrid

⁽²⁾Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

⁽³⁾Universidad Internacional de Cataluña. Barcelona

OBJETIVOS

- Conocer la percepción por parte de los PS y los P sobre la calidad de la comunicación.
- Proponer estrategias para mejorar la comunicación entre los PS y P. Material y Método:

La secuencia seguida fue:

1. Concept mapping workshop con PS y representantes de P (método de Trochim).
2. Entrevistas semiestructuradas a PS y P.
3. Grupo nominal de PS y P (método de McMillan) Resultados:

Las entrevistas semiestructuradas mostraron:

- Naturaleza de la comunicación PS-P en el ámbito hospitalario.
- Actores y entorno en la comunicación.
- Efecto de la comunicación en el P y su familia, en el contexto hospitalario.
- Cualidades del PS para que exista una comunicación efectiva.
- El papel del P y la familia en el proceso de comunicación.
- Entornos y canales para una comunicación efectiva.
- Estrategias para valorar que el P ha entendido la información.
- Barreras para la comunicación efectiva entre PS-P.
- Estrategias para la comunicación efectiva entre PS-P.
- Elementos de refuerzo o de apoyo que ayuden al P y a la familia a retener la información tratada en la consulta (e. g. material escrito).
- Comunicación a través de otros canales (tecnologías).
- Formación en comunicación para los PS.

DESCRIPCIÓN

Con el aumento de la esperanza de vida y el desarrollo sanitario, aumenta la cronicidad., la pluripatología, cierta discapacidad, importante consumo de recursos, etc.

La relación profesional sanitario (PS) - paciente (P) es fundamental y la comunicación es un elemento esencial. Hay numerosos estudios llevados a cabo en atención primaria, pero escasos en el ámbito hospitalario.

CONCLUSIONES

El grupo nominal (siguiendo el método de Miles) propuso:

- Rediseñar el área de atención a la persona en los centros sanitarios, incluyendo humanización, calidad y responsabilidad social corporativa. Utilizar el método de la co-creación con los agentes implicados (e.g. desarrollar un nuevo plan de comunicación, plan de acogida...).

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

- Formación continuada a los PS y socio-sanitarios en valores y aspectos comunicacionales, también en pre y postgrado.
- Aproximación humanista personalizada en el ejercicio de la profesión.
- Proporcionar canales para la formación e información del P, familia y cuidadores (e.g. material escrito, páginas web, redes de comunicación y AAPP).
- Potenciar y motivar el papel de todos los PS.
- Incluir la evaluación de habilidades y destrezas en comunicación, de los estudiantes y de los PS del ámbito de la salud.
- Crear indicadores y evaluar la comunicación de los PS en activo.
- Asegurar la preparación de la visita por parte del PS y P.
- Continuidad asistencial de la comunicación y adecuar herramientas para que los PS se comuniquen entre sí.

EX-07. LA OPORTUNIDAD DE TENER UN TELÉFONO DE CONTACTO

J. Vaquero-Cruzado⁽¹⁾, M. C. Farnós Cervera⁽²⁾, I. Santos Alonso⁽³⁾, L. Carrillo Ciércoles⁽³⁾, H. Fernández Pavón⁽³⁾, B. Pérez Moreno⁽³⁾

⁽¹⁾Médico Coordinador del Equipo de Gestión de la Cronicidad. SAP Baix Llobregat Centre. Barcelona

⁽²⁾Coordinadora del servicio de Urgencias de Atención Primaria. SAP Baix Llobregat Centre. Barcelona

⁽³⁾Gestora de casos del Equipo de Gestión de la Cronicidad. SAP Baix Llobregat Centre. Barcelona

INTRODUCCIÓN

Los pacientes identificados como pacientes crónicos complejos (PCC) o con enfermedad avanzada (MACA) presentan un mayor índice de descompensaciones que la población general. En esos momentos la posibilidad de contactar con un profesional sanitario con acceso a la historia clínica, da confianza en el seguimiento y permite una atención rápida y acorde a las necesidades pactadas con su equipo de atención primaria.

OBJETIVOS

Anticiparnos a las descompensaciones, resolver las dudas que se planteen en cuanto a la enfermedad y, por tanto, mejorar la salud de las personas identificadas
Mejorar la accesibilidad.

DESCRIPCIÓN

Se ha procedido a valorar el uso del teléfono en los años 2016 y 2017.

En el año 2016 estaban 6939 personas identificadas (PCC 5753 y MACA 1186) y en el año 2017 6713 personas (PCC 5556 y MACA 1157).

Durante el día (de 8:00-20:00) los días laborables las llamadas las atiende un Call Center y las enfermeras gestoras de casos resuelven las llamadas que surgen. De noche y fines de semana un equipo específico de guardia hace la atención telefónica y presencial específica para estas personas identificadas.

En 2016 se hizo uso del teléfono de cronicidad durante el día en 4212 ocasiones y en 2017 contactaron en 4560 ocasiones en horario laborable (de lunes a viernes de 8:00-20:00) y por la noches, fines de semana y festivos 4204 y 4868, de los cuales la distribución fue la siguiente:

	2016	2017
Telefónica	2503	2967
Domicilio	1682	1867

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

CONCLUSIONES

En el 60% de los casos en 2016 y el 61% en 2017 la solución de la atención pudo ser telefónica, evitándose una visita domiciliaria o en muchos casos, una derivación a centro hospitalario. Con este porcentaje de llamadas se han conseguido evitar un 41% los ingresos hospitalarios en los centros de referencia, dado que la actuación proactiva del equipo ha conseguido reducir ingresos.

EX-08. ¿ES ÚTIL LA GESTIÓN DE LLAMADAS A TRAVÉS DE UNA GESTORA DE CASOS?

J. Vaquero Cruzado⁽¹⁾, F. López Morillas⁽²⁾, M. Bartomeu Marigo⁽²⁾,
R. Fuentes Zornoza⁽³⁾, A. M. Herrera Delgado⁽⁴⁾, O. García González⁽⁴⁾

⁽¹⁾Médico coordinador del Equipo de Gestión de la Cronicidad, ⁽²⁾Gestora de casos del Equipo de Gestión de la Cronicidad. SAP Baix Llobregat Centre. Institut Català de la Salut. Barcelona

⁽³⁾Responsable del Centro de Llamadas, ⁽⁴⁾Personal de gestión telefónica del Centro de Llamada. DAP Costa de Ponent. Institut Català de la Salut. Barcelona

OBJETIVOS

Analizar la eficacia de resolución de una gestora de casos ante llamadas de pacientes crónicos complejos.

Descripción de la experiencia:

En el equipo de Gestión de la Cronicidad de la SAP Baix Llobregat Centre, se ofrece a los 7898 pacientes identificados de nuestro territorio un teléfono único de contacto para cualquier necesidad sanitaria que puedan tener.

Durante la jornada laboral (8:00-20:00 de lunes a viernes) un Call Center atiende la llamada y le pasa el aviso a una gestora de casos, si coincide que está la responsable del territorio del paciente se le pasa la llamada y sino a otra compañera.

Mensualmente se reciben entre 400 y 500 llamadas.

DESCRIPCIÓN

Resultados: analizando los resultados de un mes al azar, mayo de 2018, encontramos que se atendieron 418 llamadas, referentes a 274 pacientes (132 hombres y 142 mujeres), de una edad media de 80 y 83 años respectivamente. Estos pacientes estaban identificados como paciente crónico complejo (PCC) 165 y con enfermedad avanzada (MACA) 88.

En cartera de gestión de casos, pacientes en los que la gestora de casos actúa de forma más proactiva hasta lograr la estabilización de su situación clínica, estaban 128 de los pacientes seleccionados (50,4%). En cuanto a las llamadas encontramos que 2/3 de las mismas las soluciona la gestora de casos de forma autónoma (n=280) de las siguientes formas: sólo por teléfono 39% (n=164), acudiendo al domicilio 17% (n=17%) o activando al médico específico del equipo de cronicidad 6% (n=25), sólo en 3% de los casos se deriva al hospital directamente (n=12). En los demás casos (33%) se activa al equipo referente de la paciente de atención primaria (n=138) que el 20% lo resuelve por teléfono (n=29), el 65% acude al domicilio (n=97).

CONCLUSIONES

Las enfermeras gestoras de casos previenen y tratan las descompensaciones de forma rápida y eficaz de los pacientes PCC y MACA evitando en gran parte acudir a Urgencias hospitalarias, ya sea con resolución telefónica o en el domicilio del paciente. El hecho de disponer de un teléfono de contacto agiliza la espera y permite actuar antes de que el empeoramiento clínico impida tratamiento en el domicilio.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

EX-09. MEJOR TODOS JUNTOS

N. Fernández Brufal⁽¹⁾, MV Javaloyes⁽¹⁾, C. Herrero Payo⁽¹⁾, M. Priori Luna⁽¹⁾,
M. Ibarra Rizo⁽¹⁾, N. Castaño Alejo⁽¹⁾

⁽¹⁾Primaria. CSI Santa Pola. Santa Pola (Alicante)

⁽²⁾DAP. Hospital General de Elche. Elche (Alicante)

EXPERIENCIA

La promoción de la salud tiene como objetivo aumentar el control sobre los determinantes de salud por parte del ciudadano y de la población. Es importante a la hora de trabajar en bienestar y salud la coordinación, la potenciación de los activos en salud (recursos de comunidades, servicios municipales, equipos multidisciplinares). De esta forma, el sumarse a iniciativas ya emprendidas en la comunidad permite el trabajo desde el centro de salud sin ser éste el centro de la actividad.

En la localidad que ocupa nuestra zona básica de salud, desde los Servicios Municipales se lleva a cabo una actividad comunitaria de potenciación de ejercicio físico de forma regular a lo largo del año: “la Milla”, un tipo de paseo saludable. Con motivo del Día sin Tabaco, se coordinó la actuación conjunta con profesionales del Centro de Salud (CS) para conmemorar las jornadas sin Humo.

Las actividades se propusieron y coordinaron a través del grupo de Educación para la Salud EPS del Departamento, creado en el año 2016.

OBJETIVOS

Construcción de relaciones de confianza y colaborativas con actores locales. Promoción del ejercicio físico como determinante de salud.

Promoción del abandono tabáquico y sensibilización sobre aspectos positivos del no consumo de tabaco y exponiendo riesgos de su consumo.

DESCRIPCIÓN

La actividad se llevó a cabo en dos partes. Se realizó una marcha a pie desde el Ayuntamiento hasta uno de los parques de la ciudad con mobiliario urbano para la realización de ejercicios. Junto con la población participante, acudían dos residentes de medicina familiar (MFYC), dos enfermeros, monitor de gimnasia y médica del Ayuntamiento. Se repartieron pegatinas del “Día sin Humo”. Durante la actividad, se fomentaba el coloquio sobre el tabaquismo, consejos para el abandono, dudas planteadas...

La segunda parte se realizó en el CS: exposición a cargo de cuatro residentes MFYC, sobre tabaquismo como factor de riesgo de enfermedades y consejos para el abandono del hábito, con posterior coloquio.

CONCLUSIONES

Las actividades comunitarias son parte fundamental de la Atención Primaria, necesitando la colaboración de todos los activos en salud. Promover estas actividades sienta las bases de pertenencia a una comunidad.

EX-10. INCORPORACIÓN DE LA HISTORIA FARMACOTERAPÉUTICA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN CENTROS SOCIOSANITARIOS A LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA DE UN SERVICIO DE SALUD

C. Calvo Pita⁽¹⁾, O. Goñi Zamarbide⁽¹⁾, I. Rojas Rodríguez⁽²⁾, A. Sola Mateos⁽³⁾, M. Urigüen Calzada⁽⁴⁾, C. Agudo Pascual⁽⁵⁾

⁽¹⁾Servicio de Farmacia Sociosanitario del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Pamplona

⁽²⁾Centro de Atención Integral a la Discapacidad Oncineda. Estella

⁽³⁾Centro de Atención Integral a la Discapacidad San José. Pamplona

⁽⁴⁾Residencia Santo Domingo. Estella

⁽⁵⁾Servicio de Gestión de las Prestaciones Farmacéuticas del Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea. Pamplona

OBJETIVOS

Incorporar la historia farmacoterapéutica de los pacientes ingresados en centros sociosanitarios (CSS) públicos a la historia clínica electrónica de un servicio de salud (HCE-SS), de tal forma que estén actualizados y accesibles para todos los profesionales sanitarios implicados en la asistencia a estos pacientes.

DESCRIPCIÓN

En el servicio de salud se crea un Servicio de Farmacia (SF) orientado a prestar atención farmacéutica a los pacientes ingresados en los CSS públicos. Se desarrolla un aplicativo informático de prescripción/validación/dispensación integrado en el entorno de la HCE-SS, en el que trabajan los médicos y enfermeros del CSS. Los farmacéuticos revisan y validan los tratamientos en el aplicativo, como paso previo a la dispensación de los medicamentos desde el SF, de tal forma que se garantiza que la información sea veraz y esté permanentemente actualizada. Este entorno de trabajo es compartido con los profesionales sanitarios del servicio de salud, que también pueden consultarlo accediendo a la HCE-SS.

Se implanta el aplicativo en tres centros: dos de discapacidad intelectual (css-1 y css-2) y uno de mayores (css-3). Los médicos de estos centros comienzan a prescribir los tratamientos farmacológicos de los pacientes en este entorno.

1. Incorporación css-1 en junio-2018: 60 pacientes con media de edad de 48,42 años (rango 14 a 89); 70% hombres y 30% mujeres. La media de medicamentos por paciente es de 4,55 (rango 0 a 14).
2. Incorporación css-2 en agosto-2018: 79 pacientes con media de edad de 52,44 años (rango 20 a 74); 65% hombres y 35% mujeres. La media de medicamentos por paciente es de 5,38 (rango 1 a 15).
3. Incorporación css-3 en septiembre-2018: 71 pacientes con media de edad de 78,76 años (rango 57 a 97); 56% hombres y 44% mujeres. La media de medicamentos por paciente es de 8,59 (rango 1 a 18).

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida

Mérida (Badajoz)

CONCLUSIONES

Se han incorporado tres CSS y 210 pacientes al entorno de prescripción creado en la HCE-SS. El hecho de que los tratamientos de estos pacientes estén actualizados y revisados por un farmacéutico y accesibles a los profesionales del servicio de salud mejora la seguridad en las transiciones asistenciales y contribuye a evitar los errores de medicación.

EX-11. ENFERMERA DE ENLACE HOSPITALARIA COMO FIGURA CLAVE EN EL CUIDADO DE PACIENTES CON PROCESOS CRÓNICOS

N. Elizondo Rodríguez⁽¹⁾, L. Ambrosio Gutiérrez⁽²⁾

⁽¹⁾Área de Cuidados en Procesos Médicos. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

⁽²⁾Departamento de Enfermería de la Persona Adulta. Facultad de Enfermería, Universidad de Navarra. Pamplona.

INTRODUCCIÓN

La enfermera de enlace es uno de los roles por el cual se aboga en la Estrategia de Atención al Paciente Crónico y Pluripatológico del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. En el Complejo Hospitalario de Navarra, se han desarrollado e implementado siete enfermeras de enlace en atención especializada.

OBJETIVOS

Conocer la percepción de las propias enfermeras de enlace sobre su situación actual en la organización.

DESCRIPCIÓN

Se realizó un grupo focal, compuesto por las siete enfermeras de enlace. El grupo focal tuvo una duración de 1 hora y media y estuvo dirigido por un guion estructurado. El contenido del grupo focal fue grabado, transcrito y analizado categóricamente, garantizando en todo momento la confidencialidad de las siete enfermeras.

CONCLUSIONES

A través del análisis del contenido emergido en los grupos focales, se puede concluir que:

- La enfermera de enlace hospitalaria hace una marcada diferencia entre sus funciones asistenciales y de gestión. Esto deriva en que no tienen claro su papel real, al no poder conjugar ambos conceptos como enfermeras de enlace.
- Las enfermeras de enlace hospitalaria consideran relevante dar confianza y transmitir respeto al paciente. Valores sin duda acertados y necesarios para el desempeño de sus funciones y potenciación de la estrategia de cronicidad.
- Las enfermeras de enlace hospitalaria expusieron que no habían recibido formación específica para su puesto. Aspecto controvertido, ya que sí que han recibido información formando parte del equipo docente de uno de los cursos de implementación de la estrategia en el Complejo Hospitalario de Navarra. Esta conclusión, es un claro reflejo de que tienen integrada completamente su figura.
- Destacaron como barrera el modelo asistencial centrado en la enfermedad y su tratamiento. Pese a que la estrategia del paciente crónico pluripatológico se ha centrado en la enfermería como eje y motor del desarrollo de la misma, todavía se continua trabajando con un modelo biomédico.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

EX-12. HACIA UN NUEVO MODELO ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO: LA ESTRATEGIA GALLEGA PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE CRONICIDAD

S. Blanco Lobeiras⁽¹⁾, J. Aboal Viñas⁽¹⁾, A. Alonso Fachado⁽¹⁾, T. Rey Liste⁽¹⁾

⁽¹⁾*Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Gallego de Salud.*

EXPERIENCIA

El envejecimiento poblacional en Galicia es de los más altos de España y Europa. En el año 2017, el porcentaje de población de 65 o más años era en Galicia de 24,6 (frente a 19 de todo el Estado) y las proyecciones para el 2031 sitúan esos porcentajes en el 31,3 (Galicia) y en el 25,6 (España). La Consellería de Sanidad y el Servicio Gallego de Salud están trabajando en la adaptación organizativa a esta realidad. En este marco se elaboró la Estrategia Gallega para la Atención a Personas en Situación de Cronicidad que centra la atención a estos pacientes en la atención primaria de salud.

OBJETIVOS

Los principales objetivos de la Estrategia son, entre otros, evitar la progresión de la cronicidad hacia estadios más complejos y mantener y/o mejorar el estado funcional del paciente, ajustado a sus condiciones vitales.

DESCRIPCIÓN

El abordaje de la cronicidad con este nuevo modelo se basa en los siguientes aspectos: elaboración de un plan individualizado de atención integral (PIAI) para el paciente crónico, orientación de la organización sanitaria a una visión sociosanitaria e integral, nombramiento de un profesional o equipo de referencia para cada paciente, proactividad del sistema y corresponsabilidad del paciente.

El desarrollo del PIAI implica la realización de una valoración integral, multidimensional y multidisciplinar que incluye valoraciones clínica, funcional, cognitiva y social y de los cuidados.

La disponibilidad de la historia clínica electrónica (IANUS) compartida por atención primaria y hospitalaria y con acceso por parte de las residencias sociosanitarias públicas, es la herramienta clave para el cambio de modelo asistencial y para la realización del PIAI, con una plantilla predefinida a disposición de los profesionales para incorporar la información para entregar al paciente. La plataforma tecnológica TELEA, con cerca de 1.500 pacientes crónicos en seguimiento teleasistido, permite realizar una evaluación continua de la situación clínica del paciente y adelantarse a posibles episodios de agravamiento de la enfermedad.

Por último, señalar que la inclusión de pacientes crónicos en el modelo se recoge como objetivo prioritario en los Acuerdos de Gestión de cada una de las áreas sanitarias que conforman el Servicio Gallego de Salud.

EX-13. ESTRATEGIA PARA LA PUESTA EN MARCHA DEL TALLER DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD “MANEJO ADECUADO DE MI MEDICACIÓN”

L. Goyeneche Haro⁽¹⁾, F. Osés Zudaire⁽¹⁾, C. Calvo Pita⁽²⁾, C. Silvestre Busto⁽³⁾

⁽¹⁾Gerencia de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Pamplona.

⁽²⁾Servicio de Farmacia Sociosanitario del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Pamplona

⁽³⁾Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Pamplona

OBJETIVOS

Diseñar un taller de educación para la salud (EpS) dirigido a pacientes crónicos polimedcados (PCP) y capacitar a enfermeras de atención primaria como docentes del mismo para que pueda ser impartido en los centros de salud de una Comunidad Autónoma.

DESCRIPCIÓN

- En un grupo de trabajo específico se diseñó un taller estructurado de EpS grupal orientado a que los PCP adquieran conocimientos y desarrollen actitudes y habilidades que les permitan un manejo seguro y adecuado de su medicación. Se elaboraron una ficha técnica del taller y los materiales necesarios para su desarrollo.
- El taller se pilotó en un centro de salud con siete PCP y dos enfermeras de atención primaria como docentes. En la evaluación de las docentes se recogió que el clima generado había sido tolerante y de confianza, aunque hubieran deseado que el grupo fuera más numeroso y los asistentes más participativos. Consideraron que el diseño del taller y los materiales eran adecuados. A los pacientes el taller les pareció interesante y positivo ya que creían que les podía resultar útil para mejorar el manejo de su medicación. Los aspectos que más les gustaron fueron el intercambio de opiniones entre ellos y con las docentes, mejorar sus conocimientos sobre los medicamentos, descubrir que algunas prácticas que realizaban con los medicamentos no eran adecuadas y el buen ambiente que hubo durante la actividad. Al finalizar el taller, cinco pacientes mejoraron su puntuación en un test de conocimientos sobre los medicamentos.
- Las dos enfermeras del piloto y una farmacéutica impartieron un curso de formación de formadores a 18 enfermeras de atención primaria del servicio de salud, con contenidos teóricos y prácticos, dirigido a capacitarlas para impartir el taller de EpS. La valoración del curso por las alumnas fue muy positiva, destacando la calidad de los contenidos y del material proporcionado y la consecución de los objetivos docentes. Como mejora, tanto las alumnas como las docentes consideraron necesario ampliar la parte práctica.

CONCLUSIONES

Gracias a las actividades desarrolladas, el servicio de salud dispone de un número significativo de profesionales formados y en condiciones de impartir el taller de EpS dirigido a PCP denominado “Manejo adecuado de mi medicación”.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

EX-14. GRUPO DE APOYO: APRENDIENDO A CUIDAR

H. López Talaván⁽¹⁾, R. Ruiz de la Rosa⁽²⁾, V. Gracia Lorenzo⁽³⁾, P. Arcos Pereda⁽³⁾

⁽¹⁾Enfermera de Continuidad Asistencial Hospital del Tajo. Aranjuez (Madrid)

⁽²⁾Trabajadora social. Centro de Salud Colmenar de Oreja. Madrid

⁽³⁾FEA. Servicio de Medicina Interna. Hospital del Tajo. Aranjuez (Madrid)

INTRODUCCIÓN

Diferentes estudios ponen en evidencia la sobrecarga tanto física como mental que sufre el cuidador de personas dependientes. La Educación para la Salud, a través de sesiones educativas, es útil para ampliar conocimientos y desarrollar habilidades que favorecen un cuidado más sano, mejorando la calidad de vida tanto del enfermo como de su cuidador.

OBJETIVOS

Divulgar información, experiencias y habilidades en materia de salud a personas cuidadoras para la adquisición de competencias necesarias que les permita mejorar su calidad de vida y la de las personas cuidadas.

DESCRIPCIÓN

Metodología: el proyecto de intervención grupal consta de 6 sesiones de 90 minutos de duración con periodicidad semanal. Cada sesión consta de: objetivos, técnica, contenidos, ejercicios, recursos para el cuidador, tiempos y dinámica grupal.

Población diana: cuidadores de personas estratificadas como pacientes crónicos complejos. Se seleccionan 20 cuidadores.

Evaluación: se ha establecido una batería inicial de indicadores que permitirán evaluar a los pacientes que tienen cuidadores incluidos en el programa.

1. Frecuentación en Atención Primaria de los pacientes incluidos en el programa de cuidadores de crónicos: medir el número de consultas al médico de familia por paciente incluido en el programa de cuidadores en un mes.
2. Frecuentación en urgencia hospitalaria de los pacientes incluidos en el programa de cuidadores de crónicos : medir el número de consultas en urgencias de hospital por paciente incluido en el programa de cuidadores en un mes.
3. Satisfacción de los pacientes incluidos en el programa de cuidadores de crónicos: evaluar la calidad percibida del programa por los pacientes con cuidadores incluidos.
4. Satisfacción de los Cuidadores de pacientes crónicos incluidos en el programa: evaluar la calidad percibida del programa por los pacientes con cuidadores incluidos.

Calidad de vida de los pacientes con cuidadores incluidos en el programa: calcular el porcentaje de pacientes, con cuidadores incluidos en el programa, que reúnen criterios de calidad de vida según el instrumento.

CONCLUSIONES

Este plan de atención al paciente crónico tiene como objetivo adaptar el funcionamiento del sistema sanitario a la nueva realidad que supone la demanda asistencial creciente derivada de la cronicidad. La principal intención es la de organizar y adecuar los recursos

XI Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico

*VI Conferencia Nacional
del Paciente Activo*

Libro de Comunicaciones y Casos Clínicos

“Ampliando Horizontes”

sociosanitarios a las condiciones y necesidades de estos pacientes, para ello potencia al máximo la integración asistencial a través de la coordinación efectiva de los sistemas sanitarios y sociales y promover la participación activa por parte de pacientes y personas cuidadoras, en el mantenimiento de la salud.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

COMUNICACIONES TIPO PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

P-02. VALIDACIÓN NACIONAL DE LA ESCALA DE CONVIVENCIA CON UN PROCESO CRÓNICO (EC-PC) EN PACIENTES CRÓNICOS

L. Ambrosio⁽¹⁾, N. Elizondo Rodríguez⁽²⁾, C. Morán del Pozo⁽³⁾,
M. Ballesteros Gracia⁽⁴⁾, C. Rodríguez Blázquez⁽⁵⁾ y Equipo EC-PC

⁽¹⁾Facultad de Enfermería. Universidad de Navarra. Pamplona.

⁽²⁾Área de Cuidados en Procesos Médicos. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

⁽³⁾Unidad de Cuidados Especiales posquirúrgicos. Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela. Madrid.

⁽⁴⁾Unidad de Hospitalización de Hematología, Digestivo y Reumatología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

⁽⁵⁾Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III y CIBERNED. Madrid

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Debido a los cambios en la estructura poblacional que se han producido a lo largo del siglo XX en Europa y España, los procesos crónicos han sufrido un importante crecimiento en la sociedad actual. En conformidad con las directrices establecidas por el Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad (2012), conocer en profundidad cómo la persona convive con un proceso crónico es necesario para proporcionar un cuidado holístico y de calidad, de acuerdo a las necesidades específicas de cada persona. Para ello, se aboga por el uso de instrumentos clínicos que permitan conocer y evaluar el proceso de convivencia desde la perspectiva del paciente. En la actualidad, la Escala de Convivencia con un Proceso Crónico (EC-PC) es la única medida que evalúa cómo el paciente convive con un proceso crónico de manera holística. La EC-PC es una innovadora medida clínica que evalúa el grado de convivencia con un proceso crónico desde la perspectiva del paciente.

OBJETIVOS

Validar la EC-PC en una población de pacientes con diversas enfermedades crónicas prototípicas y de gran prevalencia en la sociedad actual, como la diabetes mellitus tipo 2, insuficiencia cardiaca crónica, EPOC y artrosis.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevará a cabo un estudio descriptivo, observacional, internacional y transversal. A través de un muestreo de conveniencia se seleccionará una muestra de pacientes con diferentes enfermedades crónicas del ámbito público y privado nacional (Navarra, La Rioja, Madrid, Valencia, Málaga). Se ha calculado un tamaño muestral con suficiente poder estadístico de al menos 270 participantes por patología. Además de la convivencia con la enfermedad crónica (evaluada mediante la EC-PC) se incluirán otros instrumentos para evaluar las siguientes

variables: apoyo social percibido por el paciente (DUFSS), calidad de vida relacionada con la salud (WHOQOL-BREF), y satisfacción con la vida (SLS). Se analizarán las características sociodemográficas de la muestra y las siguientes propiedades psicométricas: viabilidad y aceptabilidad, asunciones escalares, fiabilidad, precisión y validez de constructo (validez convergente, interna y para grupos conocidos). Las limitaciones del proyecto están relacionadas, con el uso de instrumentos autocomplementados así como con la posible inclusión de sesgos en la recogida de datos.

APLICABILIDAD

A través de los resultados que emerjan en este estudio de validación, se podrá concluir si la EC-PC es una escala válida y fiable para medir el grado de convivencia del paciente con una enfermedad crónica y consecuentemente, ser empleada en el ámbito clínico. De esta manera, los profesionales sociosanitarios podrán diseñar intervenciones individualizadas acorde a las necesidades específicas de cada persona.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Este trabajo ha sido financiado por el Ministerio de Economía, Industria y Competitividad – Agencia Estatal de Investigación, en el marco del proyecto CSO2017-82691-R MINECO/AEI/FEDER, UE.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

P-03. DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN PARA LOS PILOTOS DE LA ACCIÓN CONJUNTA CHRODIS- PLUS

J. Txarramendieta⁽¹⁾, A. Fullaondo⁽¹⁾, E. de Manuel⁽¹⁾

⁽¹⁾Centro de Investigación en Cronicidad – Kronikgune

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Actualmente, aproximadamente entre el 70 y el 80% de los presupuestos de asistencia sanitaria de la UE se destinan al tratamiento de enfermedades crónicas. Las mejoras de la salud en toda la población dependen en gran medida de la ampliación a gran escala de intervenciones que han resultado ser eficaces en entornos de investigación controlados. La evidencia sugiere que una implementación cuidadosamente planificada y con suficientes recursos es clave para obtener resultados exitosos. La acción conjunta CHRODIS PLUS* pretende promover la implementación exitosa de 22 intervenciones, a partir de políticas y prácticas que han demostrado ser exitosas previamente en contextos europeos.

OBJETIVOS

El objetivo de la estrategia común de implementación es facilitar y estructurar la implementación de las intervenciones mediante una serie de métodos, procedimientos, técnicas y recomendaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha definido una estrategia apropiada desde el punto de vista científico, aplicable teniendo en cuenta la disponibilidad de datos, y factible, de acuerdo con el cronograma y los recursos de los implementadores. Consta de tres fases; pre-implementación, implementación y post-implementación.

Fase de pre-implementación: el objetivo de esta fase es identificar, especificar y analizar los determinantes que actúan como barreras y facilitadores que podrían influir en los resultados de la implementación, y definir las acciones a implementar. Consiste en:

- Crear un Grupo Local de Implementación (GLI) en cada uno de los pilotos, responsable de llevar a cabo la implementación
- Definir del alcance de la intervención

Realizar un análisis de situación mediante el análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas, y Oportunidades)

- Elaborar un plan de acción, para identificar los temas específicos sobre los que se debe trabajar, detectar áreas de mejora, definir objetivos específicos y actividades, y establecer indicadores clave de la implementación

Fase de implementación: esta fase consiste en ejecutar la implementación, monitorizar la implementación y recogida datos para su posterior análisis. Se seguirán los planes de acción piloto previamente elaborados y se utilizará una metodología colaborativa basada en ciclos PDSA (“Plan”, “Do”, “Study”, “Act”). El uso de ciclos PDSA pretende facilitar la implementación mediante un proceso iterativo de revisión y mejora.

Fase post-implementación: el objetivo de esta fase es que los GLIs evalúen el impacto y el

proceso de implementación de la intervención y reporten la totalidad de la implementación de forma que pueda ayudar a futuros implementadores.

La evaluación del impacto se realizará mediante el análisis la batería de indicadores definidos en el plan de acción. Para evaluar el proceso de implementación, se analizarán los factores que podrían haber influido en el proceso de implementación (positiva o negativamente) mediante el Marco Consolidado para la Investigación de la Implementación (“CFIR”).

Finalmente, Para reportar la intervención se utilizará una versión adaptada de las directrices SQUIRE 2.0(Standards for QQuality Improvement Reporting Excellence).

APLICABILIDAD

Actualmente, los 22 pilotos han diseñado sus planes de acción y están implementando sus intervenciones acorde con esta estrategia. Será necesario esperar a su finalización para analizar el impacto de la estrategia.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

CHRODIS PLUS está financiada por El Tercer Programa de Salud de la comisión europea – CHAFEA.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

P-04. MODELO DE MADUREZ SCIROCCO PARA LA TRANSFERENCIA DE BUENAS PRÁCTICAS EN ATENCIÓN INTEGRADA

J. Txarramendieta⁽¹⁾, A. Fullaondo⁽¹⁾, I. Zabala⁽²⁾, R. González⁽²⁾, E. de Manuel⁽¹⁾

⁽¹⁾*Centro de Investigación en Cronicidad – Kronikgune- Research centre on Chronicity*

⁽²⁾*Osakidetza*

JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento de la población y en consecuencia el aumento de las enfermedades crónicas supone un reto para los sistemas de salud. Esto se debe en parte a la forma reactiva y fragmentada en que se brinda la atención. En estas circunstancias, existe el riesgo de que la atención no esté coordinada, que su calidad no sea la adecuada y de que surjan complicaciones y hospitalizaciones potencialmente evitables.

Existen multitud de buenas prácticas que aportan soluciones a estos retos, pero es necesario aprovechar los conocimientos existentes y fomentar el intercambio de buenas prácticas entre sistemas. Su transferibilidad requiere una comprensión de las características de los sistemas de salud que permitan su implementación.

OBJETIVOS

El proyecto europeo SCIROCCO* pretende abordar este desafío proporcionando un modelo testado y validado, el Modelo de Madurez SCIROCCO, que facilite la transferencia de buenas prácticas en atención integrada entre sistemas.

MATERIAL Y MÉTODOS

El Modelo de Madurez SCIROCCO compara los elementos del contexto que requiere una buena práctica con la madurez del contexto del sistema al que se desea transferir. Este análisis permite identificar las fortalezas y áreas de mejora del sistema para adoptar la buena práctica y facilita el diseño de planes de acción para su transferencia.

El modelo consta de 12 dimensiones clave de la atención integrada. Cada dimensión se compone de una definición y una escala de puntuación de 0 a 5, en el que 0 es ningún desarrollo en dicha dimensión y 5 desarrollo testado y generalizado. Su resultado es un diagrama de araña con las puntuaciones de las 12 dimensiones. Está disponible en cuatro idiomas; Inglés, Checo, Italiano y Español.

El proceso de evaluación para analizar tanto los requerimientos de las buenas prácticas como la madurez de los sistemas es el siguiente:

- Selección de un grupo de análisis multidisciplinar y multinivel
- Cumplimentación del modelo SCIROCCO mediante una herramienta online de forma individual por cada miembro del grupo.
- Realización de un taller de consenso para acordar una respuesta consensuada entre los miembros del grupo
- Comparación de requerimientos de las BP y la madurez de los sistemas mediante la herramienta online

Análisis de fortalezas y debilidades.

APLICABILIDAD

El éxito de este proceso reside en el desarrollo de un proceso de negociación que defina el estado del sistema en cada una de las dimensiones, aunando puntos de vista de diferentes agentes del sistema. Se centra en la comprensión contextual, y enfatiza las experiencias, conocimientos y puntos de vista de los participantes en el análisis, que son quienes tienen el tipo y la granularidad de la información requerida.

El modelo ha sido validado y probado por cinco regiones europeas, (Escocia, Norrbotten, Olomuc, Puglia y el País Vasco), donde se ha analizado la factibilidad del intercambio de prácticas y la creación de planes de acción para su transferencia. Ha demostrado ser una herramienta útil para la gestión del cambio que ayuda al desarrollo estratégico.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

El Proyecto SCIROCCO está financiado por El Tercer Programa de Salud de la comisión europea – “CHAFEA”.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

P-05. IMPLEMENTACIÓN Y ESCALADO DE UN PROGRAMA INTEGRADO DE INTERVENCIÓN PARA PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DENTRO DEL PROYECTO ACT@SCALE

A. Fullaondo⁽¹⁾, D. Schepis⁽¹⁾, I. Zabala⁽²⁾, R. González⁽²⁾, J. Txarramendieta⁽¹⁾, E. de Manuel⁽¹⁾

⁽¹⁾Centro de Investigación en Cronicidad – Kronikgune- Research centre on Chronicity

⁽²⁾Osakidetza

JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento de la población y el aumento de los pacientes crónicos representan un gran reto para la sostenibilidad de todos los sistemas sanitarios. El proyecto europeo ACT@Scale* pretende implementar, desarrollar, consolidar y escalar Buenas Prácticas (BP) en atención integrada y transferir aprendizaje y conocimientos entre regiones europeas. Las BPs están dirigidas a personas con enfermedades crónicas, de edad avanzada, frágiles o con enfermedad mental. Participan los servicios de salud de Cataluña, Sur de Dinamarca, Norte de Holanda y País Vasco. Una de las BPs implementadas en el País Vasco es el Programa Integrado de Intervención para pacientes pluripatológicos (PIIPP), desarrollado por Kronikgune y Osakidetza.

OBJETIVOS

El objetivo del PIIPP es la implementación y el escalado de una ruta de atención común para pacientes pluripatológicos en Osakidetza.

MATERIAL Y MÉTODOS

El proceso comenzó en 2016, mediante la organización de un grupo de profesionales multidisciplinar y multinivel de 14 organizaciones del sistema sanitario vasco. La metodología de implementación sigue los métodos de mejora de la calidad estructurados en múltiples organizaciones y basados en ciclos PDSA (“Plan”, “Do”, “Study”, “Act”).

En la fase de planificación se decidieron las acciones a implementar; definición de la ruta común, evaluación de su efectividad, plan de formación a profesionales, protocolo de empoderamiento de pacientes y su evaluación, e incorporación como funcionalidad de la historia clínica electrónica (Osabide)

A lo largo de diferentes ciclos PDSA, se han desarrollado y analizando las acciones definidas y propuesto los cambios necesarios.

Resultados: A partir de una ruta previa para pacientes pluripatológicos, se han analizado similitudes y diferencias entre las organizaciones participantes, y se ha definido la ruta común acorde con la definición de la EPA (“European Pathway Association”), con los componentes:

- Objetivos y elementos clave de la asistencia.
- Facilitación de la comunicación entre profesionales, pacientes y familiares
- Coordinación del proceso asistencial.
- Documentación, monitorización y evaluación de variabilidad y resultados.
- Identificación de recursos.

Para evaluar su efectividad, se ha definido un cuadro de mando con indicadores organizados en siete dimensiones; recursos, servicios, integración de la atención, eficacia, seguridad, igualdad y eficiencia.

Además, se ha definido un plan de formación para profesionales, incluyendo gestión de pacientes pluripatológicos, herramientas de estratificación del riesgo y técnicas de empoderamiento de pacientes pluripatológicos.

Tras analizar las herramientas corporativas de empoderamiento de Osakidetza, se ha acordado el programa Kronik On para el empoderamiento de pacientes pluripatológicos. Consta de 4 sesiones presenciales, donde se realiza una valoración del paciente, se explican las patologías, se analiza la adherencia al tratamiento, se acuerdan propósitos y objetivos y se forma en el autocontrol de síntomas y signos de alarma.

Finalmente, se ha informatizado la ruta con una nueva herramienta corporativa de Osakidetza (GIP), e integrada en Osabide. Permite definir, gestionar y realizar el seguimiento de pacientes.

APLICABILIDAD

Actualmente, se está implementando el programa en todas las Organizaciones Sanitarias Integradas de Osakidetza.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

El proyecto ACT@Scale está financiado por El Tercer Programa de salud de la comisión europea - CHAFEA.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

P-06. VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO CAMBADOS PARA DEFINIR LOS E-SENIOR CHRONICS

I. Said Criado⁽¹⁾, G. González Cristobo⁽²⁾, M. Martínez Pillado⁽¹⁾,
A. A. Regueiro Martínez⁽⁴⁾

⁽¹⁾Hospital POVISA. Vigo. Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur

⁽²⁾Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vilanova. EOXI
Pontevedra-Salnés

⁽³⁾Unidad de Calidad. EOXI Pontevedra-Salnés. Instituto de Investigación Sanitaria
Galicia Sur

⁽⁴⁾Centro de Salud Vilanova. EOXI Pontevedra-Salnés

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La irrupción de novedosas soluciones basadas en el mundo digital dirigidas a enfermos crónicos supone una oportunidad para mejorar su cuidado. Cada vez son más los pacientes que están adquiriendo competencias digitales de cara a mejorar el conocimiento de su enfermedad (health literacy), monitorizar su cuidado o relacionarse con expertos y otros pacientes. Sin embargo, aún no tenemos herramientas que permitan medir esas competencias digitales en el enfermo crónico, de igual forma que no sabemos qué recurso digital es más adecuado para cada uno.

OBJETIVOS

1. Validar el cuestionario Cambados con enfermos crónicos, mayores de 65 años, con altas competencias digitales (e-senior chronics).
2. Analizar la adherencia a herramientas de Salud Digital en estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Diseño: Estudio de validación de cuestionarios en pacientes seleccionados de forma consecutiva en consulta de Atención Primaria de la EOXI Pontevedra-El Salnés.
2. Sujetos: Pacientes atendidos en Atención Primaria con enfermedad crónica, con diagnóstico reciente (al menos 6 meses) de enfermedades crónicas que precisan atención periódica, mayores de 65 años, independientes para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y con capacidad para leer, que firmen consentimiento informado.

Según encuestas de población, el 70% de los jubilados españoles están digitalizados, con lo que para un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5% se necesita un tamaño muestral de 323 pacientes para poder realizar los diferentes análisis de validez y fiabilidad con una suficiente potencia estadística.

-Variables a estudio:

1. Demográficas: edad, sexo, lugar de residencia, nivel de estudios.
2. Grado de adherencia a recursos digitales ajustados a la enfermedad crónica del paciente: preguntas sobre uso y utilidad de una herramienta digital elegida por el médico 2 semanas después de su prescripción.

3. Puntuación del Cuestionario Cambados según áreas de competencia: i) Tecnológica; ii) Relación con el sistema sanitario; iii) Nivel de autogestión de su enfermedad; iv) Variables relacionadas con la medicación y; v) Red de apoyo social.

Análisis estadístico: se realizará una descripción estadística mediante medias de puntuaciones según variables sociodemográficas, así como comparación entre pacientes adherentes a la solución tecnológica prescrita y aquellos que no lo son. Se evaluará la factibilidad, validez y fiabilidad del cuestionario para detectar pacientes con altas competencias digitales. A partir de los valores del cuestionario validado se realizarán curvas ROC para establecer la puntuación (cut- off) que mejor defina este tipo de población y se estimarán la sensibilidad, la especificidad y valores predictivos del cuestionario.

Limitaciones: el estudio debe aún ser evaluado por el CEI regional para su puesta en marcha. Existe el riesgo de falta de colaboración del paciente y su negativa a utilizar el recurso digital ofrecido a pesar de completar el cuestionario. Podrían existir pérdidas de seguimiento en las semanas posteriores al uso del cuestionario, de forma que no sea posible evaluar la adherencia a la herramienta digital utilizada. La definición de las áreas competenciales del cuestionario puede no englobar todas las características que definan realmente a este subgrupo de pacientes.

APLICABILIDAD

Estratificar estos pacientes para poder ajustar el tipo de recurso digital más adecuado a sus características.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

P-07. ESTUDIO DE DETECCIÓN DE ALTERACIONES DE LA DEGLUCIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS ANCIANOS Y CON PATOLOGÍAS NEUROLÓGICAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE

I. García⁽¹⁾, N. Virgili⁽²⁾, V. Herrera⁽¹⁾, M. Montserrat⁽¹⁾, R. Monseny⁽¹⁾, M. Llopis⁽¹⁾

⁽¹⁾*Servicio de Dietética y Nutrición Clínica. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona*

⁽²⁾*Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona*

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

La disfagia orofaríngea es un síndrome frecuente asociado al envejecimiento, siendo su prevalencia elevada en los diferentes fenotipos de ancianos y en patologías neurológicas, y que puede tener importantes repercusiones clínicas. Nuestro centro es un hospital de tercer nivel que cuenta un gran volumen de pacientes hospitalizados. El estudio se ha centrado en los servicios dónde hay una probabilidad mayor de que los pacientes presenten alguna alteración de la deglución debido a las patologías crónicas de base y a la edad avanzada.

OBJETIVOS

Detectar y diagnosticar alteraciones de la deglución en pacientes con alto riesgo de disfagia debido a su patología y/o edad para prevenir complicaciones y reingresos hospitalarios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional transversal. Participaron 66 pacientes voluntarios ingresados en los servicios de Medicina Interna, Neurología, Neurocirugía y Traumatología. Los criterios de inclusión de los pacientes fueron: posibilidad de alimentación oral, edad igual o mayor de 70 años, excepto en los pacientes del servicio de Neurología y Neurocirugía, que no se tenía en cuenta la edad; y haber firmado el consentimiento informado. Criterios de exclusión: imposibilidad de alimentación oral. Se les realizó el test de cribado Nutritional Risk Screening 2002 para riesgo nutricional y el test MECV-V (método de exploración clínica volumen-viscosidad) para valoración de la disfagia, para el cual se utilizó un espesante en polvo a base de goma xantana.

Resultados: la media de edad es 80,2 años. Un 40,9% de los pacientes daban positivo en alguna alteración de la seguridad en el test MECV-V, de los cuales un 74% pertenecían al servicio de Traumatología, un 59,2% a Medicina Interna y un 48,2% a Neurología y Neurocirugía. Un 28,9% que presentan alguna alteración de la seguridad en la deglución, no se habían diagnosticado previamente como disfágicos. Por otro lado, un 34,78% de aquellos en los cuales se había hecho alguna modificación de la textura de su dieta por sospecha de disfagia, no presentaron ninguna alteración al hacer el test MECV-V. Un 27,3% de los pacientes a los que se les hizo alguna adaptación de la dieta, no fueron valorados nutricionalmente por el servicio de Dietética. Además, de aquellos pacientes que presentaban riesgo de desnutrición en el test NRS-2002, un 30,3% no eran tratados por ningún/a dietista.

APLICABILIDAD

Se demuestra que existe una valoración inadecuada y un infradiagnóstico de la disfagia, siendo necesario establecer un sistema de cribado específico y personal especializado para dar un tratamiento correcto.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

No ha habido ninguna compensación para el equipo investigador ni ningún coste adicional para el centro ya que se han usado herramientas disponibles, por tanto la memoria económica es de 0€.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

P-08. SEGURIDAD DE LA VACUNACIÓN INTRAMUSCULAR FRENTE A LA GRIPE ENTRE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULACIÓN ORAL

R. Redondas Marrero⁽¹⁾, L. Quintana Paris⁽²⁾, S. Estévez Jorge⁽¹⁾, L. Nuez Herrera⁽¹⁾, R. Mendoza Sánchez⁽³⁾, J. A. Díaz Berenguer⁽¹⁾

⁽¹⁾Área Técnica. Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria. Las Palmas

⁽²⁾Servicio de Hematología y Hemoterapia. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Las Palmas

⁽³⁾Programa de Vacunas. Dirección General de Salud Pública. Las Palmas

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La vacunación frente a la gripe está sistemáticamente recomendada en población con factores de riesgo. Para mayores de 64 años, Canarias y otras regiones del mundo recomiendan la vacunación con vacuna antigripal de antígeno de superficie con adyuvante MF59C.1 que se administra únicamente por vía intramuscular. La vía intramuscular está generalmente contraindicada o restringida en pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales (TAO), sin embargo varias Comunidades Autónomas recomiendan la vacunación intramuscular con vacuna antigripal adyuvada pese a la escasa y muy poco actualizada bibliografía.

OBJETIVOS

Determinar la seguridad de la vacunación antigripal intramuscular con la vacuna adyuvada con MF59C.1 entre pacientes con anticoagulación oral.

Objetivos específicos:

- Cuantificar los efectos secundarios a corto plazo de la vacunación antigripal intramuscular en sujetos con TAO bien controlados.
- Analizar la variabilidad en los niveles de anticoagulación (INR) en los 60 días posteriores.
- Analizar los cambios de medicación TAO en los 60 días posteriores.
- Comparar las complicaciones mayores (mortalidad, ingresos, etc.) en el grupo exposición respecto a los grupos control.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohortes prospectivo, donde existirán 3 cohortes de análisis (202 sujetos por cohorte). Descripción de la cohortes:

- Cohorte exposición: (vacuna+anticoagulación). Formado por sujetos vacunados con TAO, bien controlados.
- Cohorte Control 1 (no vacuna+si anticoagulación): Sujetos no vacunados en tratamiento con TAO, bien controlados.
- Cohorte Control 2 (vacuna+no anticoagulación): Formado por sujetos vacunados sin TAO

Modalidad de participación: Multicéntrico con la participación de 3 Zonas Básicas de Salud (ZBS) de Gran Canaria. Centro titular y responsable: Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria, a donde pertenece el investigador principal. Otros centros participantes: Hospital Dr. Negrín, Hospital Insular y Dirección General de Salud Pública.

Población de estudio y tamaño muestral: 606 sujetos en el total del estudio. Para el tamaño de la cohortes se estimaron distintos escenarios y la variabilidad de las principales variables del estudio.

Criterios de inclusión: Sujetos mayores de 64 años que acudan a su control de INR o que acudan a una cita para vacunación antigripal.

Criterios de exclusión: Ya incapacidad para otorgar consentimiento adecuado (demencia, patología mental severa, otros trastornos). Sujetos en los que no sea viable asegurar el seguimiento como viajes, población asignada provisionalmente o imposibilidad para contacto posterior.

Limitaciones: las propias de un estudio de cohortes, principalmente el tamaño muestral no es tan alto como sería deseable y tendremos pérdidas que limitarán las conclusiones. Habrá diferencias por sexo, edad, fármacos ingeridos, nivel social, etc. que no podremos analizar adecuadamente.

APLICABILIDAD

La investigación permitirá aportar evidencia científica sobre el rango de seguridad de la vacunación antigripal intramuscular en sujetos con TAO, con gran repercusión en términos de estrategias de Salud Pública. La traslación de la investigación a la práctica clínica se ve enormemente facilitada por el hecho de aportar evidencia ante una cuestión que ya se plantean profesionales clínicos y gestores en cada campaña anual.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Pendiente de financiación externa, cuenta en el apoyo de la Gerencia de AP de Gran Canaria para su ejecución. Se trata de un proyecto que ganaría en calidad con mayor carácter multicéntrico con centros de otro ámbito geográfico.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

P-09. INFLUENCIA ESTACIONAL EN EL CURSO DEL SÍNDROME ANOREXIA-CAQUEXIA EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS

P. Encinas Martínez⁽¹⁾, E. Gutiérrez García⁽²⁾, L. M. Luengo Pérez⁽³⁾

⁽¹⁾*Psicóloga Equipo Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP) Área Llerena-Zafra.*

Asociación Oncológica Extremeña-(AOEx)-SES

⁽²⁾*Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Facultad de Psicología.*

Universidad Santiago de Compostela, Campus Vida, 15786 Santiago de Compostela

⁽³⁾*Departamento de Ciencias Biomédicas. Facultad de Medicina. Universidad de Extremadura*

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Varios estudios analizan los efectos del clima en la salud humana¹, estos indican que las condiciones atmosféricas que conforman el clima y los cambios estacionales tienen un profundo efecto en la salud humana y en el bienestar, reflejándose un aumento de mortalidad en las olas de calor y de frío. Investigaciones sobre la temperatura ambiente y fallo cardiaco^{2,3} reflejan una relación directa entre la temperatura y una elevación del péptido natriurético de tipo B(BNP) y de la proteína C reactiva indicando fallo cardiaco.

Hart⁴ relaciona la tasa de mortalidad por cáncer con la temperatura ambiente, señalando que una menor tasa de mortalidad por cáncer estaba asociada con temperaturas más cálidas. Dentro de la enfermedad oncológica encontramos un elevado riesgo de desnutrición, tanto por la propia enfermedad como por los tratamientos recibidos que afectan al estado nutricional. La Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN)⁵ indica en su artículo que, de acuerdo con los estudios a nivel mundial, la prevalencia de la desnutrición en pacientes con cáncer se encuentra entre el 20 y más del 70%, dependiendo de la edad, el tipo y el estadio del cáncer.

Nicolini, A y col⁶ señalan en su artículo que la desnutrición, la anorexia y la caquexia son síntomas comunes en los pacientes oncológicos. Se halla que la anorexia es generada por una alteración de los mecanismos fisiológicos centrales encargados de controlar el consumo alimentario. En relación con estudios realizados sobre anorexia, en este caso nerviosa (AN), Gutiérrez y colaboradores^{7,8,9,10,11,12} demuestran experimentalmente el efecto amortiguador de la elevación de la temperatura ambiental sobre el aumento de la actividad y la pérdida de peso en ratas sujetas a la condición de Anorexia basada en la actividad (ABA). En el artículo de Carrera, O. y Gutiérrez, E.¹³ se señalan los primeros casos en los que se constata que se utilizó el tratamiento del calor en pacientes con inanición que datan del S. XIX, siendo William Gull el primero en recomendarlo en pacientes con AN.

OBJETIVOS

Analizar la influencia del clima en la evolución de los pacientes oncológicos que presentan síndrome de anorexia-caquexia (SAC).

- Relacionar la influencia de la climatología/estacionalidad en el mantenimiento de los síntomas.

- Establecer si en periodos más cálidos hay un aumento de la mortalidad de estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Se realizará un estudio prospectivo descriptivo de los pacientes que presentan una enfermedad oncológica en situación avanzada y/o terminal con SAC y otra sintomatología asociada, durante las estaciones cálidas y frías, (definidas estas por la temperatura media mensual), así como la influencia de pautas comportamentales y los otros factores ambientales.

Sujetos: Se espera reclutar en torno a un centenar de paciente oncológico que no esté en tratamiento curativo y presente una pérdida de peso de más del 5% en los últimos seis meses o un IMC menor de 20.

APLICABILIDAD

Los resultados de este estudio, junto con futuras investigaciones, pueden llegar a ser relevantes en la práctica clínica, incorporando una variable a tener en cuenta para mejorar el cuidado de los pacientes y los profesionales, detectando momentos más críticos (mayor número de pacientes y más sintomatología) y facilitando la búsqueda de procesos, herramientas o creación de condiciones que mejoren la calidad de vida del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

KALKSTEIN, L. S., K. M. VALIMONT. Climate effects on human health. En: *Potential effects of future climate changes on forests and vegetation, agriculture, water resources, and human health*. EPA Science and Advisory Committee Monograph no. 1987, no 25389, pp 122-52. Washington, D.C.: U.S. Environmental Protection Agency.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

P-11. PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN PACIENTES QUIRÚRGICOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

C. Jiménez de Juan⁽¹⁾, A. B. Guisado Gil⁽²⁾, N. Ramírez Duque⁽¹⁾, B. Barón Franco⁽¹⁾, R. Gámez Mancera⁽¹⁾, F. de la Portilla de Juan⁽³⁾

⁽¹⁾*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

⁽²⁾*Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

⁽³⁾*Unidad de Cirugía Coloproctológica. Servicio de Cirugía General y del Apto. Digestivo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El aumento de la esperanza de vida que se está produciendo en los últimos años viene acompañado de un incremento en la prevalencia de las enfermedades crónicas. La presencia de varias enfermedades crónicas en una misma persona es bastante frecuente, y va aumentando con la edad.

Por otro lado, el cáncer colorrectal es el tumor maligno de mayor incidencia en España, si se cuenta hombres y mujeres. La incidencia de complicaciones postoperatorias tras la cirugía colónica se estima entre el 10 y 30%. La prevención de complicaciones está determinada por la buena selección y preparación preoperatoria del paciente, una adecuada técnica quirúrgica y un manejo postoperatorio médico-quirúrgico correcto.

En consecuencia, se considera que la atención conjunta por parte de Medicina Interna, Farmacia Hospitalaria y Cirugía Coloproctológica a los pacientes con enfermedades crónicas complejas o pluripatología puede ser beneficioso, en cuanto a mortalidad, reducción de complicaciones peri y postoperatorias, estancia media y riesgo de anulación de la intervención por problemas farmacológicos o médicos no resueltos.

OBJETIVOS

Analizar el impacto en resultados en salud de la intervención de un equipo multidisciplinar en la conciliación de la medicación y en el seguimiento de pacientes con patologías médicas crónicas, que se van a someter a una intervención quirúrgica de carcinoma colorrectal.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Diseño: Cuasi experimental pre y post intervención.
- Sujetos de estudio: Pacientes en seguimiento por Cirugía Coloproctológica. Se incluirán pacientes mayores de 18 años, en espera para intervención quirúrgica por neoplasia colorrectal y que sean identificados como de alto riesgo, es decir: pacientes pluripatológicos, polimedcados, diabéticos y/o con enfermedad médica avanzada: insuficiencia cardíaca avanzada o cardiopatía isquémica; neumopatías crónicas; hepatopatías avanzadas (Child-Pugh B o C); enfermedad renal crónica avanzada (filtrado glomerular < 30 ml/min)
- Método: El equipo quirúrgico seleccionará a los pacientes de alto riesgo. Un farmacéutico se encargará de realizar una propuesta de conciliación terapéutica, revisando las prescripciones del paciente y realizando una entrevista telefónica con el paciente o con el cuidador. Esta propuesta será validada por Medicina Interna, que realizará un seguimiento del paciente durante el ingreso para prevenir y tratar las complicaciones postoperatorias.

- **Análisis estadístico:** Los datos se analizarán en el programa IBM SPSS Statistics 23®. Se comparará con un grupo control retrospectivo. En el análisis de fuerza de asociación entre dos variables continuas se utilizará el coeficiente de correlación de Pearson o el coeficiente de Spearman. Se utilizará la prueba de Chi cuadrado para mostrar dependencia o independencia entre variables cualitativas. Se aplicará el test de T de Student o U de Mann-Whitney en comparaciones de datos cuantitativos. Se asumirá una significación estadística cuando $p < 0,05$.
- **Limitaciones:** Una limitación de nuestro estudio es la escasez de estudios similares con los que comparar.

APLICABILIDAD

La evidencia muestra que los programas dirigidos a mejorar las transiciones asistenciales que demuestran mejores resultados son los que combinan diversas estrategias y están basados en el trabajo multidisciplinar de diversos profesionales sanitarios y la evaluación integral de sus necesidades.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

No financiado.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

P-13. PROYECTO NIRS-DIABETES. EVALUACIÓN CLÍNICA MEDIANTE LA ESPECTROSCOPIA DE INFRARROJO CERCANO (NIRS) COMO FACTOR PRONÓSTICO DE DAÑO VASCULAR EN DIABETES

M. Cáceres León⁽¹⁾, N. Durán Gómez⁽¹⁾, J. Guerrero Martín⁽¹⁾, M. Nadal Delgado⁽²⁾, L. Palomares Núñez⁽³⁾, D. V. Pérez Civantos⁽⁴⁾

⁽¹⁾*Facultad de Medicina. Universidad de Extremadura*

⁽²⁾*Psicooncología. Asociación Oncológica Extremeña (AOEX). Hospital Infanta Cristina. Servicio Extremeño de Salud*

⁽³⁾*Grado en Enfermería. Universidad de Extremadura*

⁽⁴⁾*Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Infanta Cristina. Servicio Extremeño de Salud*

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La diabetes es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de trastornos vasculares. Los trastornos vasculares descritos en la niñez son complicaciones microvasculares oculares, trastornos renales (bajo aclaramiento de creatinina, microproteinuria fluctuante) o cambios ecocardiográficos. La evaluación del flujo sanguíneo del músculo esquelético, especialmente de los vasos pequeños es posible con espectroscopia de infrarrojo cercano (NIRS), una técnica relativamente nueva y que ha sido validada en varios estudios. Por medio de NIRS, se ha detectado un flujo sanguíneo anormal del músculo periférico y oxigenación en pacientes adultos con diabetes, enfermedad vascular periférica e insuficiencia cardíaca.

OBJETIVOS

Medir el flujo sanguíneo del antebrazo (FSA) para detectar posibles cambios que pudieran indicar trastornos vasculares en niños y adolescentes con diabetes tipo 1.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional longitudinal con comparación de grupos. Se incluirán en el estudio pacientes diagnosticados de Diabetes Mellitus tipo 1, de menos de 5 de evolución.

Se registrarán variables sociodemográficas y clínicas. Se obtendrán valores de FSA en reposo y en ejercicio mediante procedimiento neumático de oclusión venosa. Las mediciones de NIRS se realizarán utilizando el INVOS 5100® (Somanetics Inc, Troy, MI, USA), dispositivo más usado y único aprobado FDA para uso clínico en todas las edades que incluye cuatro diodos láser para la medición con longitudes de onda de 775, 825, 850 y 904 nm.

Los grupos diabéticos y sanos se compararán usando prueba t de Student no pareada. Para comparar las tres mediciones de FSA en reposo y para la comparación de FSA en reposo y FSA después del ejercicio, se utilizará la prueba t de Student pareada. En ambos grupos, se realizará una comparación de sujetos mediante Prueba U de Mann-Whitney. En ambos grupos, FSA en reposo y el aumento de FSA después del ejercicio se correlacionarán con la edad, el IMC, la concentración de hemoglobina, la presión sanguínea y la frecuencia cardíaca mediante análisis de regresión lineal y polinomial. En el grupo diabético, el FSA en reposo

y el aumento de FSA después del ejercicio se correlacionarán con la edad, la duración de la diabetes, los niveles de glucosa en sangre y la HbA1c mediante análisis de regresión múltiple. Todos los análisis estadísticos serán realizados con el software IBM® SPSS® Statistics versión 22.

APLICABILIDAD

Podremos demostrar que los niños y adolescentes con diabetes tipo 1 tienen un FSA reducido en comparación con sujetos con control saludable, esta reducción del FSA se podrá detectar por medio de NIRS realizado temprano en la infancia. La medición de NIRS en combinación con la oclusión venosa del flujo sanguíneo del músculo esquelético es un método relativamente nuevo, pero se ha utilizado cada vez más en adultos en los últimos años. En niños y adolescentes con diabetes tipo 1 que no tienen otros signos clínicos, este método es prometedor, bien tolerado y no invasivo cuando se evalúan trastornos de la perfusión muscular.

Posibles limitaciones: Tamaño muestral y dificultad de comparación con los estudios realizados en adultos debido a diferentes protocolos y puntos temporales de medición.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Pendiente de resolución de ayudas a grupos de investigación de la Junta de Extremadura.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

P-14. IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN C3-Cloud EN EL PAÍS VASCO

A. de Blas de Blas⁽¹⁾, N. González López⁽¹⁾, M. Ogueta Lana⁽¹⁾,
D. Verdoy Berástegui⁽²⁾, A. Fullaondo Zabala⁽²⁾, E. de Manuel Keenoy⁽¹⁾ en
representación del equipo local de Osakidetza y del consorcio C3-Cloud
⁽¹⁾Organización Central de Osakidetza. Vitoria

⁽²⁾Centro de Investigación en Cronicidad-Kronikgune. Barakaldo (Vizcaya)

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

C3-Cloud es un sistema TIC interoperable para mejorar la atención a las personas mayores con múltiples enfermedades crónicas, que facilita la atención integrada, colaborativa y centrada en el paciente mediante planes personalizados basados en la evidencia. Su aplicabilidad se va a probar en tres regiones europeas, siendo una de ellas País Vasco a través de Osakidetza.

OBJETIVOS

- Identificar e implementar los elementos necesarios para el despliegue y operación de las plataformas informáticas, asegurando la interoperabilidad técnica, estructural y semántica con los sistemas de Osakidetza.
- Asegurar la disponibilidad de todos los aspectos organizativos necesarios para la puesta en marcha de la intervención.

MATERIAL Y MÉTODOS

El nuevo sistema, que consta de dos plataformas interconectadas (una para pacientes y otra para profesionales de la salud), se ha instalado, integrado y desplegado en el entorno Osakidetza.

C3-Cloud se va a probar con 254 pacientes pluripatológicos y más de 100 profesionales de Osakidetza de 6 OSIs, quienes utilizarán el nuevo sistema durante el estudio (12 meses) como parte del proceso asistencial. Para ello se han adecuado aspectos organizativos, se han creado flujos de trabajo ad-hoc y se han identificado responsabilidades legales.

El proyecto evaluará la utilidad y la facilidad de uso del sistema para los participantes, mediante la cumplimentación de cuestionarios. También comparará la atención y el tratamiento recibido por los pacientes que han utilizado el sistema con otros que no lo han hecho.

APLICABILIDAD

Durante la fase de preparación previa al estudio se han llevado a cabo las siguientes actividades. Empezando con los requerimientos clínicos y asistenciales de los pilotos, se han definido las especificaciones del diseño conceptual de la arquitectura C3-Cloud, a partir de la cual se ha desarrollado el nuevo sistema. Para su implementación en Osakidetza, sus componentes se han entregado como imágenes Docker. El principal reto ha sido resolver y asegurar la interoperabilidad técnica (protocolo para el intercambio de información), estructural (traducción de formatos), semántica (mapa de correlación entre conceptos y sus códigos) y de privacidad y seguridad, entre C3-Cloud y el sistema local. Osakidetza

ha proporcionado 2 entornos: pre-producción y producción, donde el primero simula la arquitectura y configuración del segundo para las pruebas de calidad.

La intervención requiere controlar los aspectos operativos que aseguren la coherencia entre los entornos organizativos, grupos de población y el modelo de atención C3-Cloud. A partir del análisis del modelo organizativo actual en Osakidetza, se han identificado los cambios necesarios para la intervención y de ellos cuáles es posible alcanzar. Con ello se ha definido el prototipo organizativo en Osakidetza durante la intervención. Se han implementado las medidas operativas para el reclutamiento, formación, correcta ejecución de C3-Cloud y coexistencia con la tecnología local durante la intervención y evaluación del estudio. La estrategia de formación incluye a todos los participantes (pacientes, profesionales, administradores del sistema y equipos técnicos locales) y ha requerido la elaboración de materiales específicos (guías, manuales de usuario, manuales técnicos y tutoriales, etc.).

FUENTES DE FINANCIACIÓN

El proyecto C3-Cloud ha recibido financiación del programa H2020-EU (689181). Este resumen se basa en el trabajo de todo el consorcio C3-Cloud

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

P-15. ¿SE BENEFICIAN LOS PACIENTES PREFRÁGILES DE INTERVENCIÓN MULTICOMPONENTE?

T. de la Huerga Fernández-Bofill⁽¹⁾, A. I. Hormigo Sánchez⁽¹⁾, I. Agara⁽²⁾
J. Sánchez Martín⁽¹⁾, M. V. Mejía Ramirez de Arellano⁽¹⁾, O. Gómez Martín⁽¹⁾
⁽¹⁾Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid
⁽²⁾Centro de Salud Linneo (Dirección Asistencial Noroeste Madrid)

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La fragilidad, es un síndrome fisiológico caracterizado por una menor reserva y una menor resistencia al estrés que predisponen al paciente mayor a perder la resistencia, hacerlo más vulnerable y aumentar sus probabilidades de complicaciones ante las enfermedades. Se estima que el 21%-27% de los mayores de 65 años son frágiles, y el 46% de los mayores de 85 años. El ejercicio y la actividad física constituyen la recomendación principal en la fragilidad por su efecto beneficioso sobre la funcionalidad, disminución de caídas, función física, y pruebas de ejecución. No obstante, lo que todavía no está tan definido son las características (tipo, frecuencia, duración, intensidad, emplazamiento) o combinaciones de ejercicio más efectivas.

OBJETIVOS

- Conocer el porcentaje de pacientes con limitación funcional leve, mayores de 70 años no dependiente (Barthel ≥ 90 puntos), que acuden al Centro de Salud realizándoles una valoración de la capacidad funcional utilizando la prueba corta de desempeño físico SPPB, velocidad de la marcha VM6M y prueba cronometrada levántate y anda TUG.
- Conocer el número de pacientes incluidos estrategias multidisciplinares/multidimensionales.
- Conocer la calidad de vida de estos pacientes que presenta limitación funcional leve.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Periodo de estudio: desde 1 de septiembre de 2018 a 1 septiembre 2019

Población de estudio: Criterios de inclusión:

- Índice de Barthel > 90 .
- Limitación funcional (leve/ pre-frágil).
- SPPB (7-9).
- Velocidad de la marcha (6m) 0.9-1 m/s C1 o C2.

En consulta se entregan los ejercicios adaptados y se selecciona de forma aleatoria a los que se les va a realizar la intervención. Realización de intervención grupal por parte de enfermeras del centro de salud, geriatra del Hospital y enfermera de continuidad asistencial el 12 de diciembre de 2018 y realización de la encuesta EUROQOL-5D sobre calidad de vida; el grupo de 15 participantes y se repite la sesión grupal hasta completar el 50% de la muestra incluida en el estudio. Solicitud de e-consulta a geriatra del hospital para adecuación del tratamiento, valoración nutricional y funcional.

Reevaluación a los 6 meses de la intervención comparando el grupal que se realiza la sesión frente al de consejo breve en consulta. Realización de la encuesta EUROQOL-5D sobre calidad

de vida, Análisis de nº de caídas, ingresos, derivación a hospital de apoyo y mortalidad.

Se calculó considerando una prevalencia de 30% de personas frágiles entre los mayores de 70 años, con una precisión de 8% con un intervalo de confianza del 95%, resultando una muestra de 137.

Resultados: Se ha valorado entre 4 consultas de enfermería los 137 pacientes. Se realiza primera sesión grupal con 15 pacientes, de los que acudieron el 50%. Media de edad 83 años, 70% mujeres. En la encuesta de calidad de vida 70% Tengo algunos problemas para camina, 85% No tengo problemas con el cuidado personal, 60% Tengo moderado dolor o malestar, 42% Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a y de media entre 0-100 valoraban su estado de salud en 82 puntos.

Para reducir la fragilidad hay que actuar sobre su principal factor de riesgo, la inactividad. Es muy difícil generalizar las actividades concretas a realizar tras una evaluación diagnóstica de la persona mayor frágil; además es conveniente individualizarlas.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

P-17. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES EPOC EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

A. O. Mancebo Alor⁽¹⁾, M. Blanco González⁽¹⁾, M. Ruiz Gutiérrez⁽¹⁾,
R. V. Rodríguez Valenzuela⁽¹⁾, L. Seco Sanjurjo⁽¹⁾, S. Pérez Garrachón⁽¹⁾

⁽¹⁾*Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud de Canterac. Valladolid*

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Conocer morbilidades y características clínicas de pacientes diagnosticados de EPOC en un centro de salud urbano para poder adecuar su tratamiento así como establecer estrategias para abordar la enfermedad.

OBJETIVOS

Principales:

1. Conocer la adherencia al tratamiento de los pacientes con diagnóstico de EPOC
2. Poder relacionar la adherencia con las agudizaciones
3. Mejorar la respuesta terapéutica adecuando sus dispositivos

Secundarios:

1. Distinguir características socio demográficas, clínicas y comorbilidades de pacientes EPOC según su género.
2. Conocer diferentes pautas de tratamiento
3. Conocer el hábito tabáquico en pacientes EPOC según la edad y el sexo

Población diana: hombres y mujeres mayores de 18 años diagnosticados de EPOC en Historia Clínica informática hasta noviembre de 2018 en la zona básica de salud de Canterac.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de datos recogidos en el sistema informático MEDORA sobre edad, sexo, diagnóstico, tabaquismo, si han requerido ingreso y porcentaje de recogida de fármacos según módulo de prescripciones.

APLICABILIDAD

A través de los datos recogidos se podrán establecer estrategias de prevención y promoción de la salud para dichos pacientes que se podrán aplicar a cualquier centro de salud. Se podrá ampliar el estudio en un futuro a otros centros de salud del área para tener más datos sobre dicha población.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Este proyecto no dispone de financiación externa.

P-18. IMPACTO SANITARIO DE LA INTEGRACIÓN EN LA HISTORIA CLÍNICA DE UN RESUMEN INDIVIDUALIZADO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO (RIMAR)

M. T. Leal Macías ⁽¹⁾, J. F. Sierra Sánchez ⁽¹⁾, R. Gavira Moreno ⁽¹⁾,
M. Flores Delgado ⁽¹⁾, MT Gómez de Travededo y Calvo ⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Cádiz

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La prevención de errores de medicación es uno de los objetivos de calidad dentro de los sistemas sanitarios. La conciliación de la medicación pertenece al Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud y al Observatorio para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario de Andalucía. Las recomendaciones sobre conciliación muestran que uno de los puntos críticos en la prevención de errores de medicación es la fragmentación de la historia clínica.

Existen experiencias sobre la integración de diversos repositorios de información que almacenan datos sobre medicación de diferentes ámbitos asistenciales para generar un resumen del paciente incorporado a la historia clínica. Sin embargo, carece de valoración acerca del riesgo y recomendaciones.

OBJETIVOS

El objetivo principal es medir el impacto sanitario de la incorporación a la historia clínica de un resumen valorado de la medicación del paciente que integre información procedente de diferentes programas de prescripción, así como la valoración del riesgo asociado a cada medicamento y recomendaciones para su manejo.

MATERIAL Y MÉTODOS

El proyecto consta de tres fases: la primera supone el diseño del RIMAR, elaborando un listado de fármacos de riesgo a partir de fuentes de información como el listado de medicamentos de alto riesgo del ISMP entre otros. Cada fármaco incluirá los riesgos asociados y las recomendaciones para su manejo. Este listado inicial será valorado por un grupo de expertos siguiendo la metodología DELPHI. En la segunda fase se integrará el RIMAR en la historia clínica del paciente. La tercera fase valorará el impacto sanitario de dicha integración.

El proyecto se realizará según un ensayo clínico aleatorizado 1:1 y doble ciego. Tras identificar los pacientes con medicación de alto riesgo y generar su correspondiente RIMAR, se implantarán los grupos de intervención y control (pacientes con y sin RIMAR en la historia clínica respectivamente) durante un año. Posteriormente se publicará el RIMAR en todos los pacientes. Una vez analizados los datos, RIMAR se mantendrá si ha ofrecido resultados positivos.

Los pacientes a incluir en el estudio estarían en tratamiento con alguno de los fármacos definidos como de alto riesgo en la fase 1. Los pacientes a excluir serían los que pertenecieran a otras áreas sanitarias y cuya actividad asistencial no pudiera ser seguida.

La variable principal del estudio está compuesta por los actos asistenciales y los resultados negativos de la medicación; se clasifican según la necesidad, efectividad y seguridad. El análisis estadístico se realizará con el software R.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

Las limitaciones derivarían de la dificultad de estimar el número de pacientes en tratamiento con este tipo de medicación, así como la imposibilidad de generar documentos de consenso o guías de práctica clínica.

APLICABILIDAD

Los resultados incorporarían mejoras en la práctica clínica habitual del Sistema Sanitario al ser aplicable en la atención de pacientes en consultas, urgencias y atención hospitalaria.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Proyecto financiado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional y la Junta de Andalucía.

CASOS CLÍNICOS

CC-02. DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO A LA CRONICIDAD

P. Pérez Martínez⁽¹⁾, E. Fernández Quijada⁽²⁾, M. A. García Chicano⁽²⁾,
A. Galera López⁽²⁾, M. López Tornero⁽²⁾, D. López Oliva⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Centro-San Juan (Murcia)

⁽²⁾Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistalegre-La Flota. Murcia

CASO CLÍNICO

Mujer de 31 años con inestabilidad emocional.

Hasta hace 4 años no presentaba ningún antecedente médico de interés, se había independizado de la familia, compartía piso con su novio y tenía trabajo estable (empleada de banca)

Hace 4 años fue víctima de Violencia de Género por parte de su pareja, circunstancia que se prolongó durante 6 meses, hasta que fue detectada en consulta de su Médico de Familia que inició los trámites correspondientes tanto a nivel judicial como atención médica por equipo multidisciplinar.

2 meses después, encontrándose en tratamiento psicológico, presenta cuadro de inestabilidad emocional tipo límite secundario a acontecimiento estresante que requiere apoyo farmacológico con Escitalopram 10mg/24h y posteriormente Paroxetina 20mg/24h al no tolerar el primero. Psiquiatría aumenta la dosis a Paroxetina 40 mg/24 horas y asocia Lorazepam 1mg/12h, Lormetazepam 1mg/24h y Trazodona 100mg/24h. Al mes presenta gesto autolítico con ingreso hospitalario y diagnóstico de Cuadro depresivo mayor con componentes obsesivos y requiere tratamiento con Olanzapina 5mg/24h, Ketazolam 30mg/24h, duloxetina 60mg/24h.

Sufre múltiples cambios de medicación durante 2 años por intolerancia, hasta que vuelve a presentar nuevo gesto autolítico con ingesta de fármacos, que se repite a los 6 meses. Se asocia tratamiento antipsicótico (Aripiprazol 5mg)

En la actualidad la paciente se encuentra estable y ha reducido medicación por efectos secundarios (incremento de peso). Vive sola bajo estrecha vigilancia de familia y mantiene buena adherencia a medicación y a seguimiento por parte de Equipo multidisciplinar de Salud Mental en coordinación con su Médico de familia al que acude con frecuencia al sentirse apoyada.

Diagnóstico final:

Cuadro depresivo con inestabilidad emocional secundario a acontecimientos vitales en relación a Violencia de Género.

Comentario:

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

Las mujeres víctimas de Violencia de Género tienen un mayor riesgo de problemas de salud mental, como depresión y otros síntomas psicóticos, y muchos de estos cuadros se cronifican. Es importante no solo una detección precoz sino una atención coordinada por un equipo multidisciplinar que aborde la cronicidad en estos pacientes. El papel del médico de familia es importante antes, durante y después del acontecimiento.

CC-03. MANEJO DEL DEBUT DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN UN PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

A. N. Aranda Alonso⁽¹⁾, M. Escorihuela Gimeno⁽²⁾, R. Calvo Galindo⁽¹⁾,
M. Espinosa Pérez⁽¹⁾, E. Esteban Cabello⁽¹⁾, M. Marco Brualla⁽²⁾

⁽¹⁾Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

⁽²⁾Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud San Pablo. Zaragoza.

CASO CLÍNICO

En este caso queremos ejemplificar el programa de Paciente Crónico Complejo, un modelo de atención para dar respuesta precoz y adaptada a las necesidades asistenciales propias de este tipo de pacientes.

Presentamos a una mujer de 77 años pluripatológica y polimedicada, con antecedentes de HTA de larga evolución y miocardiopatía secundaria, diabetes tipo II y retinopatía no proliferativa; dislipemia; enfermedad renal crónica estadio 3 estable. Presenta anemia crónica multifactorial, con cifras inferiores a 10mg/dl, de difícil control por no absorción de hierro oral, precisando administración parenteral. Tiene asma intrínseca leve, sin exacerbaciones frecuentes. En seguimiento en consultas de Digestivo por fibrosis secundaria a VHC. También presenta hiperuricemia y síndrome depresivo reactivo.

En marzo de 2018 estuvo ingresada en Medicina Interna por insuficiencia cardiaca secundaria a fibrilación auricular de novo con respuesta rápida. Incluida por su Médico de Atención Primaria en el programa, ha precisado desde el alta un seguimiento cercano por el difícil control de su enfermedad. Para ello, la paciente puede dirigirse telefónicamente a una enfermera especializada en el programa, y todos los implicados en la asistencia mantienen una estrecha comunicación, agilizando la atención. Por parte de su médico y enfermera de primaria se ha realizado asistencia en domicilio, control sintomático y toma de decisiones terapéuticas, como la conveniencia de mantener la anticoagulación tras el inicio reciente de rectorragias. Desde su centro de salud se ha derivado cuando era necesario a la unidad hospitalaria especializada, donde hacen seguimiento ambulatorio, se plantean intervenciones como el inicio de oxigenoterapia domiciliaria, y se administra tratamiento intravenoso.

También se han programado ingresos de corta estancia para manejar las descompensaciones. En este año ha pasado de ser independiente a presentar una dependencia moderada y necesitar cuidadora en domicilio, además del apoyo estrecho de sus hijas. Mantiene un buen estado cognitivo. Se ha instruido a la paciente en el control de su enfermedad, presentando buen reconocimiento de los cambios clínicos. También se ha trabajado la adaptación a la nueva situación funcional y pronóstico vital, mejorando la ansiedad.

La paciente y su familia refieren encontrarse satisfechos con el planteamiento y la calidad de la asistencia recibida.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

CC-04. LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE, UN VALOR A CULTIVAR

M. López Tornero⁽¹⁾, A. Galera López⁽¹⁾, D. López Oliva⁽¹⁾, M. A García Chicano⁽¹⁾,
P. Pérez Martínez⁽¹⁾, E. M. Fernández Quijada⁽¹⁾

⁽¹⁾Centro Salud Vistalegre- La Flota de Murcia

⁽²⁾Centro Salud Murcia-Centro

CASO CLÍNICO

Paciente de 90 años, viudo, independiente para Actividades básicas de la vida diaria, antecedentes médicos de Hipertensión Arterial (tratamiento con 3 fármacos) Diabetes Mellitus tipo 2 (en tratamiento con insulinoterapia y antidiabéticos orales), Fibrilación Auricular Paroxística (anticoagulado con Dabigatrán), ictus isquémico. Deambula en domicilio sin dificultad, aunque para salir, usa andador porque se mareas. Portador de pañales nocturnos (para evitar caídas nocturnas).

Fue una persona muy activa e importante hombre de negocios. Vive con su hija y nietos, que cuidan de él tras un ictus isquémico por olvido de toma de Dabigatrán, del que se ha recuperado con alguna secuela (desorientación, inestabilidad). Por sus mareos, la familia restringe las salidas del domicilio, impidiéndole relacionarse socialmente, ocasionándole frustración y sensación de enfermedad.

Acude su hija a consulta preocupada por la mala adherencia al tratamiento de su padre, lo que ocasiona continuas discusiones.

Acudimos al domicilio, donde el paciente nos cuenta que “él está bien” y que es su familia la que insiste en etiquetarle “de enfermo”. Aunque confiesa marearse con facilidad. En la exploración física presenta tensión arterial 100/60 mmHg y glucemia postprandial 80 mg/dL; ligera desorientación espacial, resto normal.

A pesar de la buena red de apoyo familiar que presenta, está sobretratado y “sobreprotegido”. Marcamos objetivos terapéuticos en cuanto a presión arterial, glucemia y calidad de vida: reducimos la dosis de insulina y el número de fármacos antihipertensivos; aconsejamos sobre la no necesidad del uso de pañales pero sí la salida a pasear acompañado. Trabajamos con paciente y cuidador la importancia de la adherencia terapéutica.

Gracias a estos pequeños cambios y programando varias visitas a domicilio, conseguimos que la familia gane confianza en la autonomía del paciente, deje etiquetarle de “enfermo” y haga un cuidado responsable. Además, hacemos comprender a paciente y cuidador que tomar medicación no es sinónimo de enfermedad, si no de autocuidado.

Comentario:

El médico de familia tiene la capacidad de introducirse en el ámbito más íntimo de los pacientes crónicos, comprender su entorno biopsicosocial, para así implementar medidas que mejoren la calidad de vida a través de fomentar la autonomía del paciente y el autocuidado, más allá de la toma de fármacos.

CC-05. EL SENTIDO COMÚN DEL PACIENTE

A. Galera López⁽¹⁾, D. López Oliva⁽¹⁾, M. López Tornero⁽¹⁾, P. Pérez Martínez⁽²⁾,
M. A. García Chicano⁽¹⁾, E. M. Fernández Quijada⁽³⁾

⁽¹⁾MIR Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Vistalegre La Flota de Murcia.

⁽²⁾MIR Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Murcia Centro de Murcia

⁽³⁾Médico Especialista de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud
Vistalegre La Flota de Murcia

CASO CLÍNICO

Varón de 95 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, cardiopatía hipertensiva, hamartoma pulmonar, úlcera gástrica, aneurisma de aorta infrarrenal, neoplasia urotelial vesical intervenida y anemia con rasgos displásicos.

Como tratamiento crónico toma ácido fólico, calcifediol, amlodipino, omeprazol, ácido acetilsalicílico y calcitriol.

Sigue revisiones periódicas por nefrólogo, cardiólogo y neumólogo.

Es autónomo para sus actividades y se desplaza en moto eléctrica. A su vez es el cuidador principal de su mujer, con Alzheimer, ya que no tiene hijos. Tiene nivel cognitivo conservado íntegramente.

El paciente acude a consulta y nos refiere que tiene algo muy importante que decir. Seguidamente saca un escrito redactado que nos lee, explicándonos antes que está dirigido a todos los médicos que lo están tratando y motivado tras la consulta con su nefrólogo que le ha insistido por sexta vez en que se intervenga del aneurisma renal, habiéndose negado el paciente otras tantas veces.

El paciente comienza a leer y explica en su carta que es un anciano de 95 años que “lo único que necesita es terminar sus días en paz”. “Que es normal que los ancianos tengan enfermedades pero que lo que debe hacerse con él es darle la mínima medicación posible, enviarlo al menor número de especialistas posible, respetar sus decisiones cuando no quiera intervenir” y, cito textualmente, “no darle muchos disgustos”. Tras esto, el paciente solicita que revisemos su receta electrónica para retirar calcitriol y calcifediol (que decidió hace meses no tomarlos) ya que desea reducir al mínimo la medicación.

Comentario:

Debemos recordar en el ejercicio de nuestra actividad asistencial conceptos como el de adecuación del esfuerzo terapéutico que consiste en retirar, ajustar o no instaurar un tratamiento cuando el pronóstico limitado así lo aconseje, o el de obstinación terapéutica (instauración de medidas no indicadas, desproporcionadas o extraordinarias, con la intención de evitar la muerte en un paciente tributario de tratamiento paliativo). Y por supuesto, y mucho más importante que lo anterior, debemos respetar las decisiones del paciente.

Debemos asumir que es el responsable de su salud y que la autonomía es un derecho de los pacientes que todo médico debe respetar.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

CC-06. LA PRESCRIPCIÓN DE DEPORTE COMO DESPRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS

M. A. García Chicano⁽¹⁾, E. M. Fernández Quijada⁽¹⁾, I. Saura García⁽¹⁾,
P. Pérez Martínez⁽²⁾, M. López Tornero⁽¹⁾, A. Galera López⁽¹⁾.

⁽¹⁾C.S. Vistalegre- La Flota. Murcia

⁽²⁾C.S. Murcia San Juan

CASO CLÍNICO

Mujer de 82 años, viuda desde hace 2 años, vive sola con visitas diarias de los hijos a quienes le prepara la comida, HTA de difícil control con tres fármacos, dislipemia con estatinas, DM con insulina, IMC 33, mastectomizada bilateral, depresión desde el fallecimiento de su marido tratada con ISRS y benzodiacepinas, paracetamol/tramadol para la gonalgia bilateral y omeprazol. 10 principios activos en total.

Acude a nuestra consulta acompañada de su hija mayor porque no duerme, en ocasiones presenta mareos y quiere más medicamentos para dormir y el dolor de las articulaciones, nos cuenta que echa de menos a su marido, se siente muy sola, no sale porque no tiene ganas, vemos que la paciente necesita salir de casa y la hija está de acuerdo, preguntamos sobre su vida y hace años, antes de tener que cuidar de su marido, iba a piscina.

Le informamos que el centro de día del barrio va a empezar con un programa de ejercicios e insistimos en que acuda, finalmente accede. A los tres meses viene cambiada, ha perdido 6 kilos con deporte y dieta hiposódica sin grasas, cifras de TA 110/60, precisa menos insulina y duerme por las noches por lo que reducimos dosis de benzodiacepinas y retiramos un fármaco antihipertensivo.

Vuelve de nuevo a las 2 meses ha perdido 3 kilos más, ya no toma benzodiacepinas y refiere no tener mareos, hablamos de la gonalgia bilateral que ha mejorado parcialmente y reducimos a sólo paracetamol si dolor, se ha apuntado a bailes tradicionales y no quiere tomar antidepressivos por lo que reducimos dosis y valoración en un mes con control analítico.

Al mes glucemia en rango normal, TA 129/82, LDL 108, IMC 29. Se encuentra animada y suspendemos ISRS. Retiramos omeprazol que tomaba de manera injustificada. Actualmente toma 2 fármacos para control arterial, insulina y paracetamol ocasional.

Despertar el interés de los pacientes por su salud con apoyo familiar es importante para evitar el deterioro y la fragilidad. En ocasiones un envejecimiento activo y saludable reduce el consumo de medicamentos y ayuda a la desprescripción. Introduzca aquí el texto de su caso clínico.

CC-07. INSUFICIENCIA CARDIACA EN PACIENTE DE ALTA COMPLEJIDAD. ¿DE QUIÉN?

B. Pérez Martínez⁽¹⁾, P. Pérez Martínez⁽²⁾, P. Pérez López⁽³⁾

⁽¹⁾Servicio de Cardiología Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena (Murcia)

⁽²⁾Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Murcia Centro San Juan

⁽³⁾Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Vistalegre-La Flota de Murcia

CASO CLÍNICO

Varón de 76 años con descompensación de su insuficiencia cardiaca multicausal.

Cumple criterios de pluripatología: Diabetes Mellitus 2, Hipertensión arterial, dislipemia, EPOC moderado (seguimiento por neumología), Insuficiencia renal, hepatopatía crónica (seguimiento por Digestivo), insuficiencia cardiaca crónica (seguimiento por cardiología).

Tratamiento crónico: Sitagliptina 100mg/12h, Metformina 850mg/12h, furosemida 40mg/24h, Valsartan 160mg/24h, Formoterol/Fluticasona.

Situación basal: ligeros edemas maleolares, sin disnea ni ortopnea, camina de forma regular y realiza actividades básicas de la vida diaria. Vive con su mujer y una hija. Buen nivel cognitivo. Consulta de urgencias por deterioro del estado general con aumento de diámetro abdominal. Ingresa en Digestivo, se realiza paracentesis evacuadora y se incrementa dosis de diuréticos. Diagnóstico al alta: cirrosis con descompensación hidrópica.

15 días más tarde en consulta de neumología presenta incremento de disnea para mínimos esfuerzos y saturación de oxígeno de 92 %. Se decide ingreso en neumología con diagnóstico de EPOC descompensado por infección respiratoria.

12 días más tarde consulta en urgencias por incremento de disnea, dolor torácico y edemas en miembros inferiores. Ingresa en cardiología. Diagnóstico de Insuficiencia cardiaca descompensada, ángor hemodinámico, anemia ferropénica. Diabetes descompensada.

De acuerdo con la familia se decide estudio y tratamiento ambulatorio, se aumentan diuréticos, y se enseña a la familia a monitorizar peso, constantes, glucemias y saturación de oxígeno. Se contacta con Médico de Familia e Internista de referencia para que sean los responsables del seguimiento de este paciente. El tratamiento se modificará según evolución por su médico de familia coordinándose con el internista asignado al paciente.

Permanece estable y sin ingresos durante 6 meses.

Conclusión:

Las enfermedades crónicas tienden a descompensarse, y si es un paciente de Alta complejidad el lugar más adecuado para su atención es el domicilio y por parte del equipo de atención primaria en coordinación con el internista asignado. Son los equipos de atención primaria los primeros en atender las agudizaciones y solicitar en caso necesario la intervención de los internistas como apoyo o en su caso decisión de ingreso a su cargo, todo ello para garantizar una atención precoz y coordinada.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

CC-08. LA OTRA PARTE DE LA MEDICINA

J. A. López Díaz⁽¹⁾, D. Ramírez Sánchez⁽¹⁾, JA. Ortega Blanco⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Molino de la Vega. Huelva.

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta: hiperglucemia.

Antecedentes personales: Hipertensión arterial. Dislipemia. Diabetes Mellitus II en tratamiento con insulina. Osteoporosis.

Enfermedad actual: mujer de 77 años que acude a consulta en varias ocasiones por valores de glucemia elevados. Estos valores persisten aumentados a pesar de ajuste de tratamiento.

Anteriormente bien controlada con insulina.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Ánimo depresivo. Resto de exploración por aparatos normal.

Analítica: Glucosa 287, hemoglobina glicosilada 8,2% (en la última analítica del año anterior presentaba 6,3%). Resto de los valores dentro de la normalidad.

Plan de actuación: Citamos a la paciente fuera del horario de consulta para realizarle una anamnesis detallada. La paciente nos cuenta que hace 6 meses que su vecina, a la que estaba muy unida y que le ayudaba entre otras cosas a administrarse la insulina, se cambió de ciudad. Se siente sola y triste la mayor parte del día, no tiene ganas de hacer nada y el tratamiento que seguía habitualmente hay veces que se le olvida tomarlo, no sabe si la insulina se la administra correctamente ni tampoco qué cantidad. Vive sola, su marido falleció hace 6 años y su única hija vive en otra ciudad.

Nos citamos a la paciente en varias ocasiones, donde realizamos psicoterapia y le enseñamos a manejar la medicación, a cargar y a administrar correctamente la insulina. Además comenzamos con tratamiento antidepresivo.

A los 6 meses realizamos analítica de control. Glucemia 136, hemoglobina glicosilada 7%.

Conclusiones: muchas veces tratamos al paciente como si solo se tratara de una cifra o de una enfermedad.

Olvidamos tratarlo de forma global, nos centramos en cuestiones puramente médicas y no vemos la parte humana que puede estar afectándole. En nuestro caso se subió la medicación en varias ocasiones sin respuesta al tratamiento, por lo que al investigar más acerca de sus problemas nos dimos cuenta que la solución no era subirle la medicación, si no enseñarle a manejarla y ayudarla desde un punto de vista emocional.

CC-09. UNA OPORTUNIDAD DE DESPRESCRIPCIÓN

A. Galera López⁽¹⁾, D. López Oliva⁽¹⁾, M. López Tornero⁽¹⁾, P. Pérez Martínez⁽²⁾,
M. A. García Chicano⁽¹⁾, E. M. Fernández Quijada⁽³⁾

⁽¹⁾MIR Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Vistalegre La Flota de Murcia

⁽²⁾MIR Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Murcia Centro de Murcia

⁽³⁾Médico Especialista de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud
Vistalegre La Flota de Murcia

CASO CLÍNICO

Mujer de 68 años con antecedentes de síndrome mielóide displásico, anemia crónica, asma bronquial y fibromialgia. Como tratamiento crónico la paciente toma buscapina, gabapentina, bromazepam, paracetamol, amitriptilina, ácido fólico y formodual.

Acude a consulta por presentar mareos diarios y molestias abdominales de meses de evolución que la paciente relaciona con el exceso de medicación, concretamente la iniciada por reumatólogo hace años como tratamiento para la fibromialgia. Según refiere ella se encuentra igual con respecto a los síntomas de la fibromialgia y está cansada de tomar tanta medicación.

La exploración física es anodina.

Sugerimos la posibilidad de ir retirando medicación y si no encuentra empeoramiento suspenderlo. La paciente recibe esta idea de buen grado, mostrando su motivación, por lo que iniciamos la desprescripción. Comenzamos retirando la gabapentina (tomaba 3 comprimidos diarios) dos semanas después la paciente acude a consulta refiriendo que habían desaparecido los síntomas de mareo mientras que no habían empeorado los dolores musculares. Retiramos entonces la amitriptilina (1 comprimido al día) y 3 semanas después la paciente acude a consulta describiendo desaparición de la dispepsia sin empeoramiento de los síntomas de fibromialgia, además se encuentra muy motivada, cuenta que se siente menos dependiente y menos enferma. Por su cuenta, había retirado también el paracetamol, tomándolo ahora solo ocasionalmente, encontrándose mejor del estado de ánimo también al sentir menor sensación de enfermedad.

Diagnóstico diferencial: síntomas derivados de la fibromialgia, vértigos periféricos o centrales, efectos secundarios de la medicación.

Juicio clínico: efectos secundarios de la sobremedicación.

Conclusiones: en ocasiones se inicia un tratamiento en un enfermo y no se intenta la retirada del mismo pese a que hayan pasado meses o incluso años desde su inicio. Hemos de tener en cuenta los efectos secundarios, así como el sobre coste económico que supone, tanto para la administración como para los pacientes, una medicación innecesaria. Por tanto, es importante en el ámbito de la atención primaria reevaluar periódicamente, sobre todo en paciente con numerosas prescripciones, los fármacos que toman y por qué los toman, para evitar la sobremedicación con todos los riesgos y consecuencias que conlleva.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

CC-10. EL PACIENTE ANCIANO CON METÁSTASIS OSEAS MÚLTIPLES. EL NECESARIO EQUILIBRIO ENTRE LA ADECUACIÓN DEL NIVEL DE INTENSIDAD TERAPEÚTICA (NIT), EL PRONÓSTICO VITAL Y LA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS

M. D. Benítez León⁽¹⁾, María del Carmen Belmonte García⁽²⁾,
Josefa López Morillas⁽³⁾

⁽¹⁾*Servicio de Medicina Interna. Hospital de Baza*

⁽²⁾*Enfermera Gestora de Casos Hospitalaria. Hospital de Baza*

⁽³⁾*Trabajadora Social. Atención a la Ciudadanía. Hospital de Baza*

CASO CLÍNICO

Paciente Varón de 85 años, Antecedentes Personales de Cardiopatía Hipertensiva, CF II de la NYHA, Síndrome ventilatorio restrictivo y prostatismo. Polimedicado, sin ingresos previos en el último año. Mantiene Independencia para ABVD, sin déficits cognitivos y con un adecuado soporte socio-familiar. Debuta con múltiples metástasis óseas y masas de partes blandas asociadas. Diagnosticado mediante Biopsia ósea de neoplasia de células plasmáticas con restricción de cadena ligera kappa con relación a mieloma múltiple.

Tareas de aprendizaje: en los pacientes con enfermedades crónicas los “puntos de inflexión” que surgen durante la evolución de la enfermedad y que modifican de forma significativa el curso evolutivo de la misma nos obligan a redefinir las metas que se pretenden lograr con el tratamiento. Para ello debemos entrenarnos en la toma de decisiones compartidas. Elementos claves para mejorar el proceso de decisiones compartidas es la adecuación del nivel de intensidad terapéutica (NIT) a la situación concreta y momento de la enfermedad que se está tratando. En contraposición a la Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) que iría más encaminado de decidir de forma dicotómica (si/no) sobre una determinada medida, El NIT permite armonizar la intensidad de las intervenciones, con las preferencias, los valores y la situación pronóstica y global del paciente.

Cuestiones clave: se ofertó tratamiento para mieloma múltiple en régimen de Asistencia Compartida (Servicio de Hematología-Hemoterapia), y el paciente después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles, decide por la elevada carga de tratamiento y efectos adversos rechazar el tratamiento con Melfalan y Talidomida. La familia estaba conforme con la decisión adoptada por el paciente. Se consensuó tratamiento con corticoides orales, alendrónico semanal y tratamiento sintomático para el dolor. Medidas de confort y soporte domiciliario por su Equipo de Atención Primaria. El adecuado “Capital Social” que presentaba el paciente, permitió la adopción e implementación de estas medidas.

Conclusión: el incentivar el proceso de toma de decisiones compartidas entre pacientes y profesionales, favorece la continuidad asistencial entre equipos, y permite monitorizar la personalización de las intervenciones, facilitando los distintos niveles de intensidad terapéutica que el médico responsable ha decidido para el paciente.

CC-11. ANCIANOS Y POLIFARMACIA, UNA ASOCIACIÓN PELIGROSA

P. Pérez Martínez⁽¹⁾, E. Fernández Quijada⁽²⁾, M. A. García Chicano⁽²⁾,
A. Galera López⁽²⁾, M. López Tornero⁽²⁾, D. López Oliva⁽²⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Murcia Centro-San Juan

⁽²⁾Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Vistalegre-La Flota de Murcia

CASO CLÍNICO

Mujer 83 años con disnea y deterioro del estado general.

Cumple criterios de pluripatología: Diabetes Mellitus tipo 2, hipercolesterolemia, obesidad, Apnea del sueño con CPAP, trastorno bipolar.

Cumple criterios de polimedicación: Lansoprazol, simvastatina, acetilsalicílico, loracepam, quetiapina, lamotrigina, linagliptina.

Vive en domicilio con su marido, deambula dependiente para actividades básicas.

En el momento de la atención refiere astenia desde hace 15 días, sensación de debilidad y disnea que le impiden realizar su vida normal. Los últimos días presenta incremento de disnea de reposo y somnolencia, y heces de color oscuro. En el último mes había aumentado la dosis de Loracepam a 4 mg/día. A la exploración física se encontraba estuporosa, desorientada, Glasgow 10-11 puntos, presión arterial 160/77 mmHg, saturación de oxígeno 40%, 23 respiraciones/minuto. Auscultación cardiaca rítmica, tonos apagados, auscultación pulmonar superficial, crepitantes en bases. Edemas en extremidades inferiores.

En analítica destaca Glucosa 489 mg/dl, creatina 1.48mg/dl, Hemoglobina 8.5 g/dl, hematocrito 29.6%, dímero D 1350 ng/ml. Gasometría: pH 7.13, PCO2 89 mmHg, HCO3 28.8 mmol/l, Lactato 4.7 mmol/l

Se procede a ventilación mecánica no invasiva, flumazenilo en perfusión por sospecha de soredosificación de benzodiazepinas, obteniendo respuesta a la perfusión y manteniendo saturaciones por encima del 90%.

Durante su ingreso se realizan Radiografía de tórax, TAC craneal y abdomen, ecocardiografía, gastroscopia, que son normales. Electroencefalograma: en condiciones de estupor y somnolencia se registra actividad bioeléctrica cerebral anormal, por la presencia del moderado-severo enlentecimiento cerebral difuso compatible con encefalopatía moderada-severa.

Diagnóstico final: encefalopatía hipercápnica secundaria a intoxicación por benzodiazepinas, insuficiencia cardiaca en contexto de anemia ferropénica por pérdidas digestivas y descompensación diabética.

Al alta ha recuperado su situación basal, se han retirado por completo las benzodiazepinas y queda en control por su médico de familia e internista de referencia dentro del Programa de Atención a pacientes crónicos.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida

Mérida (Badajoz)

Comentario: La prescripción inadecuada de fármacos es un problema frecuente en ancianos, que se incrementa con la pluripatología y polifarmacia. Es importante una buena anamnesis y revisión de medicación ante aparición de clínica que pudiera ser atribuida a otras patologías. Los criterios STOPP/START puede ser una herramienta útil.

CC-12. HASTA CUÁNDO Y CÓMO...

Maria Julia García Gómez⁽¹⁾, Inmaculada Poyato Ayuso⁽¹⁾,
Carmen García Redecillas⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén

CASO CLÍNICO

Antecedentes: 88 años, HTA, DM, fractura subcapinal derecha intervenida, ERC en hemodiálisis desde hace dos años. Barthel 70.

Enfermedad actual: ingresa por deterioro y disnea intensificado en el último mes. Pruebas complementarias: TAC abdominopélvico: masa renal derecha con afectación urotelial, metástasis pulmonares bilaterales, implantes perirrenales derechas, afectación hepática y ángulo hepático del colon. Adenopatías retrocraurales y retroperitoneales. Imagen compatible con trombosis tumoral en vena renal y VCI hasta su entrada en AD.

Juicio clínico: cáncer renal metastásico no subsidiario de tratamiento curativo. Enfermedad renal crónica en diálisis.

Evolución: durante el ingreso es valorado por Urología quien lo remite al alta a la unidad de cuidados paliativos.

En domicilio el paciente presenta deterioro progresivo, al alta Barthel 15, PPS 20, continúa yendo a diálisis con mala tolerancia durante las sesiones y espaciamiento de las mismas. Ante el empeoramiento clínico solicita discontinuar con la diálisis que tras ser hablado con el paciente, la familia y el equipo médico, se inicia el proceso de retirada de diálisis, decidiéndose como lugar de realización el domicilio.

Conclusiones: Entre los avances de la medicina moderna está la diálisis, prolongando la vida de muchos pacientes. Pero con ello aparecen nuevos problemas éticos, ¿en qué circunstancias es el manejo conservador o la retirada de diálisis apropiada? La diálisis no garantiza una vida normal y la expectativa en relación a la supervivencia de los ancianos es similar o peor que en la mayoría de los cánceres. En nuestro caso se dan diferentes escenarios clínicos que describe la RPA(Renal Physicians Association) para la retirada de diálisis: Paciente competente y capaz de participar en el proceso de toma de decisiones, informados plenamente y con elección voluntaria de suspender diálisis. Enfermedad en fase terminal no renal.

Por otro lado, dentro de los criterios a considerar descritos en el perfil del paciente susceptible de un proceso de retirada de diálisis encontramos (con un mínimo de dos se puede iniciar el abordaje de LET): edad>75 años, estado funcional (PPS<40), pregunta sorpresa negativa, Charlson>8, intolerancia hemodinámica a la diálisis.

Este paciente decidió suspender la diálisis, ¿pero cuantos pacientes tenemos con criterios para suspender la diálisis que no son informados detenidamente y fallecen mal?

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

CC-14. SÍNDROME CLAUDICACIÓN FAMILIAR

M. López Tornero⁽¹⁾, A. Galera López⁽¹⁾, D. López Oliva⁽¹⁾, M. A. García Chicano⁽¹⁾,
P. Pérez Martínez⁽²⁾, E. M. Fernández Quijada⁽¹⁾

⁽¹⁾Centro Salud Vistalegre- La Flota de Murcia

⁽²⁾Centro Salud Murcia-Centro

CASO CLÍNICO

Varón de 81 años exfumador, con Hipertensión Arterial, Insuficiencia Cardíaca con fracción de eyección reducida, Insuficiencia Renal Crónica, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (en tratamiento con oxigenoterapia domiciliaria) y Sobrepeso. Múltiples ingresos por insuficiencia cardíaca descompensada secundarias a infecciones respiratorias. Ayuda para algunas actividades básicas de la vida diaria. Deambula con bastón. Disnea a leves-moderados esfuerzos. Cognitivamente adecuado a su edad. Vive con su hija y yerno.

Acude a consulta, su hija, cuidadora principal, refiriendo que su padre presenta aumento de su tos basal, disnea a mínimos esfuerzos y picos de febrícula de hasta 37,5°C desde hace 4 días. A nuestra llegada al domicilio, el paciente presenta auscultación pulmonar con sibilancias y roncus generalizados con hipoventilación en base pulmonar izquierda y saturación del 88%. Presenta además edemas en miembros inferiores. Resto de la exploración normal. Hablamos la hija de la necesidad de derivar al Hospital para la realización de pruebas complementarias, a lo que se opone, no puede perder más días en el trabajo. Explicamos a la familia, que su padre, dada su pluripatología, presenta un riesgo muy elevado de sufrir complicaciones secundarias a la infección respiratoria. El argumento deriva en una discusión familiar que presenciamos. Para rebajar el ambiente de tensión, negociamos con la familia, aceptando pautar tratamiento ambulatorio y realizar visitas a domicilio diarias para seguir la evolución. A lo largo de la semana, el paciente evoluciona favorablemente, evitando el posible ingreso. Uno de los objetivos del médico de familia debe ser, no solo atender las necesidades del paciente crónico, sino también percatarnos de las de sus cuidadores principales. En este caso un ingreso añadido suponía una disrupción en la cotidianidad de la familia. Es importante prevenir el “síndrome de claudicación familiar”, siendo éste la incapacidad por parte de los cuidadores principales de dar respuesta a las múltiples demandas y necesidad del paciente, lo que finalmente repercutirá en la salud del paciente crónico. Algunos de los factores de riesgo que podemos identificar serían: sobrecarga emocional manifestada a través de síntomas ansioso-depresivos en el cuidador principal, aislamiento social de éste, aparición de conflictos familiares y falta de recursos económicos.

CC-15. ANGIODISPLASIAS, EL INICIO DEL DETERIORO

I. Poyato Ayuso⁽¹⁾, C. García Redecillas⁽¹⁾, M. J. García Gómez⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente varón de 75 años en la actualidad, con los siguientes antecedentes:

- Hipertensión arterial (HTA) en tratamiento con Enalapril.
- Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en tratamiento con Metformina
- Cardiopatía isquémica con necesidad de revascularización percutánea en el año 2010 en tratamiento con ácido acetil salicílico de 100 mg. Cinco ingresos desde entonces por angor hemodinámico en el contexto de anemia.
- Anemia crónica por sangrado digestivo crónico: En septiembre de 2012 presenta un primer episodio de hemorragia digestiva (HD) baja y es diagnosticado de angiodisplasia de colon. Desde ese episodio a la fecha actual han transcurrido seis años, en los que ha acudido a Urgencias por síndrome anémico o HD un total de once veces, se ha transfundido 55 unidades de concentrados de hemáties en el Servicio de Urgencias o en planta de hospitalización, ha ingresado nueve veces, se le ha realizado estudio con cuatro gastroscopias, diez colonoscopias y dos cápsulas endoscópicas, en algunas ocasiones se han objetivado angiodisplasias en yeyuno, en ciego o en colon ascendente tratadas con argón plasma.

Evolución: el paciente en el primer episodio de HD vivía solo, era independiente para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) e instrumentales (Escala Barthel 100 puntos y Lawton- Brody 8 puntos), no presentaba deterioro cognitivo (Escala de deterioro global GDS1). En la actualidad está institucionalizado, presenta moderado grado de dependencia (Barthel 55 puntos), deterioro cognitivo moderado (GDS 4).

Se realiza controles analíticos cada seis meses para control de hemoglobina, en caso de necesidad de transfusión es derivado al servicio de Urgencias desde donde ingresa para transfusión.

Conclusiones: las angiodisplasias son causa frecuente de (HD), un 10% sangran y el 50% vuelven a sangrar. La anemia trae consigo importantes consecuencias, la primera es la percepción de una peor calidad de vida y acompaña a otras situaciones como son el mayor deterioro funcional, el reingreso, estancias hospitalarias más prolongadas, institucionalización y deterioro cognitivo. El manejo hospitalario del paciente con HD de repetición puede llevarse a cabo mediante las alternativas a la hospitalización tradicional como puede ser el Hospital de día.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

CC-16. EPOC, MÁS ALLÁ DE SU COMPLEJIDAD.

J. A. López Díaz ⁽¹⁾, D. Ramírez Sánchez ⁽¹⁾, JA. Ortega Blanco ⁽¹⁾

⁽¹⁾ *Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Molino de la Vega. Huelva*

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta: Disnea.

Antecedentes personales: hipertensión arterial. Ex fumador desde hace 5 años.

Historia actual: Varón de 65 años que acude a consulta por disnea desde hace 3 días que se acompaña de tos. No ha presentado fiebre. Refiere que desde hace años presenta aumento de la mucosidad y estos episodios los tiene de forma intermitente pero nunca antes había necesitado acudir al médico.

Exploración: afebril. TA: 145/85 mmHg. Sat.O2 95%. FC: 76 lpm. AC: rítmico a buena frecuencia sin soplos. AP: sibilancias dispersas en ambos campos pulmonares.

Plan de actuación: se diagnostica de bronquitis aguda y se pauta tratamiento con inhaladores. Se cita en una semana para revisión.

Acude a la semana y refiere que sigue igual, no ha notado mejoría a pesar del tratamiento. Se re-explora al paciente que mantiene sibilancias, pero tiene buena saturación de oxígeno y se mantiene afebril. Se le pide que nos enseñe como utiliza los inhaladores y observamos que no lo hace correctamente. Se le pauta cámara inhaladora y citamos en una semana.

A la semana refiere mejoría de su sintomatología presentando una exploración normal. Dado sus antecedentes como fumador y la historia que cuenta desde hace años solicitamos espirometría, donde se apreció un índice de Tiffeneau de 0,67 post-broncodilatación con un FEV1 del 81%, diagnosticándose de EPOC leve con patrón obstructivo e iniciando tratamiento broncodilatador.

Conclusiones: la epoc es una enfermedad crónica que tiene un gran impacto en nuestra sociedad donde el paciente participa activamente en su tratamiento. Una buena utilización de los inhaladores es fundamental para realizar el tratamiento correctamente y obtener resultados. En nuestro caso el paciente no dominaba la técnica por lo que le recetamos una cámara de inhalación.

Además, la EPOC es una enfermedad infradiagnosticada en nuestro medio como revela el estudio EPISCAN (2007), donde se observó que un 73% de los pacientes con EPOC no habían sido diagnosticados. Esto se debe a que a pesar de ser muy frecuente, incapacitante y de elevada mortalidad, es una enfermedad poco conocida por la población y por los propios pacientes.

CC-18. GRIPE CON ELEVACIÓN DEL ST PERO NO ES INFARTO

P. Sorando Fernández⁽¹⁾, L. Ramos Prada⁽¹⁾, M. Ramirez Muñoz⁽¹⁾,
E. Hernández Centeno⁽¹⁾

⁽¹⁾*Servicio de Cardiología. Hospital de Santa Marina. Bilbao. Vizcaya*

CASO CLÍNICO

Mujer de 80 años, con antecedentes de HTA, dislipemia, artropatía crónica y vértigos, con vida autónoma, cognitivamente normal. Tratamiento con Telmisartán/HCTZ, Simvastatina y Tramadol/Paracetamol ocasionalmente.

Acude a Urgencias por fiebre de 24 h, mareos, debilidad muscular importante, algias osteomusculares y síndrome confusional agudo.

Exploración: consciente, ligeramente desorientada, eupneica y bien perfundida.

TA 120/85 mmHg, FC 90 pm, T^º 38^º, SO₂ 98%. Mostraba una auscultación cardiopulmonar normal y resto sin alteraciones. Rx Tórax normal.

El ECG muestra ritmo sinusal, elevación ST 3mm en V1-V2, convexidad superior y onda T (-).

Laboratorio: glucemia 143 mg/dL, PCR 23 mg/L, CK total 607 U/L y LDH 279 U/L, con CK-Mb y TnT normales, Frotis PCR positivo para virus Influenza B, siendo la función renal, hepática y hematimetría normales.

Tratada con Paracetamol y Oseltamivir, el ECG sin fiebre demostró normalización del segmento ST, T (+) y ausencia de Q. Aunque improbable el IAM anteroseptal (TnT y CK-Mb sin elevación), el Ecocardiograma lo descartó (función sistólica normal), así como otras causas de elevación del ST (pericarditis, aneurisma ventricular...).

Con estos hallazgos la paciente es diagnosticada de “patrón ECG de Brugada tipo I” desenmascarado por fiebre durante una gripe y miositis vírica (CK total elevada), evolucionando favorablemente.

El Síndrome de Brugada tiene base genética (mutación genes canal Na⁺), autosómica-dominante en corazón generalmente normal, caracterizada por elevación del segmento ST en V1-V2 y ocasionalmente asociada a síncope, taquicardia ventricular y muerte súbita (20% de MS en corazón estructuralmente normal). Puede detectarse espontáneamente, con fiebre (nuestra paciente), vagotonía del sueño o desencadenado por fármacos. Mayor prevalencia en sudeste asiático, en Europa 1-7/10.000. Predomina en varones (x10), con síntomas en la edad media (41 ± 15 a), siendo raros en niños y mayores de 70 años.

El caso enfatiza la importancia en reconocer este patrón ECG dada su implicación pronóstica, evitando precozmente desencadenantes (fiebre, psicotrópicos, anestésicos, antiarrítmicos...) y correcta estratificación de cara a la prevención de muerte súbita (DAI en alto riesgo) y consejo genético. Nuestra paciente tiene buen pronóstico (anciana, asintomática, estudio mutación habitual SCN5A (-), pero se aconsejó vigilancia a familiares y evitar fármacos de riesgo.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

CC-19. CUANDO MENOS ES MÁS

E. M. Fernández Quijada⁽¹⁾, M. A. García Chicano⁽¹⁾, I. Saura García⁽¹⁾,
P. Pérez Martínez⁽²⁾, A. Galera López⁽¹⁾, D. López Oliva⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistalegre-La Flota. Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia

⁽²⁾Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Centro-San Juan. Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia

CASO CLÍNICO

Antonio 77 años, vive con su mujer y su hijo. Hipertenso, diabético tipo 2 y con dislipemia. Exfumador desde hace 30 años. Fibrilación auricular anticoagulada con acenocumarol. Disfunción sistólica severa con Fracción Eyección Ventrículo Izquierdo (FEVI) del 15%. Isquemia crónica grado IV de miembros inferiores (MMII). Ictus isquémico en 1994, 5 meses después ictus hemorrágico con hemiparesia izquierda residual. Disfagia y disfonía mixtas de etiología neuromotora y orgánica secundaria a Enfermedad por Reflujo Gastro-Esofágico (ERGE). Síndrome Apnea-Hipopnea del Sueño (SAHS) en tratamiento con máquina de presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP).

Dos ingresos en el último año por insuficiencia cardiaca congestiva y mal control del dolor por isquemia crónica en MMII. Desde agosto 2018 en seguimiento domiciliario por Cuidados Paliativos. Antes del último ingreso estaba en tratamiento crónico con:Aldocumar, Bisoprolol, Vildagliptina/Metformina, Pantoprazol, Tamsulosina/Dutasterida, Furosemida, Espironolactona, Gabapentina, Sacubitrilo/Valsartán, Distraneurine, Paracetamol/Tramadol, Oxycodona.

Al alta se añade a este tratamiento Atorvastatina, Febuxostat, Morfina y se aumenta la dosis de Gabapentina.

En nuestra primera valoración tras ese último ingreso Antonio continúa con mal control del dolor, por lo que consulta. Dado que se trata de un paciente con numerosas patologías crónicas y en seguimiento por cuidados paliativos, nuestro principal objetivo es el de mejorar su calidad de vida, a través de la prevención y alivio de su sufrimiento, evitando el sobretratamiento. Por ello, decidimos retirar de su tratamiento crónico fármacos como Espironolactona, Atorvastatina, Febuxostat y Vildagliptina (presentaba cifras de colesterol total de 122 mg/dL, Hemoglobina glicada 5.6% y urato 3.4 mg/dL) y reforzar la analgesia con el fin de mejorar el bienestar del paciente.

Como médicos de familia y siendo el primer escalón de atención ante un paciente crónico de alto nivel de complejidad, con un estadio avanzado de sus patologías en seguimiento de cuidados paliativos, debemos intentar optimizar el tratamiento de cara a conseguir el mayor grado de confort y alivio de sufrimiento del paciente, tanto físico como emocional, evitando la sobremedicación y procurando el control de los síntomas con un tratamiento óptimo.

CC-20 LA IMPORTANCIA DE NO SOBRECUIDAR

E. M. Fernández Quijada⁽¹⁾, M. A. García Chicano⁽¹⁾, I. Saura García⁽¹⁾,
P. Pérez Martínez⁽²⁾, A. Galera López⁽¹⁾, M. López Tornero⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistalegre-La Flota. Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia.

⁽²⁾Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Centro-San Juan. Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia.

CASO CLÍNICO

Soledad, 88 años, vive con uno de sus hijos, su cuidador principal. Hipertensa, dislipemia, hiperuricemia, obesa. Trombosis venosa profunda de miembro inferior izquierdo (2008), anticoagulada con Acenocumarol. Encefalopatía vascular crónica progresiva desde 2016, deterioro cognitivo moderado, ayuda para todas las actividades básicas de la vida diaria, vida cama-sillón, desplazada en silla de ruedas. Insuficiencia renal crónica. Síndrome Apnea-Hipopnea del Sueño.

Soledad está en nuestro cupo desde hace un año. Es traída a consulta por el hijo con el que vive la mayoría de las veces, otras veces es ese hijo el que acude solo. Soledad nunca habla, siempre lo hace su hijo. En el último año tiene una media de visitas de 3/mes, frecuencia que aumente los últimos 6 meses a 4/mes. Esto coincide con el aumento de visitas a Urgencias Hospitalarias (8 consultas en los últimos 6 meses). Los motivos de consulta siempre son: crisis hipertensiva, hipotensión o somnolencia.

Según su hijo, Soledad está muy nerviosa por las tardes, por lo que da medicación hipotensora de rescate. A veces persiste el nerviosismo por la noche y recurre a fármacos neurolépticos, incluso más de una dosis. Por las mañanas dice estar somnolienta, con dificultad de respuesta a estímulos. Así, un día tras otro. Su hijo solicita fármacos como solución. Nosotros explicamos que la solución no son fármacos, sino incluso evitarlos. Pero no lo acepta. Se cambia la medicación en numerosas ocasiones, nosotros desde consulta y en cada consulta en urgencias. Unos indican retirada, otros cambio, otros aumento. Esto tampoco funciona. Finalmente y tras hablar mucho con su hijo conseguimos que confíe en nosotros. Ajustamos tratamiento y suspendemos parte de la medicación. Después de un mes, según nos cuenta, hemos conseguido controlar esos síntomas.

El papel y la labor del cuidador son imprescindibles para el buen control y atención de pacientes de alta complejidad, como es el caso de Soledad. Atención Primaria es el primer escalón de atención a esos pacientes y a sus cuidadores, por lo que es importante crear una relación de confianza para evitar el sobretratamiento de este tipo de pacientes y sus posibles efectos adversos.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

PÓSTERES

COMUNICACIONES CIENTÍFICAS

DESNUTRICIÓN. DESNUTRICIÓN PRIMARIA. DESNUTRICIÓN RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD

D-04. DESNUTRICIÓN EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS

A. Fernández-Rufete Cerezo⁽¹⁾, A. Mateo López⁽¹⁾, D. García Noguera⁽²⁾,
E. Moral Escudero⁽²⁾, J. Ruipérez Ruiz⁽¹⁾, A. Laso Ortiz⁽²⁾

⁽¹⁾Hospitalización a Domicilio, ⁽²⁾Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de riesgo de desnutrición en pacientes hospitalizados en el área médica y describir características demográficas, clínicas, antropométricas y analíticas de los pacientes con riesgo de desnutrición y desnutrición. Así como analizar los posibles factores relacionados con el riesgo nutricional: edad, sexo, HTA, DM, DLP, situación basal (SB), IC, IRC, EPOC, PCR, albúmina, colesterol, linfocitos, diagnóstico al ingreso, servicio de ingreso y estancia media hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal, descriptivo, en el que se evaluaron los pacientes ingresados de forma consecutiva en el hospital desde marzo hasta mayo de 2017 hasta obtener 99 pacientes del área médica. A todos ellos se les realizó el cribado NPRS-2002 y se registraron datos como la estancia hospitalaria, situación basal, presencia de HTA, DM, DLP, EPOC, IC, IRC y diagnóstico al ingreso.

RESULTADOS

El cribado de NRS-2002 fue positivo en el 41.4% (41/99) de los pacientes que presentaban un aumento de la estancia hospitalaria de casi 1.5 veces mayor comparado con las pacientes sin riesgo de desnutrición.

CONCLUSIONES

En vista de la elevada prevalencia de riesgo de desnutrición en nuestro medio (41.4%), recomendamos la utilización sistemática del cribado nutricional NRS2002, ya que ha demostrado ser un método rápido, simple y eficaz, permitiendo así detectar de forma precoz a los pacientes que requieren un tratamiento nutricional.

Dada la relación significativa entre la desnutrición y el aumento de la estancia media con el consiguiente aumento del coste económico y deterioro de la calidad de vida del paciente, el cribado nutricional, debería formar parte de toda valoración médica para conocer la desnutrición e iniciar un tratamiento apropiado de forma precoz.

D-05. HIPOALBUMINEMIA EN LA FRACTURA DE CADERA DEL ANCIANO

R. Jaso Tejera⁽¹⁾, M. Casuso Sáenz⁽¹⁾, M. Valiente Millán⁽¹⁾, M. Vieitez Santiago⁽¹⁾,
L. Gutiérrez Fernández⁽¹⁾, A. González-Torre González⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina Interna. Hospital Comarcal de Laredo. Laredo (Cantabria)

OBJETIVOS

La mortalidad de la fractura de cadera es elevada; aumenta en ancianos y pluripatológicos. Muchos parten de una situación basal deteriorada que durante el ingreso empeora. Es muy habitual la desnutrición, sobre todo proteica. La desnutrición condiciona también un aumento de morbi-mortalidad. El objetivo es analizar la prevalencia de hipoalbuminemia en los pacientes ancianos ingresados por fractura de cadera y las diferencias existentes en cuanto a mortalidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisamos las fracturas de cadera de mayores de 65 años ingresadas en nuestro hospital durante un año. Los datos fueron analizados mediante PAS statistic 20.

RESULTADOS

Ingresaron 88 pacientes mayores de 75 años. La edad media fue de 83,88 años. 62 eran mujeres (70,5%) y 26 hombres (29,5%). La mayoría (79,5%) procedía de su domicilio. Dentro de las comorbilidades relacionadas con el déficit de vitamina D lo más frecuente fue la enfermedad renal crónica (25%). El 36,4% presentaban demencia. La mayoría, el 83%, no recibían tratamiento previo para la osteoporosis. El 84,5% presentaba déficit de vitamina D (niveles por debajo de 20ng/mL), teniendo 30 pacientes (42,3%) niveles menores de 10. La mayoría tenía el calcio dentro de los valores normales.

58 pacientes (74,4%) presentaban una albúmina menor de 3,4 g/L; de los cuales la mitad tenían un valor < 3g/L; entre los que provenían de residencia esta frecuencia era mayor, llegando incluso al 93,3%; al igual que el déficit de vitamina D, que presentaba el 72,2%. Entre los pacientes con demencia el 92,6% presentaban una albúmina menor de 3,5 g/L. Las proteínas totales estaban disminuidas en el 84,1% de estos pacientes.

A los 3 meses habían fallecido el 5,6%, de los cuales la mitad fallecieron durante el ingreso de la fractura de cadera. El 100% tenían hipoalbuminemia.

CONCLUSIONES

La prevalencia del déficit de proteínas y de albúmina es alta en estos pacientes; más en los que provienen de residencia o con demencia severa; aquellos con una situación funcional peor. Dada la importancia de una buena situación nutricional debido a la influencia en la morbimortalidad deberíamos hacer hincapié en tener desde el principio dichos aspectos presentes para intentar mejorarlos de una forma precoz.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

H-03. SENSIBILIZACIÓN A LOS ALUMNOS DE GRADO DE MEDICINA, DURANTE LA ASIGNATURA DE ROTATORIO, SOBRE EL CURRÍCULUM OCULTO, COMO VÍA PARA CONTRIBUIR A LA HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

J. García Aparicio⁽¹⁾, J. Herrero Herrero⁽¹⁾

⁽¹⁾*Medicina Interna-Los Montalvos. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca*

OBJETIVOS

Sensibilizar a los alumnos de Grado de Medicina sobre la importancia del currículum oculto (trasfondo de normas, valores y reglas latentes en el proceso formativo, que los estudiantes han de asumir y adoptar para desempeñar su profesión con calidad, responsabilidad, con valores éticos/morales, honestidad, integridad, altruismo, empatía...) y averiguar qué modelos de “médico” tienen nuestros futuros sanitarios.

MATERIAL Y MÉTODOS

El proyecto se está llevando a cabo con los alumnos de la asignatura de Rotatorio, que rotan en el Servicio de Medicina Interna-Montalvos, en grupos de 4 o 5 alumnos durante un periodo de 3 semanas. La primera semana se les imparte un seminario/taller estandarizado, donde se da una visión general del concepto del currículum oculto. A lo largo de las semanas de rotación, se plantea la revisión y discusión estructurada de casos prácticos concretos. Se aplica un cuestionario que evalúa sus conocimientos, experiencias y actitudes con respecto al currículum oculto antes y después del taller (4 ítems antes y 5 ítems después, con respuesta posible de 0 a 10).

RESULTADOS

La experiencia se ha implementado, hasta el momento, en 16 alumnos. La valoración subjetiva de la intervención ha sido calificada como “muy buena” por todos ellos. La puntuación media del grado de conocimiento del currículum oculto antes de la intervención (AI) fue de 3,5 y después de la intervención (DI) 8,2. La valoración de la importancia de abordar el currículum oculto fue 7,6 (AI) y 9,6 (DI). La detección de malos y buenos modelos de profesionales de la salud fue igual antes y después de la intervención, respectivamente 5 y 7. En relación al ítem ¿es probable que preste atención al currículum oculto tras esta rotación? El 87% manifestó que “muy probablemente”.

CONCLUSIONES

Se pone de manifiesto la escasa formación que reciben nuestros alumnos sobre las capacidades distintas a las habilidades técnicas, que son necesarias para una buena práctica asistencial. La intervención fomenta la búsqueda activa del conocimiento del currículum oculto por parte de los alumnos, así como el proceso de autorreflexión.

H-04. AFRONTAMIENTO DE LA AFECTACIÓN EMOCIONAL DEL PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE. PROYECTO AFRONTAR

J. Baquero Úbeda⁽¹⁾, S. Castañeda Sanz⁽²⁾, L. Carmona Ortells⁽³⁾, J. Negrón Torres⁽⁴⁾, M. Navarro Rubio⁽⁵⁾

⁽¹⁾Dep. Científico. Foro Español de Pacientes FEP. Madrid

⁽²⁾Reumatología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid

⁽³⁾Reumatología, ⁽⁴⁾Psicología. Instituto de Salud Musculoesquelético InMusc. Madrid

⁽⁵⁾Dep. Experiencia del Paciente. Hospital de Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat (Barcelona)

OBJETIVOS

Mejorar el autocuidado del paciente con Artritis Reumatoide con la experiencia de pacientes y médicos, para combatir la afectación emocional de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Promovido por FEP y ConArtritis, se llevó a cabo en 2 etapas: 1. Grupo nominal, seleccionó las situaciones, 2. Pacientes y reumatólogos, valoraron la efectividad supuesta de las 8 estrategias de afrontamiento, sobre una escala Likert del 1 al 10 (recomendadas si 8, 9 y 10; y desaconsejadas 1, 2 o 3): 1 proactividad, 2 autocrítica, 3 expresión emocional, 4 pensamiento desiderativo, 5 apoyo social, 6 reestructuración cognitiva, 7 evitación de problemas y 8 retirada social. Aprobado por el CEIm del HU de la Princesa (Madrid).

RESULTADOS

Situaciones seleccionadas: A, el paciente siente que su estado es peor de lo que comenta el médico y B el paciente siente que no participa realmente en la toma de decisiones. 100 pacientes válidos; de todas las CCAA; y 17 reumatólogos.

CONCLUSIONES

Más recomendadas la proactividad y la expresión emocional. Más desaconsejadas la autocrítica y la evitación del problema. Pacientes y médicos presentan parecidas respuestas pero los segundos resultan más extremos. Mucha dispersión (RIC>1).

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

Tabla 1. Resultados: mediana, rango intercuartílico (RIC), y significación estadística de las diferencias entre pacientes y médicos (T de Student, punto de corte $p=0,05$)

	MEDIANA Pacientes	RIC Pacientes	MEDIANA Reumatólogos	RIC Reumatólogos	P (pacientes vs reumatólogos)	Sig.estadis. (pacientes vs reumatólogos)
A. Estrategias: 1	7	2	9	2	0,0072	s
2	3	3	2	4	0,5780	ns
3	6	3	9	2	0,0014	s
4	5	2	6	3	0,1526	ns
5	7	2	7	2	0,6546	ns
6	5	2	7	2	0,00139	s
7	3	3	2	2	0,0139	s
8	5	2	3	3	0,0492	s
B. Estrategias: 1	7	2	9	2	0,00006	s
2	3	2	2	1	0,0158	s
3	6	3	9	3	0,0005	s
4	5	2	4	3	0,6974	ns
5	7	3	7	3	0,8211	ns
6	5	3	7	3	0,0578	ns
7	3	2	2	1	0,0216	s
8	4	3	3	3	0,0245	s

H-05. LA INFLUENCIA DE LAS ACTIVIDADES SOCIALES EN EL MODO DE ENFERMAR

C. Vélez Cabezuelo⁽¹⁾, S. Pérez Frías⁽¹⁾, J. Rubia Cañamares⁽¹⁾, A. Arroyo de la Rosa⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio Extremeño de Salud

OBJETIVOS

Determinar si la apertura de un Centro de Día para mayores en una población rural mejora su percepción de salud y bienestar así como su necesidad de asistencia sanitaria. Se trata de pacientes que pasaban la mayor parte del día solos en su casa y con vida cama sillón o con movilidad reducida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional descriptivo de prevalencia. Se recaban datos sobre el número de asistencias médicas (hospitalarias y de Atención Primaria) precisadas antes y después de la apertura del centro. La muestra son todos los pacientes del Centro del Día (N 31) Las edades están comprendidas entre 45 y 96 años. Son 18 mujeres y 13 hombres. Se accede a la historia informatizada de cada paciente y se computan el número de asistencias del 2013 al 2018. La fecha de inauguración del centro fue en 2015.

Añadimos además la valoración subjetiva que cada paciente hace de su percepción de estado de salud o bienestar antes y después de estar en el centro utilizando la Escala Visual Analógica (EVA).

RESULTADOS

El 72 % de los pacientes redujeron su número de asistencias médicas.

El 100 % puntuó su sensación de bienestar mejor después de asistir al centro.

CONCLUSIONES

El ser humano es un ser social. Muchos pacientes ancianos , pluripatológicos o con discapacidades físicas viven en situaciones de soledad que pueden agravar su estado . El mantener al paciente activo y con un proyecto diario mejora su percepción de bienestar y probablemente ayude a trivializar la patología banal que en otras ocasiones es motivo de consulta

Somos conscientes del escaso número de la muestra pero podría extenderse el estudio a los Centros de día circundantes

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

MEDICINA DE CONSUMO: SOBREDIAGNÓSTICO. PAUTAS DE “NO HACER”. DESPRESCRIPCIÓN

MC-05. EL PACIENTE EPOC DE NUESTROS TIEMPOS

S. Pérez Frías⁽¹⁾, M. García Fenés⁽²⁾, V. León Gómez⁽³⁾, A. Cuellar Parada⁽⁴⁾,
P. Matito Iglesias⁽⁵⁾, C. Gómez Claros⁽⁶⁾

⁽¹⁾MIR 4 MFyC, ⁽²⁾MIR 3 MFyC, ⁽³⁾EIR 2 MFyC, ⁽⁴⁾MIR 2 MFyC, ⁽⁵⁾MIR 1 MFyC,

⁽⁶⁾Especialista MFyC. CS Urbano I. Mérida (Badajoz)

OBJETIVOS

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es considerada una patología infradiagnosticada, de elevada morbimortalidad y un problema de salud pública. Según últimas guías (Guía Española de EPOC 2017), la variabilidad clínica obliga a individualizar según riesgo y fenotipo. Por ello, hemos realizado una revisión de nuestros pacientes EPOC. Primarios:

- Identificar nuestros pacientes EPOC y sus criterios diagnósticos.
- Evaluar el tratamiento.
- Examinar la técnica inhalatoria

Secundarios:

- Constatar la presencia del tabaquismo.
- Estratificar el riesgo.
- Analizar incidencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

De nuestro cupo urbano, 1700 pacientes, hemos revisado 47 que tenían como problema de salud EPOC o bronquitis crónica. Hemos seleccionado datos de género, edad, tabaquismo, clínica, espirometría (lectura), valorado riesgo-fenotipo (según agudizaciones, progresión, complicaciones, consumo de recursos y mortalidad) y tratamiento.

Posteriormente enfermería evaluó adherencia y técnica de realización (inhaladores).

RESULTADOS

- Existe diagnóstico certero de EPOC en un 25,5%. Entre los diagnósticos erróneos: bronquitis aguda, asma, disnea de otros orígenes, y en un 8,5% no se justifica este diagnóstico (fig.1).
- Obtenemos cifras similares de hombres y mujeres, con media de edad de 68,1 años.
- Historia de tabaquismo en 41,16%.
- Poseen espirometría el 53,19%, cuyos patrones se ilustran (fig.2).
- Entre los correctamente diagnosticados tenemos un 100% de tabaquismo con clínica respiratoria característica (disnea, tos y expectoración).
- Se muestra alto riesgo en un 66%.
- El tratamiento era adecuado (para riesgo y fenotipo) en un 33%, en un 50% erróneo y en un 16,6% no existía.

- Los EPOC de alto riesgo presentan similares cifras de agudizadores y no agudizadores. Inexistente el fenotipo mixto.
- Únicamente un 33% realiza el tratamiento.
- La técnica inhalatoria no la hace correctamente el 60%, un 20% realizan todos los pasos, un 10% no se ha podido contactar o han rechazado monitorización, y el 10% no realiza el tratamiento (fig.3).

CONCLUSIONES

Tras esta revisión habría que plantearse:

- La incidencia real de esta patología.
- Las elevadas cifras de diagnósticos erróneos (la mayoría sin espirometría).
- La alta tasa de tratamientos inadecuados (según las últimas guías).
- El mal cumplimiento (por adherencia y por técnica) de los tratamientos.

Fig. 1

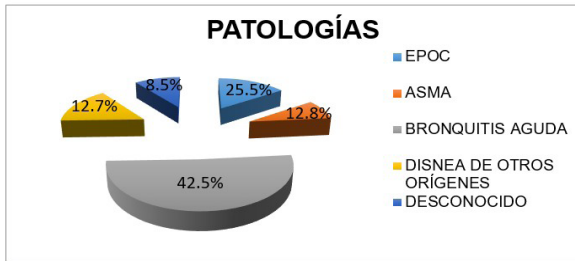
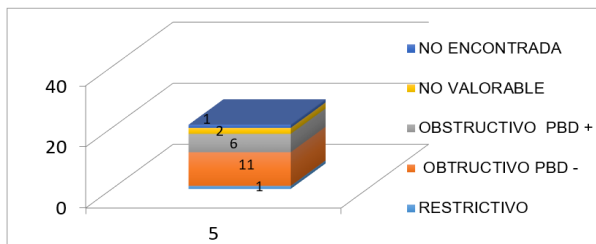


Fig. 2. Patrones espirométricos



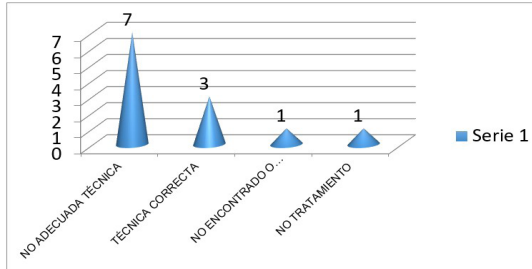
Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida

Mérida (Badajoz)

Fig. 3. Técnica



MC-06. INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES PARA TODOS

R. Jaso Tejera⁽¹⁾, M. Casuso Sáenz⁽¹⁾, M. Valiente Millán⁽¹⁾, N. Díez Herrán⁽¹⁾,
A. Vega Zubiaur⁽²⁾, E. González Martí⁽²⁾

⁽¹⁾Medicina Interna, ⁽²⁾Medicina de Familia y Comunitaria. Hospital Comarcal de
Laredo Laredo (Cantabria)

OBJETIVOS

Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) son fármacos ampliamente utilizados. A pesar de tener unas claras indicaciones, su uso se ha extendido. Son, en general, seguros pero no libres de efectos secundarios. Revisamos su prescripción y analizamos si esta era adecuada, así como si existían efectos secundarios asociados al fármaco.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisamos de forma retrospectiva los ingresos en nuestro servicio del 1 al 15 de febrero de 2018. Analizamos los datos con PAWS estadistic 20.

RESULTADOS

100 pacientes ingresaron durante este periodo. La edad media fue de 75.9 años. El 54% eran mujeres. El 14% eran pacientes pluripatológicos. Consumían AINES de forma crónica un 5%, el 19% estaban antiagregados, 13% tomaban anticoagulantes directos, 22% antagonistas de vitamina K y el 9% corticoides sistémicos. El 60% tomaban IBP, el omeprazol a la dosis de 20 mg era el más prescrito (68.3%).

El 11.7% tenían antecedentes de hernia de hiato, el 11.7% de úlcera gástrica/duodenal y el 11.7% reflujo gastroesofágico. El 11.7% habían tenido un episodio de hemorragia digestiva alta. Según ficha técnica sólo 24 pacientes (40%) tenían indicación para tomarlo. Las indicaciones que encontramos son 10% prevención de úlcera duodenal, 11.7% prevención de úlcera asociada a AINES, el 1.7% tratamiento de esofagitis por reflujo y el 20% control de una esofagitis curada. Sólo se retiró el fármaco al alta en 5.3% de casos.

En cuanto a los efectos secundarios, no encontramos ningún caso de hipomagnesemia, lupus cutáneo ni infecciones por salmonella o campylobacter. El 16.7% de los que tomaban omeprazol habían tenido una fractura de cadera/vertebral. El 37,5% de los que tomaban omeprazol tenían ácido fólico menor de 5,6.

CONCLUSIONES

Los IBP y, dentro de ellos, el omeprazol son fármacos ampliamente utilizados, no siempre con una indicación adecuada. En nuestra serie un 20% no tenía indicación. A pesar de esto, sólo se retiraron en un pequeño porcentaje. En general son bien tolerados, pero no están libres de efectos secundarios por lo que no debemos dejarnos llevar por la inercia terapéutica y hemos de revisar uno a uno cada principio activo pautado de nuestros pacientes.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

MC-07. USO DE ESCALAS PRONÓSTICAS PARA APOYAR LA RETIRADA DE TRATAMIENTOS

R. Jaso Tejera⁽¹⁾, M. Casuso Sáenz⁽¹⁾, M. Valiente Millán⁽¹⁾, N. Díez Herrán⁽¹⁾,
S. Nieto Martínez⁽²⁾, M. Latorre Asensio⁽²⁾

⁽¹⁾Medicina Interna. Hospital Comarcal de Laredo. Laredo (Cantabria)

⁽²⁾Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria)

OBJETIVOS

Revisar los pacientes pluripatológicos ingresados en el servicio de Medicina Interna durante un mes, describiendo sus características clínicas, medicación que reciben y calculando el índice Profound (IP) para revisar su situación un año después.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisamos las características de todos los paciente pluripatológicos ingresados en nuestro servicio en abril del 2017. Al año revisamos su tratamiento y la mortalidad. Los datos fueron analizados con PAWS stadistic 20

RESULTADOS

Ingresaron 25 pacientes pluripatológicos. 52% eran hombres. La media de edad fue 79,5 años. Todos vivían en su domicilio. La patología más prevalente fue la IC (52%), seguida del EPOC 44% y DM tipo II y demencia en 32%. La estancia media fue de 8,8 días. Según la receta electrónica en 93% existía polifarmacia; con una media de 10,96 principios activos. 28% presentaban un IP igual o mayor de 11.

Los pacientes que presentaban un IP mayor de 11 tomaban una media de 10,57 fármacos al ingreso, al alta 10,71. Más de la mitad reingresó a los 3 meses; y de nuevo antes de los 6 meses. Al año tenían 11 fármacos pautados de forma crónica. El 25% vivían en residencia y habían fallecido el 33,3% (de los cuales un 33% lo hicieron en los 6 primeros meses).

De los que tenían un IP menor o igual a 11, tomaban 11,1 fármacos antes de ingresar en 2017 y 10,94 al alta. Al año todos vivían en su domicilio. Ninguno falleció durante el ingreso. 22,2% reingresaron a los 6 meses; sólo 5,6% habían fallecido al año, ninguno en los primeros 6 meses

CONCLUSIONES

Los paciente pluripatológicos habitualmente reciben gran número de tratamientos. Mediante el IP podemos evaluar el pronóstico vital. En aquellos con un IP mayor de 11 se recomienda evaluar la posibilidad de desprescripción pudiendo ayudarnos de listas como la STOPPFRAIL. En estos pacientes debemos priorizar la calidad de vida y el confort. En nuestra serie estos pacientes fallecieron más, reingresaron más y dejaron de vivir en su domicilio más, probablemente por una situación funcional peor, a pesar de lo cual al año incluso se vio incrementado el número de principios activos.

NUEVOS MODELOS ASISTENCIALES

NM-05. GESTIÓN DEL PACIENTE CRÓNICO-COMPLEJO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL PRIMARIO. PLAN DE VIABILIDAD

A. González S.⁽¹⁾, R. Rubini⁽¹⁾

⁽¹⁾Urgencias. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia

OBJETIVOS

1. Reducir la estancia media Hospitalaria
2. Identificar los procesos clínicos que se previera un alta hospitalaria menor a 48 horas.
3. Creación de procedimientos clínicos y aplicación de los mismos, así como el manejo al alta o derivación.
4. Priorización de los pacientes ingresados en las UCE para realizar pruebas complementarias o derivación a otras estructuras hospitalarias.
5. Motivar a los profesionales para conseguir una estancia apropiada a cada paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio bianual, observacional y retrospectivo sobre la gestión de recursos hospitalarios de todos los pacientes ingresados en el Consorcio Hospitalario General Universitario de Valencia provenientes de urgencias.

RESULTADOS

Proyecto:

Crear, desarrollar e implantar un proceso de atención al paciente crónico complejo desde su entrada al Servicio de Urgencias hasta el fin del Proceso que puede ser el alta hospitalaria, a Consultas Externas de especializada. Domicilio o Ingreso.

Proyecto, que nace de la necesidad de unificar medios de actuación y gestionar de la manera más eficaz y personalizada en cuanto a las necesidades del paciente complejo su estancia en el Servicio de Urgencias.

Para lo cual contamos con un personal facultativo integrado por 31 médicos que cubren un servicio de 24h. los 365 días, en turno rotatorio, con una amplia formación especializada y experiencia en el Servicio. Además del personal sanitario conformado por 78 enfermeras(os) y 54 TCAE.

Una estructura dividida en 4 áreas:

- A1: Triaje Multidisciplinar (triaje y consulta básica).
- A2: Intermedios.
- A3: Paciente Complejo: 16 camas y box de vitales.
- A4: Traumatología.

CONCLUSIONES

Para la puesta de este proyecto, es necesario la ampliación física y remodelación estructural, en el cual hemos proyectado la ampliación del Área 3 en 20 camas más monitorizadas.

Mérida

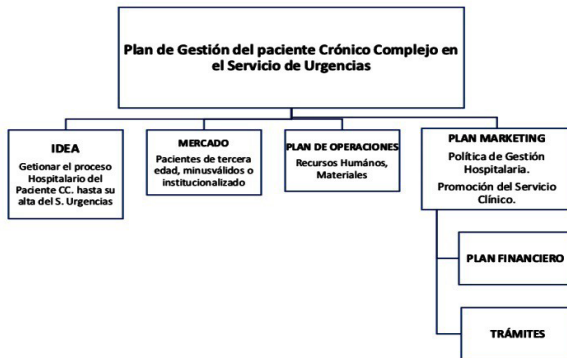
7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

Así como la contratación del personal necesario. Por tanto, es vital la inversión económica a cargo de la Administración Pública en este tipo de estudios de gestión clínica que priorizan la atención sanitaria de calidad y menor coste.

La implantación del proyecto disminuirá el número de ingresos, estancia hospitalaria y sobre todo el del área de urgencias, mejorando la percepción de calidad y confort del usuario y su familia.

Fig. 1. Esquema del plan de empresa



**NM-10. MEJORA DE GESTIÓN EN URGENCIAS CON LA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES
NECPAL**

A. González⁽¹⁾, J. Sanchís⁽¹⁾

⁽¹⁾Urgencias Hospitalarias. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.
Valencia

OBJETIVOS

- Valorar los pacientes con necesidades paliativas visitados en el servicio de urgencias de un hospital de agudos, sus características y destino al alta, y agilizar su estancia hospitalaria en el servicio al incluirlo en el procedimiento de pacientes -crónicos complejos.
- Comparar algunos indicadores de gestión entre los pacientes NECPAL CCOMS-ICO 3.0 (2016) positivo, o no.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal de pacientes con patología crónica valorados en urgencias por el mismo facultativo durante 1 año, . Para identificar las necesidades paliativas se utilizó el instrumento NECPAL CCOMS-ICO 3.0 (2016).

RESULTADOS

El 61.22% de los pacientes mayores de 70 años fueron NECPAL +, con una media de 3,6 consultas en urgencias y 1.15 ingresos más que los NECPAL negativos, marcado predominio de patología cardio-respiratoria y demencia en el 50%. En el año del estudio, el 24% fallecieron, pero solo el 20% lo hicieron durante su ingreso.

CONCLUSIONES

El grado identificación en los pacientes es muy bajo, lo que dificulta la planificación de los recursos. Aun así hemos obtenido una disminución en el tiempo de primera valoración y estancia en urgencias, lo que contribuye a la mejora de los indicadores de calidad y gestión medidos en este estudio.

Es lógico que los pacientes NECPAL positivo tengan mayor número de consultas y que los servicios de Medicina Interna principalmente se encuentren saturados de pacientes crónicos complejos, pero de forma preventiva nos ayudaría esta identificación para agilizar su atención médico-social.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

Fig. 1. Porcentaje de Necpal positivos y negativos en urgencias

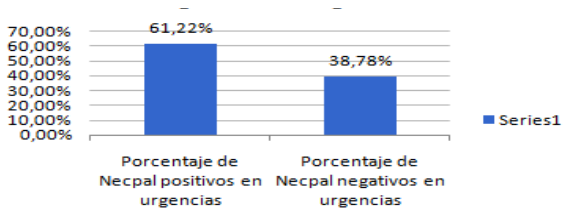


Fig. 2. Prevalencia de patología en Necpal positivos

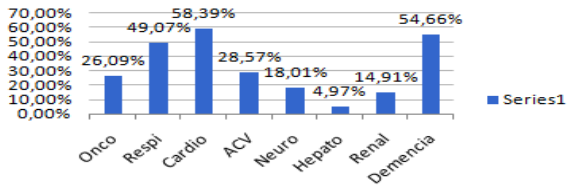
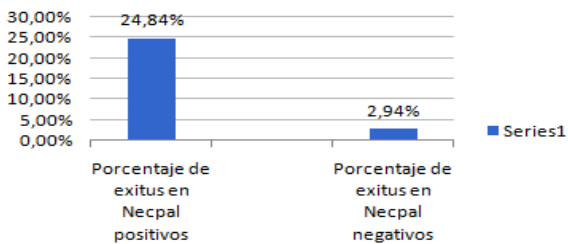


Fig. 3. Porcentaje de éxitos por paciente



NM-22. BUSCAMOS UN SITIO PARA EL ABUELO... ¿CON QUIEN VIVIRÁ?

E. Borreguero Guerrero⁽¹⁾, M. Berrueto Galar⁽¹⁾, M. Troyano Targa⁽¹⁾,
S. Ventureira Rodríguez⁽¹⁾

⁽¹⁾Unitat Territorial Atenció a la Cronicitat i Complexitat. Institut Català de la Salut.
Vilanova i la Geltrú (Barcelona)

OBJETIVOS

Analizar el perfil de las personas ingresadas en Hogares para personas mayores (“llars per gent gran”) en nuestra comarca.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, con variables cualitativas y cuantitativas. Calculamos valores absolutos y medias.

Se incluyeron a todos los usuarios ingresados en los 2 centros de la comarca durante el año 2018. Los centros tienen la característica que son viviendas con servicios y zonas comunes, un responsable y personal que da servicio las 24 horas del día. Sin personal médico en su plantilla.

Las variables analizadas fueron: edad, sexo, valoración de la complejidad, dependencia, riesgo de úlceras y deterioro cognitivo, patologías más prevalentes, presencia de lesiones por presión, registro de caídas, tratamiento con psicofármacos y defunciones.

RESULTADOS

En los 2 centros hay un total de 36 residentes (36,1% hombres y 63,9% mujeres), la edad media es de 85,7 años. 30,5% están identificados como pacientes crónicos complejos (PCC) y 11,1% con la identificación de Modelo de Abordaje de Cronicidad Avanzada (MACA). Un 58,4% no se especifica el nivel de complejidad. En todos los pacientes identificados como PCC o MACA está realizado el Plan de Intervención Individualizado Compartido (PIIC).

Mayoritariamente tienen un nivel de dependencia moderada (media de Barthel 37,5%), riesgo de úlceras bajo- moderado y Pfeiffer de 5 (deterioro cognitivo moderado).

Las patologías más prevalentes son la hipertensión arterial (83,3%) y la demencia (77,8%). No hay caídas registradas, la prevalencia de heridas crónicas es de 13,9%.

Un 69,4% tienen pautados psicofármacos (mayoritariamente benzodiazepinas, seguidas de quetiapina). A lo largo del pasado año fallecieron un 19,4% de los usuarios ingresados.

CONCLUSIONES

El perfil del usuario ingresado en “Llars de gent gran” es mayoritariamente un mujer de unos 85 años, sin mucha complejidad, con un nivel de dependencia moderada, poco riesgo de úlceras por presión, deterioro cognitivo moderado. La hipertensión es la patología más prevalente, seguida de las demencias y entre los tratamientos que tienen pautados están los psicofármacos.

Este trabajo nos ha servido para potenciar el seguimiento de estas personas en su centro residencial desde el Equipo de Atención a Residencias.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

NM-23. PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE ANCIANO CON INSUFICIENCIA CARDIACA

T. M. Bellver Álvarez⁽¹⁾, M. B. Escolano Fernández⁽¹⁾, B. García Olid⁽¹⁾,
P. García Romero⁽¹⁾, M. S. Acedo Gutiérrez⁽¹⁾, M. Ulla Anes⁽¹⁾

⁽¹⁾*Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Torre-Hospital Universitario Infanta Leonor*

OBJETIVOS

Una de las primeras causas de ingreso hospitalario en España en pacientes mayores de 65 años es la Insuficiencia Cardíaca Crónica, con una elevada tasa de reingresos y alta mortalidad. Actualmente se están llevando a cabo proyectos que mejoran la calidad de vida de estos pacientes implantando programas de seguimiento especiales que supongan una atención integral de sus patologías liderados por internistas con el apoyo puntual de otras especialidades. Siguiendo estos modelos se ha puesto en marcha una consulta en el Hospital Virgen de la Torre con el objetivo de atender a estos pacientes ancianos con IC crónica para intentar disminuir la tasa de reingresos y visitas a urgencias por cualquier causa, reducir su morbi-mortalidad y mejorar su calidad de vida.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el año 2017/2018 nace un proyecto de consulta para el manejo integral de pacientes ancianos con IC crónica en el Hospital Virgen de la Torre de Madrid.

Se dispone de un espacio físico de consulta con un especialista en Medicina Interna dedicado a ello durante 4 horas 1día a la semana. Los pacientes atendidos han sido derivaciones internas al alta de ingresos por ICC descompensada en el hospital.

Se han revisado 28 pacientes en un total de 21 días de consulta , durante un período de 11 meses, generando 71 consultas. El 100% tienen una edad > 80 años y el 46.6% > 90 años.

La primera revisión se realiza en los 10 días siguientes al alta; las sucesivas, según evolución.

RESULTADOS

El 25% de los pacientes (7) revisados de forma estrecha permanecen estables. El 39% (11) se ha descompensado.

Los pacientes descompensados han generado:

- 3 visitas a urgencias por ICC.
- 8 ingresos directos desde la consulta de HVT.
- 1 ingreso desde urgencias.

Las visitas y los ingresos desde urgencias se podrían haber evitado con un mejor funcionamiento de la consulta (detección precoz y /o más accesibilidad).

Aunque es un período de tiempo muy corto, se evidencia que el 91% de los pacientes descompensados (10) precisó 1 ingreso hospitalario o menos por descompensación, al ser detectada ésta precozmente.

CONCLUSIONES

- A pesar del corto período de tiempo y el escaso número de pacientes, se comprueba que con un seguimiento estrecho se puede evitar el paso por urgencias en las descompensaciones y el ingreso hospitalario.
- Lo ideal sería el funcionamiento de esta unidad a tiempo completo y apoyada sobre el pilar básico de enfermería.
- Es fundamental una coordinación entre: Atención Primaria y Hospitalizada, urgencias, hospital de día, cardiología y nefrología.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

NM-24. ¿EXISTE RELACIÓN ENTRE HEMOGLOBINA MENOR DE 10 Y OTRAS VARIABLES DE CRONICIDAD?

I. Candela García⁽¹⁾, M. Sánchez Mollá⁽²⁾, C. Herrero Payo⁽¹⁾,
M. Sempere Pascual⁽¹⁾, P. Jimenez Sellés⁽¹⁾, M. Priori Luna⁽¹⁾

⁽¹⁾MFYC. CSI Santa Pola. Santa Pola (Alicante)

⁽²⁾Subdirección. Hospital General de Elche. Elche (Alicante)

OBJETIVOS

Estimar si tener una hemoglobina menor de 10 , presenta relación significativa con otras variables de cronicidad en una cohorte de pacientes crónicos telemonitorizados y si es capaz de predecir ingreso o urgencia hospitalaria

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudiamos 783 pacientes pertenecientes al proyecto telerisk (Cohortes retrospectivo basado en candidatos seleccionados por el programa gestión crónicos Valcronic en dos centros de salud). Diagnosticados , al menos una de las patologías crónicas incluidas en programa (EPOC, ICC, HTA, Diabetes). Seleccionados por muestreo consecutivo entre los censos de los médicos participantes. Estimando una prevalencia del 15 % , una población entre ambos centros(>18 años criterio valcronic) de 50.000 , y precisión del 5% necesitaríamos estudiar 196 , siendo nuestra cohorte mayor, estudiamos a todos ,aumentando precisión .

Recogiendo los datos por facultativos de sus cupos en práctica clínica habitual. Consentimiento informado y estudio aprobado por CEIC del departamento correspondiente. No precisó financiación externa. No conflictos de interés. Registro de enero a diciembre 2013.

Información de variables obtenida de historia electrónica SIA-Abucasis(variables exposición) y Alta hospitalaria (variables respuesta). Datos incluidos en hoja Excel , en base de datos y tratados con SPSS y calculadora estadística EpiTable .Calculamos la prevalencia de hemoglobina menor de 10 y la asociación entre presentar una hemoglobina menor de 10 y el ingreso hospitalario, el ingreso por descompensación, el número de días de ingreso , la urgencia hospitalaria con o sin descompensación y el consumo de número de fármacos .

RESULTADOS

La prevalencia del índice de hemoglobina alterada <10 fue de 23 pacientes.(2,94%) .

El tener hemoglobina menor a 10 se asoció únicamente a un mayor consumo de fármacos 8,52, vs 5,81 p>0,0025, sin encontrar significación estadística para el resto de variables (ingresos con o sin descompensación, ni urgencias con o sin descompensación.

CONCLUSIONES

La existencia de una hemoglobina menor a 10, no resultó ser útil como cribado para predecir ingresos o urgencia hospitalaria, en cambio sí nos pudo aportar información como elemento predictor de polimedicación.

**NM-25. CONSULTAS DOMICILIARIAS MÉDICAS PROGRAMADAS VS DEMANDA EN
PACIENTES NIVEL CRG 3**

I. Candela García⁽¹⁾, C. De Gregorio Bernardo⁽²⁾, M. Sempere Pascual⁽¹⁾,
C. Herrero Payo⁽¹⁾, L. Prieto Pérez⁽¹⁾, L. Francés Vaño⁽¹⁾

⁽¹⁾MFYC. CSI Santa Pola. Santa Pola (Alicante)

⁽²⁾Dirección AP. Hospital General de Elche. Elche (Alicante)

OBJETIVOS

Describir el perfil de los avisos domiciliarios programados y a demanda departamentales tras el cambio de gestión del horario de consultas, mejorando la atención domiciliaria programada al paciente crónico nivel CRG 3

MATERIAL Y MÉTODOS

Se implanta un cambio en la gestión de los tiempos en las consultas de atención primaria de las seis zonas básicas de salud (ZBS) departamentales desde el año 2017 Liberando dos hora semanales de consulta dedicándolas a consultas domiciliarias programadas a pacientes nivel CRG 3 de cronicidad

Estudio descriptivo observacional transversal ,describimos número de visitas domiciliarias realizadas por los facultativos de forma programada y a demanda (tras solicitud por el paciente) , obteniendo los datos del programa Alumbra(programa de gestión) por departamento y por zona básica en 2017 y 2018.

RESULTADOS

Resultados departamentales: 913 (31,80%)visitas domiciliarias programadas en 2017 vs 1012(33,62%) en 2018, 1958 (68,20%) visitas domiciliarias a demanda vs 1998(66,38%) en 2018. Resultados por ZBS:

ZBS A: programadas 134(22,37%)en 2017 vs 197(33,23%) en 2018 , a demanda 465(77,62%) en 2017 vs 396(66,77%) en 2018 .

ZBS B: programadas 84(17,46%) en 2017 vs 127(22,61) en 2018 , a demanda 397(82,53%)en 2017 vs 484(77,63%) en 2018.

ZBS C: programadas 60(44,11%)en 2017 vs 45(31,25%)en 2018 ,a demanda 136(63,89%)en 2017 vs 99(68,75%) en 2018

ZBS D: programadas 218(27,35%) en 2017 vs 167(19,50%)en 2018, a demanda 597(62,65%) en 2017 vs 689 (80,50%) en 2018.

ZBS E: programadas 28(12,50%) vs 36(15,45%), a demanda 196(87,50%) vs 197(84,55%).

ZBS F: programadas 389(67,77%)en 2017 vs 440(70,62%)en 2018 a demanda 185(32,23%)en 2107 vs 183(29,38%) en 2018.

CONCLUSIONES

Hay un aumento de 139 visitas domiciliarias programadas en el departamento, aumentando el porcentaje en un 1,82% con un descenso similar de no programados.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

Los datos en las diferentes zonas básicas de salud, reflejan la misma evolución con descensos en los porcentajes de los avisos no programados a medida que aumentan los domicilios programados.

Estimamos que una mejor programación de los domicilios redundará en un mejor control del paciente y en un descenso de avisos domiciliarios a demanda

**NM-26. ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO E INTERCENTROS DE LA CRONICIDAD EN EL
ÁREA NORTE DE SEVILLA**

M. Aljama Alcántara⁽¹⁾, I. Cosano Prieto⁽⁴⁾, M. Rico Corral⁽³⁾,
A. Moreno Verdugo⁽⁷⁾, Á. Rodríguez Hurtado⁽⁶⁾, M. Rita Acosta⁽⁵⁾

⁽¹⁾UGC Fuensanta Pérez Quirós. Distrito Sanitario Sevilla

⁽⁴⁾UGC La Rinconada. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla

⁽³⁾UGC Medicina Interna, ⁽⁶⁾Subdirección Continuidad. Hospital Virgen Macarena.
Sevilla

⁽⁷⁾UGC Carmona. DS Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla

⁽⁵⁾Coordinadora Enfermería. Hospital de Alta Resolución Sierra Norte. Constantina
(Sevilla)

OBJETIVOS

El Servicio Andaluz de Salud ha priorizado la elaboración de planes integrales operativos con adaptación local para la atención a los pacientes con enfermedades crónicas con necesidades complejas de salud (entre otras patologías priorizadas).

Para dar respuesta a este encargo, el DS Aljarafe-Sevilla Norte, DS Sevilla, el HUV Macarena y el HAR Sierra Norte han constituido un grupo de profesionales que ha elaborado un documento operativo.

Presentamos en esta comunicación la metodología empleada y los resultados alcanzados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se conformó un grupo de 13 profesionales que incluía áreas de conocimiento implicadas en la atención a pacientes crónicos.

Se mantuvieron 5 reuniones, en las que se analizó la situación local de la atención a la cronicidad en nuestra área, se definieron 5 objetivos específicos y, mediante metodología de consenso de grupo, se identificaron las propuestas y acciones de mejora de cada uno.

Trabajamos en un itinerario formativo para los profesionales. También se consensó la estrategia de implantación y el cronograma de la misma.

Definimos indicadores para evaluar las acciones de mejora y su calendarización.

RESULTADOS

Propusimos 5 objetivos específicos sobre: equipos interdisciplinarios, planes de acción personalizados (PAP), ingresos urgentes de pacientes crónicos, proceso pluripatológico y promoción de la salud.

Para alcanzarlos propusimos 15 acciones de mejora y 20 indicadores de evaluación.

Se han realizado un 33% y un 11% más PAP en Distrito Sevilla Norte y en Distrito Sevilla, sobre los de 2017.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

CONCLUSIONES

- La constitución de un grupo interdisciplinar ha mejorado el conocimiento de los dos niveles asistenciales a todos los miembros del grupo.
- Ha mejorado la implantación de la estrategia de atención a los pacientes crónicos complejos en nuestra área.
- Se han propuesto soluciones locales a problemas locales
- La metodología empleada ha permitido priorizar las acciones de mejora por consenso profesional.
- Para garantizar el seguimiento y las correcciones que sean oportunas según los resultados, creemos que es necesaria la permanencia del grupo constituido.

NM-28. EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS EN DOMICILIO DESDE 2010 A 2018

J. Mencia Gorostidi⁽¹⁾, A. Moreno Jimenez⁽¹⁾

⁽¹⁾C.S. Amaracentro. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea. Donostia - San Sebastián (Guipúzcoa)

OBJETIVOS

Queremos evaluar la variación en el número de visitas domiciliarias, tanto de enfermería como medicina de atención primaria que requieren los pacientes crónicos domiciliarios, así como sus características demográficas, fundamentalmente sexo, edad, condiciones familiares y/o de los cuidadores y sus patologías principales a lo largo de los años desde 2010 a 2018.

MATERIAL Y MÉTODOS

En un barrio del centro de San Sebastián, realizamos un estudio descriptivo de una muestra aleatoria de los pacientes calificados como Crónicos Domiciliarios, es decir aquellos que por su patología y/o alguna circunstancia se atienden fundamentalmente en su domicilio. Tomamos los datos desde sus historias clínicas del programa informático Osabide, Valoraremos los cambios de edad, sexo, vivir solo, cuidador profesional o familiar, patologías principales y número de visitas a domicilio que han requerido, tanto de médicos como enfermeras, en tres años diferentes 2010, 2014 y 2018.

RESULTADOS

Crónicos domiciliarios: 2010=190, 2014=192, 2018=236

Edad media 81-84-89, %mujeres de 64 a 72%, DomEnf 4,34-6,76-12, DomMed,67-2,4-2,86

Tienen cuidador profesional el 70%, aunque sea de apoyo parcial y el 30% vive solo-a, con apoyo y/o supervisión en todos los casos.

Las patologías prevalentes son: Enf. Neurodegenetivas, patología vascular, y patología osteomuscular.

CONCLUSIONES

Tenemos un envejecimiento con mayor trabajo domiciliario, fundamentalmente a enfermería, de 4 a 12 dom. En general su situación es buena, con alto porcentaje de apoyo profesional externo 70%.

Como discusión proponemos que visto el envejecimiento y la pluripatología de nuestros pacientes, nos sorprenda el poco incremento de la calificación de “crónico domiciliario”.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

NM-29. ACTIVIDADES DEL FARMACÉUTICO DEL SISTEMA SANITARIO EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS. REVISIÓN SISTEMÁTICA

H. Acosta García⁽¹⁾, S. Sánchez Fidalgo⁽²⁾, E. Alfaro Lara⁽¹⁾, E. Delgado Silveira⁽³⁾,
D. Sevilla Sánchez⁽⁴⁾, B. Santos Ramos⁽¹⁾

⁽¹⁾*Farmacia hospitalaria. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla*

⁽²⁾*Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla*

⁽³⁾*Farmacia hospitalaria. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid*

⁽⁴⁾*Farmacia hospitalaria. Hospital General de Vic. Vic (Barcelona)*

OBJETIVOS

Revisión sistemática sobre la evidencia de las intervenciones en pacientes crónicos complejos (PCC), en las que el farmacéutico del sistema sanitario tiene un papel relevante, como parte del equipo multidisciplinar de profesionales de la salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda sistemática de los últimos 10 años en las bases de datos MEDLINE, EMBASE, Nursing@Ovid, The Cochrane Library y Centre for Reviews and Dissemination. Se siguieron las directrices marcadas por PRISMA.

La pregunta de investigación establecida en formato PICO(D) fue:

- Población: PCC
- Intervención: cualquiera realizada por farmacéuticos del sistema sanitario como parte del equipo multidisciplinar.
- Comparador: cualquiera.
- Resultados: resultados en salud o de utilización de recursos.
- Diseño: revisiones sistemáticas (RS), estudios de intervención prospectivos.

La selección y valoración de la calidad de los estudios se hizo por pares mediante herramientas validadas, AMSTAR2 para RS y la herramienta propuesta por la Colaboración Cochrane para ensayos clínicos (EC).

RESULTADOS

Se localizaron 1281 referencias de las que se seleccionaron nueve: una RS y ocho EC.

La calidad de la RS fue alta y la de los EC baja-moderada, aunque uno fue de calidad alta.

Las intervenciones realizadas en los EC fueron: revisión de la adecuación de la medicación mediante diferentes herramientas o según el criterio del farmacéutico, conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales y educación al paciente o a profesionales sanitarios.

Solo uno de cinco estudios mostró resultados positivos en mortalidad a favor del grupo intervención, dos de cuatro en calidad de vida, y tres en diferentes resultados en salud menos relevantes (diferentes escalas de valoración de la salud y resultados negativos en salud asociados a medicamentos).

En cuanto a utilización de recursos, uno de tres estudios mostró mejoras en estancia hospitalaria, uno de tres en visitas a urgencias y, ninguno, de los ocho que las midieron, en hospitalizaciones.

Los resultados de la RS fueron similares a los de los EC incluidos.

CONCLUSIONES

Las principales intervenciones farmacéuticas identificadas fueron sobre adecuación y conciliación de la medicación y educación al paciente. Solo algunos estudios han podido demostrar diferencias favorables a la intervención en resultados en salud o uso de recursos sanitarios en los PCC.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

OTROS

O-10. GRIPE: DIFERENCIAS ENTRE DOS GRUPOS DE EDAD EN UN HOSPITAL COMARCAL

R. Jaso Tejera⁽¹⁾, M. Valiente Millán⁽¹⁾, M. Casuso Sáenz⁽¹⁾, N. Díez Herrán⁽¹⁾,
A. Campo Ruiz⁽¹⁾, P. Sánchez Junquera⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina Interna. Hospital Comarcal de Laredo. Laredo (Cantabria)

OBJETIVOS

Conocer las características de los pacientes ingresados por gripe así como su evolución comparando la población mayor de 85 años con aquellos más jóvenes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisar los pacientes ingresados por gripe durante el periodo de noviembre de 2017 hasta mayo de 2018.

RESULTADOS

Analizamos 120 pacientes. Todos diagnosticados mediante diagnóstico rápido en secreciones respiratorias por frotis nasal y faríngeo. 88 (73%) tenían 85 años o menos y 32 (27%) eran mayores. En los más jóvenes el predominio fue de varones (60,2%), mientras que los más mayores fueron mujeres (71,9%). En ambos grupos la mayoría no eran pacientes pluripatológicos. La frecuencia de vacunación era del 96,9% en el grupo de pacientes mayores; en los más jóvenes 87,5%. En ambos grupos fue más frecuente la gripe B (aproximadamente 2/3). Las complicaciones ocurrieron sobre todo en pacientes no vacunados. En ambos grupos existía comorbilidad asociada en un porcentaje bastante similar de ciertas patologías; cardiopatía (42% en los más jóvenes y 43,8% en mayores), enfermedad pulmonar (37,5 y 31,3% respectivamente), y diabetes (28,4% frente a 28,1%). La enfermedad renal crónica fue más frecuente en los más mayores (37,5% frente a 19,3%) y la obesidad en los más jóvenes (11,4% frente 6,3%). La estancia media fue algo mayor en los jóvenes (6,1 días frente a 5,72). Presentaron complicaciones con una frecuencia similar, 87,5% los más mayores y 84,4% los más jóvenes, siendo la insuficiencia respiratoria (64,8% en los jóvenes y 62% en los mayores) y la IC (22,7% en los jóvenes y 28,1% en los mayores) las más habituales en ambos grupos.

El 100% recibió tratamiento con oseltamivir. Fallecieron 5 pacientes, de los cuales el 80% pertenecía al grupo más anciano

CONCLUSIONES

Encontramos una frecuencia de complicaciones muy similar entre los dos grupos de edad. El virus B fue el principal causante de la epidemia. Presentaron como principal factor de riesgo para contraer la infección la edad y la cardiopatía subyacente. Las complicaciones más frecuentes fueron las respiratorias. La mayoría habían sido vacunados. Todos recibieron tratamiento antiviral y la mortalidad fue claramente superior en los pacientes más ancianos como es de esperar.

O-21. TRATAMIENTO CON SACUBITRIL-VALSARTAN EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONTROLADOS EN HOSPITAL DE DÍA

M. Ruiz Pombo⁽¹⁾, M. Latorre Marín⁽¹⁾, J. Ibáñez Nolla⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina Interna. Hospital Sant Rafael. Barcelona

OBJETIVOS

Demostrar la mejora de la FEVI, clase funcional así como el número de ingresos hospitalarios y consultas a urgencias tras tratamiento con sacubitril/valsartan.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo durante un seguimiento de 6 meses, de pacientes valorados en HDM, con IC CF NYHA II-IV, FE reducida (FEVI<40), tratados con las dosis máximas toleradas de IECAS, betabloqueantes

y/o ARMI y con valores de NT-pro-BNP elevados (NT-proBNP \geq 600 pg/mL) La dosis inicial fue de 24/26mg o 49/51 mg cada 12 horas, siendo la dosis objetivo 97/103 mg cada 12 horas. Se realiza un registro de los valores de NT-pro-BNP , FEVI previo al tratamiento y tras el periodo de seguimiento de 6 meses, calculándose la significación estadística. Se registran los ingresos y las consultas a urgencias antes y después del tratamiento.

RESULTADOS

En el HDM se inicia tratamiento con Sacubitril-valsartan a 18 pacientes, edad media 81 años. En 10 pacientes se completa el seguimiento 6 meses; 1 caso rechazo al tratamiento, 1 éxitus por neoplasia.

De los 10 pacientes analizados, edad media 80 años, 90% hombres.

El 90% de los pacientes con IECAS y betabloqueantes y sólo un 40% con ARM. El 30% diabéticos, 100% hipertensos y 70% dislipémicos.

En 5 pacientes no disfunción renal y un paciente IR con IFG 29 ml/min.

Alcanzamos dosis máximas (97/103) en 4 pacientes, medias (46/51) en 1 paciente; el principal limitante la hipotensión.

Se obtuvo un descenso del NT-proBNP del 56% (5412-2385 pg/ml)(p valor 0.03)

El 90% de los pacientes mejoran la CF; 8 de CF III a CF II, 1 caso de CF IV a CF II y uno mantiene CF III. Respecto a la FEVI, de una FEVI media inicial de 34 a una FEVI media de 45 (p valor 0.009)

Se observó descenso de ingresos y consultas a urgencias, de 14 ingresos a 1 y de 19 consultas a urgencias a 1.

CONCLUSIONES

Se demuestra tras tratamiento con sacubitril-valsartan descenso significativo del NT-proBNP

Se observa mejoría de la FEVI con significación estadística.

Se consiguieron dosis máximas en el 40% de los pacientes. Se observó un descenso de ingresos y consultas a urgencias

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

O-22. PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA AVANZADA NO ONCOLÓGICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Ortiz Camúñez⁽¹⁾, M. Pérez Delgado⁽¹⁾, M. Bernal Bolaños⁽²⁾,
J. González Lamas⁽³⁾, S. Sánchez González⁽⁴⁾, M. García Lozano⁽¹⁾

⁽¹⁾UGC Camas. Servicio Andaluz de Salud/UGC de Camas. Camas (Sevilla)

⁽²⁾UGC Rota Servicio Andaluz de Salud. Rota (Cádiz)

⁽³⁾UGC Cabra. Servicio Andaluz de Salud. CABRA (Córdoba)

⁽⁴⁾UGC Andévalo Occidental. Servicio Andaluz de Salud. (Huelva)

OBJETIVOS

Describir las características clínicas, farmacológica y consumo de recursos de paciente con enfermedad crónica avanzada no oncológica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Descriptivo transversal multicéntrico. Ámbito: Centros de salud de AP.

Criterios selección: adultos con uno o más criterios definitorios (CD) del estudio Paliar-AP: Insuficiencia cardíaca (ICC), Insuficiencia respiratoria (IRC), Insuficiencia renal (IReC), Hepatopatía (HC), Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo y/o funcional (ENC), en situación de cronicidad avanzada y no oncológicos. Criterios de exclusión: Agonía.

Muestra: 718 sujetos seleccionados por muestreo consecutivo.

Variables: sociodemográficas, sociofamiliares, clínicas, farmacológicas, recursos sanitarios y variables pronósticas.

Análisis estadístico: descriptivo uni y bivalente según naturaleza de las variables. Limitaciones: Variabilidad interobservador y falta de información de pacientes atendidos en la sanidad privada.

Aspectos éticos-legales: conformidad del Comité de Ética local.

RESULTADOS

718 pacientes, 52,9% eran mujeres y la edad media de 79,44 años (DE 10,1). El 53,1% estaba casado.

La mediana de los criterios de inclusión fue 1[1], siendo el máximo 5, .La mediana de enfermedades asociadas fue 7[5].

El 74,5% de la muestra presentó sólo un criterio de inclusión, siendo el más frecuente ENC (55,8%), seguido de IC (27,4%) e IRC (27,2%). El 21,9% presentó 2 criterios, siendo la asociación más frecuente IC e IRC (11,4%). El índice de Barthel presentaba una mediana de 45[60] y el test de Pfeiffer de 5[8].

El 87,8% de la muestra presentaba la prescripción crónica de 5 o más fármacos con una mediana de fármacos de 9[6].

El 70,3% precisaba cuidador, sin relación el tipo de cuidador (89,7% informal) con la presencia de ingresos ($p < 0,05$).

La mediana del número de ingresos en los 12 últimos meses fue 1[1], con 10 [15] días de estancia. El 57,8% de la muestra mantenían seguimiento conjunto entre atención primaria y hospitalaria.

El 20,1% cumplía los criterios de terminalidad de National Hospice Organization.

CONCLUSIONES

Los pacientes con enfermedad crónica avanzada no oncológica, presentan mayor comorbilidad asociada a mayor requerimiento de recursos sociosanitarios, siendo esencial la identificación de los mismos para garantizar abordaje integral que garantice el uso de recursos apropiados.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

O-23. PERFIL DE LOS PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN UNA RESIDENCIA DE CUIDADOS MEDIOS ADSCRITOS A UN CENTRO DE SALUD URBANO

E. Fernández Quijada⁽¹⁾, M. García Chicano⁽¹⁾, P. Pérez Martínez⁽¹⁾,
A. Galera López⁽¹⁾, M. López Tornero⁽¹⁾, D. López Oliva⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia

OBJETIVOS

Analizar el perfil de pacientes institucionalizados en una Residencia de Cuidados Medios y describir las patologías crónicas más frecuentes, así como los ingresos y pruebas complementarias efectuadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal desde el 1/12/2017 hasta el 30/11/2018 de un grupo de 72 personas institucionalizadas en una Residencia de Cuidados Medios y adscritas a un Centro de Salud Urbano. Variables analizadas: edad, sexo, prevalencia de patologías crónicas, Índice de Charlson (IC), número de ingresos hospitalarios, número de interconsultas a especialidades médicas, número de pruebas complementarias solicitadas y número de fármacos. Las variables se analizan mediante frecuencia absoluta, medias, porcentaje y desviación estándar.

RESULTADOS

A fecha 30/11/2018 son 72 las personas institucionalizadas en la Residencia de Cuidados Médicos adscritas al Centro de Salud, de las cuales el 78% son mujeres. La edad media es de 85,5 años (rango 58-97 años).

La patología crónica más frecuente es hipertensión arterial, con una prevalencia del 68%, seguido de dislipemia (49%), depresión (47%) e insuficiencia renal crónica (31%). La media de fármacos por paciente es de 8,5 fármacos.

El 40% tiene IC de 1, el 22% de 2 y 3, un 7% de 4 y únicamente un 2% tiene IC de 5.

Son 16 el total de ingresos hospitalarios (0,22 ingresos de media por paciente), y 38 el número de interconsultas realizadas a distintas especialidades médicas, siendo el 38% a Urgencias hospitalarias.

En cuanto a las pruebas complementarias, se solicitan un total de 411 analíticas y 75 pruebas de imagen.

CONCLUSIONES

El envejecimiento progresivo de la población y la inversión de la pirámide poblacional ha provocado en la última década la necesidad de aumentar y mejorar los servicios destinados a la cronicidad, siendo la Atención Primaria el primer nivel asistencial del paciente crónico. Una de esas medidas ha sido ampliar la oferta de centros de cuidados medios. En nuestra Región es mínima la red de centros públicos, siendo la oferta existente del sector privado. Estos pacientes tienen una alta prevalencia de patologías crónicas y son polimedcados (más de 5 fármacos/paciente). El número de ingresos en el periodo estudiado no es excesivo.

O-24. EXPLORACIÓN DEL PIE DIABÉTICO: MEJORANDO LA ASISTENCIA AL TRAVÉS A DE LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

M. González Bustillo⁽¹⁾, M. Fernández Ramajo⁽²⁾, S. Herrero Callejo⁽²⁾,
M. Guzmán Fernández⁽¹⁾, M. Martín Delgado⁽¹⁾, L. Salvador Sánchez⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio Coordinación Asistencial, Sociosanitaria y Salud Mental-G. SACYL. Valladolid

⁽²⁾SACYL. Valladolid

OBJETIVOS

Adoptar medidas preventivas en el paciente diabético, reduce la incidencia de problemas del pie, y se podrían evitar entre el 49%-85% de las amputaciones.

Un programa con estrategias de prevención, exploración regular del pie, identificación del pie de riesgo, educación del paciente, familia y profesionales sanitarios, el uso de calzado apropiado, tratamiento interdisciplinario de las complicaciones del pie y la evaluación y/o tratamiento podológico regular ha demostrado ser efectivo para reducir la frecuencia de amputaciones.

OBJETIVOS:

Mejorar la formación de los profesionales de enfermería en los cuidados y técnicas de exploración de los pies en personas diabéticas en la consulta de enfermería de atención primaria de salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Impartir cursos de Diagnóstico y prevención del pie neuroisquémico en el Área Este de Valladolid de Atención Primaria a personal de enfermería en el año 2016 y 2018.
2. Evaluar los resultados obtenidos a nivel de cartera de servicios durante los años 2015, 2016, 2017 y 2018.

RESULTADOS

Se imparten dos ediciones del curso de formación, dirigido a

- En el año 2016, un profesional de enfermería de cada Centro de Salud, con el compromiso de formar al resto de profesionales de su centro de salud en el año 2016.
- En el año 2018 a cualquier profesional de enfermería que lo solicite voluntariamente el curso.

Se hace una comparativa de los resultados obtenidos en agosto (fecha en la que se hace la toma de datos) del 2015 y los resultados posteriormente al primer curso en el año 2016, 2017.

A nivel de área se pasa de un porcentaje de revisión del 9,65% en 2015 a un 27,14% en 2017.

En nuestro centro de salud aumenta desde un 4,99% a un 46.67% en 2017.

Pendientes de la publicación de los resultados del 2018.

CONCLUSIONES

Se objetiva que aumenta significativamente la revisión de pies en personas con DM.

Los asistentes consideran que el taller les es de utilidad para el diagnóstico precoz del pie neuroisquémico, ya que mejoran sus conocimientos y habilidades.

El interés de los participantes y los buenos resultados obtenidos nos animan a seguir promoviendo la formación continuada.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

O-25. RELACIÓN ENTRE EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO Y EL INGRESO EN EL ÁREA DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

D. Ramírez Sánchez⁽¹⁾, B. Rodríguez Soriano⁽²⁾, E. Ruibérriz de Torres Fernández⁽³⁾, M. García Prat⁽⁴⁾, P. García Sardón⁽⁵⁾, M. Pedregal González⁽⁶⁾

⁽¹⁾Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva

⁽²⁾Centro de Salud Adoratrices, ⁽³⁾Centro de Salud Valverde del Camino. Huelva

⁽⁴⁾Centro de Salud El Torrejón. Huelva

⁽⁵⁾Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

⁽⁶⁾Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria. Complejo Hospitalario de Huelva. Huelva

OBJETIVOS

- Determinar la relación entre el cumplimiento e ingreso, en urgencias hospitalarias.
- Determinar la prevalencia de incumplimiento.
- Describir la frecuencia de alta, ingreso en observación y en planta.
- Determinar la relación del cumplimiento e ingreso con otras variables.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Observacional descriptivo.

Emplazamiento: Urgencias.

MATERIAL Y MÉTODO

Pacientes con al menos una enfermedad crónica y tratamiento de manera continuada. Frecuencia de incumplimiento del 50%, precisión del 5% y confianza del 95% (n=384). Se presentan los resultados de una muestra de 55 pacientes (n=55), desde enero 2017 hasta mayo 2018.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Descriptivo: cuantitativas, media y desviación típica. Cualitativas: porcentajes. Inferencial: Intervalos de confianza al 95%.

Comparación de medias: Test de la t y ANOVA. Comparar variables cualitativas: Ji-Cuadrado.

RESULTADOS

1. Se encontró una relación al borde de la significación ($p=0,055$), entre el incumplimiento y el ingreso.
2. Prevalencia de incumplimiento: 16,4% IC (8,29-27,91%).
3. Prevalencia de ingreso en planta del 30,91 % IC (19,79-43).
4. Perfil del paciente incumplidor: hombre, mayor, sin estudios, pluripatológico, polimedcado, con disfunción familiar y que percibe más efectos secundarios. Mayor incumplimiento entre los hipertensos, diabéticos, dislipémicos e insuficiencia cardiaca y renal.

CONCLUSIONES

1. No hay relación significativa entre incumplimiento e ingreso aunque los incumplidores ingresan más. Para establecer una relación significativa habría que aumentar el tamaño de la muestra.
2. Es relevante la prevalencia elevada de incumplimiento.
3. Es mayor la frecuencia de alta, sin ser estadísticamente significativa en relación con los ingresos.
4. Son más incumplidores los de mayor edad, hombres, polimedicados y que perciben más efectos secundarios.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

O-26. PERFIL DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA: VALORACIÓN FUNCIONAL Y DE RIESGO SOCIAL

V. Gago Alonso⁽¹⁾, M. Chimenó Viñas⁽¹⁾, P. García Carbó⁽¹⁾, A. Manzano García⁽¹⁾, M. Martín Corrales⁽¹⁾, P. Teso Teso⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora

OBJETIVOS

En los Complejos Asistenciales donde no existen Servicios/Unidades específicos, los pacientes crónicos y pluripatológicos ingresan en la planta de hospitalización convencional de Medicina Interna (MI). Este tipo de pacientes requieren una atención médica especial y generan mayores cargas de trabajo para todo el personal encargado de sus cuidados.

Nos propusimos evidenciar las características de los pacientes ingresados en la planta de MI del Hospital Virgen de la Concha de Zamora y la posible sobrecarga que se podía generar según los posibles perfiles de los mismos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, transversal, descriptivo.

Se valoraron los pacientes ingresados en la planta de hospitalización de MI un día elegido aleatoriamente (14 de diciembre de 2018). Los datos recogidos fueron: edad, sexo, puntuación en el índice de Barthel y en la valoración social (en nuestro Centro se utiliza una escala de Gijón modificada) , y si residía en su domicilio o en residencia. La información valorada fue la registrada en la historia electrónica de enfermería. En ella, los resultados menor de 8 en la valoración social suponen que el paciente dispone de un soporte social sin riesgo, con 9 existe ya riesgo de institucionalizar y si está en una institución se cuantifica como 0.

RESULTADOS

De las 36 camas funcionantes en la planta de MI, estaban ocupadas 35. De los 35 pacientes ingresados, 17 eran varones (48,5%) y 18 mujeres (51,5%) con una edad media de 77,8 años. Ver Tablas 1 y 2.

CONCLUSIONES

En este estudio puntual el perfil de pacientes ingresados en una planta de MI evidenciado fue:

1. Añosos: edad media > 75 años.
2. Más del 20% estaban institucionalizados.
3. Dependientes para las actividades básicas de la vida diaria (sólo 6 eran independientes; el resto tenía algún grado de dependencia: 40% con total dependencia).

Teniendo en cuenta los datos anteriores, se confirma la sobrecarga que suponen este perfil de pacientes para todo el personal que se ocupa de la atención de los mismos.

Tabla 1. Valoración funcional

BARTHEL	<20	20-35	40-55	60-99	100
nº pacientes (%)	14 (40%) (9 tenían 0 puntos)	1 (3%)	1(3%)	13 (37%)	6 (17%)

Tabla 2. Valoración social

GIJÓN MODIFICADA	INSTITUCIONALIZADOS	RIESGO SOCIAL ALTO	SIN RIESGO SOCIAL
nº pacientes (varón/mujer)	8 (3V/5M)	3 (2V/1M)	24 (12V/12M)
%	23%	(8,5%)	(68,5%)

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

O-27. PREVALENCIA DEL SÍNDROME CARDIO-RENAL ANEMIA EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA CON INSUFICIENCIA CARDIACA VALORADOS EN HOSPITAL DE DÍA MÉDICO

M. Ruiz Pombo⁽¹⁾, M. Latorre Marín⁽¹⁾, J. Ibáñez Nolla⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina Interna. Hospital Sant Rafael. Barcelona

OBJETIVOS

Evaluar la prevalencia del síndrome cardio-renal anemia (SCRA) y la asociación entre anemia y disfunción renal en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) controlados en Hospital de Día Médico (HDM).

MATERIAL Y MÉTODOS

Participan 276 pacientes con diagnóstico principal de IC. Se definió anemia según criterios de la OMS, Hb < 13 g/dl hombre y <12 g/dl mujer. Se definió FEVI reducida $\leq 40\%$, FEVI intermedia entre 41-49% y FEVI preservada $\geq 50\%$. La función renal se evaluó mediante la estimación FG por el MDRD. Se definió insuficiencia renal (IR) IFG < 60 ml/min/1.73m².

RESULTADOS

De los 276 pacientes con IC, 93 (33.7%) cursaban con IC, anemia e IRC (SACR) y 57 pacientes (20,6%) con IC, sin anemia, ni disfunción renal.

En cuanto al sexo femenino, predomina de forma significativa en la no presencia del SCRA. En cuanto a la edad media se registró en el grupo del SCRA 84,6 años (DE=6,1) y en el grupo sin SCRA 84,8 años (DE=7,3) ($p=0.4$).

Respecto al análisis de la CF, se observa que la CFIII-IV, es más frecuente en los pacientes con SCRA ($p<0.0001$) así como lo es la CF II en el grupo de no presencia de SCRA ($p<0,0001$).

En la FEVI, no se obtuvieron diferencias significativas cuando se comparaban las FEVI medias de ambos grupos. Cuando se determinaba la FEVI intermedia y reducida conjuntamente el nivel de significación era de $p=0.2$.

Con respecto al valor de Hb como era de esperar, se obtuvieron mayores valores de Hb en el grupo sin SCRA ($p<0.0001$).

Cuando valorábamos el NT-proBNP también se obtenían valores significativamente mayores en el grupo del SCRA ($p=0.0004$).

La mortalidad registrada en el grupo SCRA fue 19 éxitus (20,4%), la causa en 15 de ellos fue por IC (79%), mientras que se registraron 5 éxitus (8,7%) en el grupo no SCRA todos ellos por IC ($p=0,19$).

CONCLUSIONES

El abordaje de la IC debe orientarse, no sólo al tratamiento de la cardiopatía, sino también al estudio de la IR y la anemia, porque influyen en su pronóstico y tratamiento. En nuestra serie, resultados significativos en cuanto porcentaje de CF III-IV, valor elevado del NT-proBNP y mortalidad, en pacientes con SACR.

Características basales de los grupos definidos.

O-28. ATENCIÓN A LA CRONICIDAD DE FORMA AMBULATORIA EN NUESTRA UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL.

P. García Carbó⁽¹⁾, M. Chimento Viñas⁽¹⁾, F. Martín Morales⁽¹⁾, S. Gracia Tejera⁽¹⁾,
B. Álvarez Prieto⁽¹⁾, J. Torres Ramos⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora

OBJETIVOS

El envejecimiento progresivo la población y la cronificación de las patologías han motivado que se precisaran nuevas formas de atención al paciente crónico pluripatológico (PCPP). Dentro de estos dispositivos de atención la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León inició en 2014 la implementación en toda la Comunidad de las Unidades de Continuidad Asistencial (UCA). Estas realizan una atención integral al PCPP. En Zamora la UCA inició su funcionamiento en 2014. Los recursos humanos asignados a la misma fueron un médico internista y un enfermero. Ambos, aunque trabajaban de forma conjunta, disponían de una consulta para cada uno. Desde su implementación se habilitó un correo electrónico y telefonía (fija y móvil) para la realización de consultas telemáticas.

El objetivo de nuestro estudio fue analizar la actividad ambulatoria presencial de nuestra UCA tanto la realizada en la consulta del médico como la de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo.

Se analizaron los datos de actividad de las consultas presenciales de la Unidad de Continuidad Asistencial (UCA) de Zamora realizadas desde el inicio de funcionamiento de la UCA (octubre del año 2014) hasta noviembre de 2018 (últimos datos disponibles a fecha de realización de este trabajo). Se valoraron: número total de consultas realizadas por el médico y número de primeras y sucesivas; número de consultas específicas de enfermería.

RESULTADOS

Se muestran en tabla 1.

CONCLUSIONES

1. La consultas presenciales realizadas por el médico de la UCA se mantienen estables en los tres últimos años.
2. En las consultas presenciales de enfermería se evidencia una actividad muy variable dependiendo de los años analizados lo que sugiere un defecto de registro de las mismas y nos obliga a realizar un estudio exhaustivo y profundo a fin de confirmar los datos registrados.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

Tabla 1. Resultados

	CONSULTAS MÉDICAS PRESENCIALES (PRIMERAS/SUCESIVAS)	CONSULTAS DE ENFERMERÍA PRESENCIALES
AÑO 2014 (octubre-diciembre)	123	41
AÑO 2015	1042	376
AÑO 2016	1528	183
AÑO 2017	1585	117
AÑO 2018	1488	76

LA SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

PG-02. RIESGO DE FRACTURA POR FRAGILIDAD EN MUJERES ANCIANAS

M. Pérez Garrachón⁽¹⁾, M. Blanco González⁽¹⁾, A. Mancebo Albor⁽¹⁾,
P. Travieso Blanco⁽¹⁾, B. Delgado Tapia⁽¹⁾, M. Cantalapiedra Gil⁽¹⁾

⁽¹⁾Centro de Salud Canterac. Gerencia de Atención Primaria Valladolid Este.
Valladolid

OBJETIVOS

1. Conocer la prevalencia de riesgo de fractura mayor osteoporótica en mujeres de 65 años o más
2. Estratificar el riesgo de fractura por fragilidad
3. Conocer la prevalencia de obesidad en mujeres ancianas

MATERIAL Y MÉTODOS

Se seleccionaron a mujeres de 65 a 90 años no institucionalizadas de un centro de salud urbano incluidas en un cupo a fecha 01/01/2018, que acudieron a consulta de médico, enfermera o matrona. Se excluyeron: inmovilizadas, con enfermedad mental, tratamiento quimioterápico. Se utilizó para el cribado la calculadora FRAX para España. La recogida de datos fue llevada a cabo por personal sanitario entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2018

RESULTADOS

Se seleccionaron 247 mujeres mayores de 65 años, se incluyeron a 215.

Se encontró un alto riesgo de sufrir fractura mayor por fragilidad años en 10 mujeres (4,65%), en 4 de ellas se había realizado DEXA. 56 mujeres (26,04%) presentaban riesgo moderado, 9 de ellas se habían realizado DEXA. Las 150 mujeres restantes presentaban bajo riesgo, a 18 de ellas se había realizado DEXA. Se observó tratamiento para osteoporosis en 7 mujeres de alto riesgo. Se observó un IMC ≥ 30 en 53 mujeres, el 24,65%

CONCLUSIONES

El porcentaje de alto riesgo en nuestro estudio fue más bajo que el encontrado en otras publicaciones, y es que hemos puesto el nivel de alto riesgo en 20, según recomienda el Proceso Asistencial Integrado para la prevención de fracturas por fragilidad de la Junta de Castilla y León.

Conociendo las mujeres que presentan un riesgo alto y moderado es más fácil intervenir sobre los factores de riesgo modificables

La obesidad puede aumentar el riesgo de caídas y por ello sería recomendable intervenir para reducir su peso

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

SEGURIDAD DEL PACIENTE. RIESGOS EN LA TRANSICIÓN ASISTENCIA

SP-09. CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN EL SERVICIO DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR

C. Gómez Peña⁽¹⁾, S. Belda Rustarazo⁽¹⁾, A. Rodríguez Delgado⁽¹⁾,
M. Valle Corpas⁽¹⁾, I. Casas Hidalgo⁽¹⁾, J. Cabeza Barrera⁽¹⁾

⁽¹⁾Farmacia Hospitalaria. Hospital San Cecilio. Granada

OBJETIVOS

La conciliación de la medicación es un proceso formal consistente en comparar la medicación habitual del paciente con la prescrita después de una transición asistencial o de un traslado dentro del propio nivel asistencial, con objeto de analizar y resolver las discrepancias detectadas. El presente estudio pretende analizar este proceso de mediante:

- Identificación y clasificación de discrepancias entre la medicación habitual y la prescrita al ingreso hospitalario.
- Intervención farmacéutica sobre las discrepancias no justificadas detectadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo realizado en la unidad de Angiología y Cirugía Vascular desde octubre a diciembre de 2018. Se seleccionaron todos los pacientes polimedificados (>5 medicamentos) que ingresaron en dicho servicio durante el periodo de estudio. Las fuentes de información consultadas fueron: el programa de prescripción electrónica, la historia de salud única digital, las hojas de evolución médica y de enfermería, el listado informatizado de medicamentos prescritos en atención primaria y la entrevista con el paciente/cuidador. Las variables evaluadas incluyeron datos demográficos, número total y tipo de discrepancias entre el tratamiento domiciliario y el prescrito. Finalmente se estudió el grado de aceptación de las intervenciones realizadas.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 118 pacientes, con una media de edad de 70,24 años. Se detectaron 550 discrepancias entre el tratamiento crónico y el prescrito en el ingreso, de las cuales 297 (54%) fueron justificadas y 253 (46%) no justificadas. Las discrepancias no justificadas se clasificaron en: Omisión de medicación: 92 (36,36%), Diferente vía/dosis/pauta: 100 (39,53%), Diferente medicamento: 11 (4,35%), Inicio de medicación: 47 (18,58%) y Duplicidad: 3 (1,19%). Sobre estas discrepancias se realizaron las siguientes recomendaciones: 96 inicios de medicación, 32 cambios de dosis, 64 cambios de pauta, 49 suspensiones de tratamiento, 36 sustituciones por equivalente terapéutico, 10 sustituciones farmacológicas, 1 cambio de secuencia horaria y 1 cambio de vía de administración. El grado de aceptación de las intervenciones fue del 92,9%.

CONCLUSIONES

El elevado número de discrepancias detectadas durante todo el proceso, unido al alto grado de aceptación de las intervenciones realizadas por el farmacéutico justifica la realización de la conciliación de la medicación en pacientes ingresados en el servicio de Angiología y Cirugía Vascular.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

SP-10. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA INTERNIVELES EN LA ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE MEMANTINA EN UN ÁREA SANITARIA

M. Valle Corpas⁽¹⁾, C. Gómez Peña⁽¹⁾, I. Casas Hidalgo⁽¹⁾, S. Belda Rustarazo⁽¹⁾, J. Cabeza Barrera⁽¹⁾

⁽¹⁾Farmacia Hospitalaria. Hospital San Cecilio. Granada

OBJETIVOS

Evaluar la adecuación de la prescripción de envases de inicio de memantina en pacientes con Alzheimer pertenecientes a un área sanitaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Al realizar la conciliación al ingreso de una paciente en traumatología de un hospital de especialidades, se identificó la prescripción reiterada del envase inicial de memantina por parte del médico de familia.

Se consultó el caso con los farmacéuticos de atención primaria con objeto de aclarar directamente con el médico responsable la prescripción. Tras constatar el error, se procedió a la localización de posibles pacientes en la misma situación y se realizó una intervención farmacéutica telefónica a los médicos de familia que tuvieran a cargo pacientes en esta situación.

RESULTADOS

Se identificaron 14 pacientes con prescripción continuada del envase inicial de memantina entre septiembre-2016 y agosto-2017. Se encontró a 10 mujeres y 4 varones, con una edad media de 82,23 años (70-89).

En todos los casos el tratamiento fue iniciado por un neurólogo.

Respecto a la renovación de la prescripción del envase inicial fue realizada en un 93% por el médico de familia. Tras revisar la historia clínica, se constató que en 7 pacientes la prescripción ya había sido suspendida.

De estos 7 pacientes, 2 de ellos habían tenido revisión con el neurólogo quien se percató del error, no observando mejoría con el tratamiento. En los 5 pacientes restantes, la suspensión del tratamiento corrió a cargo del médico de familia.

En los pacientes con la prescripción activa (7 pacientes), se contactó telefónicamente con el médico de familia responsable, y se consiguió la suspensión en 5 de ellos: 3 mantuvieron la dosis de 20mg y 2 suspendieron el tratamiento definitivamente tras la reevaluación de la indicación. En los dos pacientes restantes no se aceptó la intervención, continuando con el envase inicio prescrito en la actualidad.

CONCLUSIONES

La transición entre niveles asistenciales es la oportunidad perfecta para detectar errores de prescripción de tratamientos no hospitalarios, pudiendo trasladarse a toda la población de un área sanitaria gracias al trabajo conjunto entre farmacéuticos hospitalarios y de atención primaria.

SP-11. RIESGO DE CAÍDAS EN MUJERES ANCIANAS

M. Pérez Garrachón⁽¹⁾, R. Rodríguez Valenzuela⁽¹⁾, L. López Trigos⁽¹⁾,
P. Travieso Blanco⁽¹⁾, D. Lozano Noriega⁽¹⁾, L. Seco Sanjurjo⁽¹⁾

⁽¹⁾Centro de Salud Canterac. Gerencia de Atención Primaria Valladolid Este.
Valladolid

OBJETIVOS

1. Estratificar el riesgo de caída de mujeres de 65 años o más.
2. Conocer los factores de riesgo más prevalentes.
3. Conocer la prevalencia de obesidad en mujeres ancianas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se seleccionaron mujeres de 65 a 90 años no institucionalizadas de un centro de salud urbano, incluidas en un cupo a fecha 01/01/2018, que acudieron a consulta de médico o enfermera. Se excluyeron a inmobilizadas, con enfermedad mental y las oncológicas en tratamiento quimioterápico. Se utilizó para el cribado la escala validada de Downton (alto riesgo ≥ 3 puntos) recogiendo datos de edad, caídas previas en los 12 meses anteriores, toma de fármacos (benzodiazepinas, diuréticos, otros antihipertensivos, antidepresivos y otros medicamentos), hipoacusia, déficit visuales y alteraciones en la marcha. Se cuantificó el índice de masa corporal (IMC). La recogida de datos fue llevada a cabo por personal sanitario.

RESULTADOS

Se seleccionaron 241 mujeres, 78 de ellas con más de 75 años. Se excluyeron 23 mujeres. Se detectó alto riesgo de caída en 53,66%, alcanzando el 76,12% > 75 años.

Un 20,18% ha sufrido alguna caída el último año, un 29,85% en > 75 años.

El 44,49% toma ansiolíticos. Un 31,65% toma diuréticos, el 47,76% de las mayores de 75 años. El 44,03% toma antihipertensivos (no diuréticos), el 68,65% en mayores de 75 años. Un 11% toma antidepresivos. Sólo 75 mujeres (34,4%) no toma ningún fármaco. Presentan alteraciones sensoriales (hipoacusia, déficit visual, inestabilidad en la marcha) 94 mujeres (43,11%), el 26,6% con hipoacusia.

La prevalencia de obesidad (IMC ≥ 30) observada es del 34,11%, 40,29% en mayores de 75 años.

CONCLUSIONES

Al conocer el nivel de riesgo y los factores de riesgo de las mujeres que presentan un alto riesgo es más fácil intervenir para prevenir las caídas, evitando con ello el riesgo de fracturas y el coste socioeconómico que conllevan. Casi la mitad de las mujeres ancianas toman ansiolíticos, habría que valorar la deprescripción.

La obesidad puede dificultar la marcha y el equilibrio por ello sería recomendable intervenir para reducir el peso

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

Fig. 1. Escala de Downton

ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS (J.H.DOWNTON) ALTO RIESGO >2 PUNTOS		
CAIDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes – sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
DÉFICITS SENSORIALES	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
ESTADO MENTAL	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
DEAMBULACIÓN	Extremidades (ictus...)	1
	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda / sin ayuda	1
	Imposible	1

Interpretación del Puntaje:

3 o más = Alto Riesgo.

1 a 2 = Mediano Riesgo.

0 a 1 = Bajo Riesgo.

COMUNICACIONES DE EXPERIENCIAS

EX-16. EL ARTE DE LA VISITA DOMICILIARIA

J. M. Rubia Cañamares⁽¹⁾, A. Arroyo de la Rosa⁽¹⁾

⁽¹⁾Enfermero Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de la Zarza. Consultorio de Villagonzalo. Área de Salud de Mérida

OBJETIVOS

Se trata de poner en valor la visita domiciliaria como parte fundamental del trabajo de enfermería en atención primaria, poner las bases para su docencia, facilitar un método de trabajo para la organización de la consulta y resaltar la parte intuitiva que requiere.

DESCRIPCIÓN

El entorno rural donde trabajamos se caracteriza por el envejecimiento y la alta demanda de cuidados de nuestros pacientes; tanto a la comunidad como al equipo sanitario. Es por ello que existe un tipo de paciente denominado inmovilizado al cual prestamos nuestra atención por su complejidad: pluripatología, síndromes geriátricos, polifarmacia, patología mental, aislamiento, hospitalizaciones recientes y toda la demanda de recursos que esto genera.

Desde el momento que se conoce su existencia se le incluye el problema de salud: inmovilizado y aprovechamos la demanda del familiar para recabar datos que nos ayuden a planificar la visita. Como resultado tendremos siempre un listado actualizado de pacientes inmovilizados para organizar la agenda y tenerlos localizados geográficamente.

En la visita propiamente dicha identificamos las personas que componen la unidad familiar, sus vínculos y relaciones; el contexto del domicilio, es decir, los recursos que tiene el barrio, distancias al C. de Salud, supermercados, parques, barreras arquitectónicas, etc. En la vivienda observamos su estructura y distribución de habitaciones, accesibilidad, iluminación, ventilación, mobiliario, calefacción/refrigeración, WC y adaptaciones, etc.

Debemos adaptarnos, en lo posible, al horario del paciente en su entorno.

Estas visitas domiciliarias incluyen un conjunto de actividades a realizar en un periodo prolongado y por ello los datos recopilados se ordenarán gradualmente. Actualmente, utilizamos el documento de Valoración de Enfermería en el cual se ordena la información por patrones funcionales y del cual se obtiene el plan de cuidados. Es importante realizar una entrevista guiada por los problemas más relevantes que se observan en el paciente y/o su entorno centrándonos en lo esencial.

CONCLUSIONES

Las visitas domiciliarias a pacientes inmovilizados por parte de enfermería en atención primaria se pueden hacer de forma organizada y programada de manera que conseguimos optimizar recursos, obtener información relevante, ahorrar visitas, mejorar la calidad de vida de los pacientes y facilitar el flujo de información entre profesionales.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

EX-17. ESTRATEGIA PARA LA DISMINUCIÓN DEL DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICO DE ULCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES CON DEMENCIA AVANZADA EN SITUACIÓN TERMINAL

P. Cubo Romano⁽¹⁾, P. García de la Torre⁽¹⁾, C. Medina de Campos⁽¹⁾,
E. Muñoz Borreda⁽²⁾, R. Burón Fernández⁽¹⁾, J. Torres Macho⁽¹⁾

(1)Unidad de Paciente Crónico Complejo. Servicio de Medicina Interna, (2)Unidad de Paliativos,. Hospital Universitario Infanta Cristina. Parla. (Madrid)

OBJETIVOS

La presencia de úlceras por presión en un paciente con demencia avanzada es un predictor de mal pronóstico vital a los seis meses. Estos pacientes no deberían ser sometidos a intervenciones inadecuadas, y deben recibir las medidas paliativas que mejoren su confort. El objetivo de nuestra experiencia es evitar en los pacientes con demencia terminal y úlceras por presión que se realicen desbridamientos quirúrgicos.

DESCRIPCIÓN

En una primera fase, analizamos los pacientes que habían sido sometidos a desbridamientos quirúrgicos por úlceras por presión en nuestro centro, el Hospital Universitario Infanta Cristina

(Madrid). En seis años se habían realizado 36 intervenciones quirúrgicas en 27 pacientes, con una edad media de 87 años. En el subgrupo de 13 pacientes con demencia avanzada GDS 6 ó 7 y escara sacra, la mortalidad durante el ingreso fue del 53,8%, al mes fue del 69,2% y a los seis meses habían fallecido el 100%. Los pacientes habían ingresado por urgencias, donde se había indicado el desbridamiento quirúrgico. En todos los pacientes que fallecieron durante el ingreso, se realizó durante el mismo, una adecuación del esfuerzo terapéutico y en el 77,7% fue necesaria una sedación terminal antes del tercer tras la intervención.

Por lo tanto, confirmamos que se estaban realizando intervenciones quirúrgicas fútiles. Para disminuir el número de desbridamientos quirúrgicos en pacientes con demencia avanzada, GDS 6 y GDS 7 y escara sacra o multiescaras, hemos creado un circuito por el cual, cuando un paciente de estas características acude a urgencias se avisa al equipo de paliativos, quienes realizan de forma precoz una valoración del paciente y una adecuación del esfuerzo terapéutico.

CONCLUSIONES

Los pacientes con demencia avanzada terminal y úlceras por presión con frecuencia son sometidos a intervenciones agresivas y fútiles. La intervención precoz de un equipo de paliativos evitará estas intervenciones y asegurará que el paciente y su familia reciban medidas paliativas que mejoren su confort y disminuyan el sufrimiento.

EX-19. TRABAJO EN EQUIPO: MOTIVACIÓN Y EFICIENCIA EN LA PRESCRIPCIÓN

N. Fernández Brufal ⁽¹⁾, M. Aparicio Cueva⁽²⁾, R. Martín Gomis⁽²⁾,
I. Candela García⁽¹⁾, M. Soler Torres⁽³⁾, L. Francés Bañó⁽³⁾

⁽¹⁾Atención Primaria. Médica de Familia. CSI Santa Pola (Alicante)

⁽²⁾Atención Primaria. Farmacéutica de Atención Primaria, Departamento 20 Elche-Hospital General (Alicante)

⁽³⁾Atención Primaria. Residente Medicina Familiar y Comunitaria. CSI Santa Pola (Alicante)

OBJETIVOS

Mejorar los indicadores de los acuerdos de gestión (IAG) relacionados con la prescripción a través del trabajo en equipo de Farmacéuticos de Atención Primaria (FAP) y Médicos de Atención Primaria (MAP).

DESCRIPCIÓN

El índice de calidad de la prescripción (ICP) y la desviación en el importe farmacéutico ambulatorio ajustado a la carga de morbilidad de la población (Farmaindex) son IAG de la Comunidad Valenciana. Parte del trabajo de los FAP, es obtener los resultados de los IAG (a nivel de MAP, Centro de salud (CS), Departamento, Provincia y Comunidad) y presentarlos trimestralmente en sesiones clínicas en cada CS, entregando a cada MAP un informe individualizado por escrito. Como iniciativas de mejora, se realizaron dos propuestas:

- Trabajar con los MAP cuyo Farmaindex superaba una desviación de 30 euros. Se concretó una entrevista en la consulta del MAP con la FAP en la que basadas en situaciones reales de su cupo se trabajaban los aspectos de prescripción eficiente, codificación en historia clínica, etc...
- A petición individual, diversos MAP solicitaron una auditoría con un FAP para mejorar el ICP. En ella, se revisaron sus resultados del ICP, aspectos sobre prescripción de nuevos medicamentos, hiperprescripción y selección de medicamentos y por último se le entregaba un dossier con recomendaciones individualizadas para mejorar la calidad de la prescripción.

CONCLUSIONES

El trabajo en equipo de MAP con FAP permite, gracias a la revisión de casos clínicos concretos de pacientes de cupo de cada MAP junto con las sesiones clínicas grupales, la mejora en la prescripción de los fármacos así como su prescripción eficiente. La individualización del estudio de los IAG con cada MAP, facilita el entendimiento de los mismos y la puesta en marcha de las herramientas de mejora en la prescripción.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

EX-20. ADECUACIÓN DE TRATAMIENTO EN PACIENTES PORTADORES DE Sonda NASOGÁSTRICA O Sonda PEG

M. Hernández Segurado⁽¹⁾, A. I. Hormigo Sánchez⁽¹⁾,
T. De la Huerga Fernández Bofill⁽¹⁾, J. Sánchez Martín⁽¹⁾, O. Gómez Martín⁽¹⁾,
J. Becares Martínez⁽¹⁾

⁽¹⁾Hospital Universitario Fundación Jimenez Díaz. Madrid

EXPERIENCIA

Con el envejecimiento ocurren modificaciones farmacocinéticas y farmacodinámicas que afectan a la absorción, distribución, metabolismos y excreción de fármacos. Estos cambios unidos a la pluripatología y polifarmacia que con frecuencia está presente con el envejecimiento, ocasionan con alta frecuencia reacciones farmacológicas adversas en los ancianos. Tienen más probabilidad de sufrir efectos adversos aquellos mayores de 85 años, con desnutrición, poca ingesta de agua, vida sedentaria, det. cognitivo. Nos propusimos conciliar la medicación de los pacientes institucionalizados que estuvieran alimentándose por sng/peg. El área sanitaria cuenta con 23 centros de salud (CS) y 54 residencias privadas, 28 de ellas incluidas en el portal sociosanitario (PSS), plataforma informática que sirve para mejorar la comunicación telemática.

OBJETIVOS

Conciliar la mediación de aquellos pacientes incluidos en el PSS portadores de SNG/PEG, con la ayuda del Servicio de Farmacia y los criterios STOPP/START.

Garantizar que reciben todos los medicamentos necesarios, con la dosis, vía y frecuencia correctas.

DESCRIPCIÓN

El médico de la residencia envía e-consulta a geriatra consultor a través del PSS, el cual realiza como respuesta un informe de valoración no presencial con los ajustes de medicación indicados por el Servicio de Farmacia, así como su propia aportación con los criterios STOPP/START. La e-consulta tiene trazabilidad con Atención Primaria, por lo que su médico y enfermera del CS conocen las recomendaciones propuestas.

Se adaptó el tipo de preparado o forma farmacéutica. Se buscó siempre alternativa del fármaco en forma de sobres, solución oral, u otro de la misma familia compatible. También se tuvo en consideración si se inactivaba con los alimentos o había que administrarlos con ella.

Resultados: se recibieron 11 econsultas para conciliar los tratamientos habituales de 13 pacientes portadores de SNG/PEG incluidos en el PSS en el año 2017-2018, de los 33 registrados existentes en estas residencias. La media de fármacos que estaban tomando cada uno en el momento de realizar la econsulta fue de 6.72 (74 en total).

Por parte de farmacia, se detectaron 12 fármacos (10%) no compatibles con SNG/PEG, principalmente adiroyomeprazol capsulas. Se dieron recomendaciones de incompatibilidades con la nutrición sobre 13 fármacos (17%). En relación con los criterios de STOPP/START, se observaron que 6 fármacos cumplían criterios STOPP y se recomendaron iniciar 1 fármaco por los criterios START.

CONCLUSIONES

La conciliación de la medicación supone beneficios clínicos y de ahorro en gastos farmacéuticos. La e-consulta demuestra ser efectiva en la comunicación entre niveles asistenciales, mejorando la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

EX-21. EL NUEVO ROL DEL PACIENTE Y DEL PROFESIONAL SANITARIO EN EL SIGLO XXI

S. Herrero Callejo⁽¹⁾, M. A. Fernández Ramajo⁽¹⁾, S. Tardón del Cura⁽¹⁾,
P. Parra Mediavilla⁽¹⁾, M. B. González Bustillo⁽²⁾, E. Hernández Ortega⁽³⁾

(1)Centro de Salud Barrio España, (3)Dirección de Enfermería. Gerencia de Atención Primaria Valladolid Este. Valladolid (2)Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Valladolid

OBJETIVOS

1. Potenciar el rol del paciente con DM2 como principal responsable del cuidado de su salud.
2. Fomentar el autocuidado y formar sobre conductas saludables y positivas.
3. Utilizar el apoyo entre iguales.

DESCRIPCIÓN

En septiembre de 2016 me incorporé al centro de salud Barrio España, en Valladolid. Esta zona de salud se caracteriza por contar con residentes cuyo nivel socio cultural y económico es medio-bajo. Mi ilusión por implantar el Proyecto Paciente Activo en Diabetes Mellitus hizo que en mayo de 2017 llevase a cabo la primera fase de formación a pacientes con solo 3 pacientes activos formadores. De estos tres, solo un paciente se decidió dar la formación para formar a otros pacientes con diabetes. Así en enero de 2018 y posteriormente en mayo de 2018, este paciente formó a 18 pacientes. Los pacientes asistentes a estos talleres consiguieron mejorar valores de hemoglobina glicosilada, tensión arterial , peso y algunos de ellos quisieron ser pacientes activos formadores . Debido al interés creado, en noviembre de 2018 realizamos una nueva fase de formación a pacientes activos formadores donde acudieron 5 pacientes, todos ellos involucrados con la formación, el autocuidado y el compromiso con la salud. Está programada la realización de una nueva fase de formación a pacientes con diabetes en marzo de 2019

CONCLUSIONES

La implantación del Proyecto Paciente Activo en Diabetes Mellitus tipo 2 supone a nivel profesional un cambio de rol, pasamos de un modelo maternalista a un modelo de toma de decisiones compartidas entre profesional sanitario y el paciente. A nivel personal es una experiencia gratificante y muy enriquecedora porque de alguna manera todos aprendemos de todo y esto aumenta la motivación y la confianza de los pacientes mejorando así su autocuidado.

EX-22. LA UNIDAD DOMICILIARIA DE GESTIÓN DE LA COMPLEJIDAD. NUEVO MODELO DE GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

R. Martín Álvarez⁽¹⁾, M. Parer Farell⁽²⁾, L. Gracia Pardo⁽³⁾, O. Rochera López⁽⁴⁾

(1)Médico de Familia. Responsable procesos asistenciales, (2)Médico de Familia. Unidad de gestión de la cronicidad, (3)Médico de Familia, (4)Enfermero. Director asistencial CAP Vallcarca. Barcelona

OBJETIVOS

Mejorar la atención en el domicilio de los pacientes con patologías crónicas complejas mediante una atención multidisciplinar desde la Atención Primaria.

Adecuar los tratamientos y cuidados, asegurando el confort del paciente. Coordinación con los recursos sanitarios y sociosanitarios para evitar las transiciones innecesarias.

DESCRIPCIÓN

Nuestra experiencia está liderada por profesionales de Atención Primaria (AP), siendo la atención domiciliaria un pilar fundamental de nuestra asistencia. Atendemos a una población con un alto grado de envejecimiento, de dos barrios urbanos con barreras urbanísticas y gran dispersión geográfica.

Nuestro modelo incorpora una unidad de gestión de la complejidad (UGC), formada por una médica de familia con actividad orientada a la cronicidad, y un enfermero experto en cuidados de práctica avanzada, ambos miembros del equipo de AP, con actividad exclusiva en el domicilio y con el soporte de la trabajadora social del equipo.

La UGC, como soporte al médico/enfermera del paciente, realiza la gestión de los casos más complejos, tanto desde la perspectiva clínica como social, con un abordaje que asegura la permanencia del paciente en su domicilio.

En las situaciones de descompensación de patologías crónicas (ICC, EPOC) o síndromes geriátricos que no precisan de atención en el hospital terciario, pero precisan de un esfuerzo terapéutico mayor, la UGC puede activar diversos recursos clínicos o sociosanitarios según las necesidades. Gestión por parte de la UGC de ingresos directo desde Atención Primaria a la unidad de subagudos, cuidados intermedios, o unidades de convalecencia del hospital sociosanitario o activación de la Unidad de Hospitalización domiciliaria (HaD).

CONCLUSIONES

Nuestro modelo se caracteriza por la atención centrada en la persona. La toma de decisiones compartida con el paciente y su entorno permite mejorar la atención a la cronicidad.

La posibilidad de disponer de diferentes recursos sanitarios y/o sociosanitarios permite la gestión del cada caso y la adecuada utilización de recursos, según las necesidades clínicas y de cuidados. Permite adecuar el esfuerzo terapéutico y la utilización de pruebas complementarias.

Es un nuevo modelo organizativo que consigue resultados favorables y factibles, así como un grado de satisfacción muy alto por parte de los pacientes.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

EX-23. TELEMONITORIZACIÓN: DETECCIÓN PRECOZ DE EXACERBACIONES EN ICC Y EPOC

I. Salas Mainegra⁽¹⁾, P. Largo Carazo⁽¹⁾, I. Martín Arrechavala⁽¹⁾

⁽¹⁾Care4Chronics SLU. Empresa del Grupo Air Liquide. España

EXPERIENCIA

En los últimos años se ha despertado nuevamente el interés por la atención en domicilio, forzados por motivos económicos, y por el aumento de las enfermedades crónicas. Care4Chronics (C4C) empresa líder en el sector, lleva varios años desarrollando una amplia gama de servicios tanto en el ámbito público como en el privado que incluyen: atención domiciliaria a pacientes crónicos con patología principales de ICC y EPOC.

OBJETIVOS

- Mantener al paciente en su medio habitual: el entorno familiar.
- Detectar precozmente las agudizaciones a través de la telemonitorización y de la formación y entrenamiento del paciente y/o cuidador, entre otros aspectos, en la identificación temprana de síntomas de agudización.

DESCRIPCIÓN

Desde el año 2007, la empresa Care4Chronics se dedica a la atención domiciliaria de pacientes crónicos. En los últimos años ha incorporado la telemonitorización a sus programas de atención domiciliaria.

En la actualidad tenemos 354 pacientes incluidos en el programa ALERTA en varias provincias de España, a los que se le realiza seguimiento médico mediante telemonitorización.

El paciente a través de tablets conectadas a una plataforma tecnológica inteligente, envía cuestionarios y biomedidas diseñadas para cada uno según plan de atención indicado por el médico a cargo de su atención. Los profesionales sanitarios reciben la información en la plataforma, que además de almacenar, clasifica y ordena los datos recibidos a través de algoritmos, códigos de colores y prioridades de atención.

Las exacerbaciones son detectadas y tratadas de manera precoz, se realiza seguimiento de las mismas, y sólo si es necesario se movilizan los recursos al domicilio del paciente.

CONCLUSIONES

Tras tres años de implementación del programa ALERTA, se han conseguido los objetivos marcados en la gran mayoría de los pacientes. Como consecuencias de la aplicación destacamos:

- Aumento de la calidad de vida de los pacientes y cuidadores.
- Disminución del consumo de recursos sanitarios (urgencias, ingresos, pruebas complementarias).
- Detección precoz de las exacerbaciones.

EX-25. CONCORDANCIA ENTRE LA HERRAMIENTA DE ESTRATIFICACIÓN CRG ADAPTADA A CASTILLA Y LEÓN Y LOS CRITERIOS CLÍNICOS Y SOCIOSANITARIOS DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA (EAP) EN PACIENTES CRÓNICOS PLURIPATOLÓGICOS COMPLEJOS (PCPPC)

L. Salvador Sánchez⁽¹⁾, M. A. Guzmán Fernández⁽¹⁾, M. C. Hernández Palacios⁽²⁾, P. Lorenzo Lobato⁽²⁾, M. Martín Delgado⁽³⁾, M. B. González Bustillo⁽³⁾

⁽¹⁾Técnica del Servicio de Coordinación Asistencial Sociosanitaria y Salud Mental,

⁽²⁾Técnica del Servicio de Sistemas de Información y Resultados en Salud,

⁽³⁾Técnica del Servicio de Coordinación Asistencial Sociosanitaria y Salud Mental.
Gerencia Regional de Salud de Castilla y León

EXPERIENCIA

En Atención Primaria (AP) las medidas que han demostrado ser más eficientes en la asistencia a los pacientes crónicos son el soporte telefónico proactivo y las visitas domiciliarias. Para ello, es preciso tener identificados a los pacientes más complejos y así organizar una atención centrada en el paciente y su familia, adelantándonos a sus necesidades y riesgos en la medida de lo posible.

La discrepancia entre la herramienta de estratificación CRGs adaptados de Castilla y León y la clasificación de los/as profesionales en la asistencia clínica nos han obligado a un análisis comparativo.

OBJETIVOS

Mejorar la atención a los pacientes pluripatológicos complejos (PCPPC) en AP conociendo la concordancia entre el riesgo que asigna la herramienta CRG y los criterios clínicos del Equipo de AP (EAP) que los atiende.

DESCRIPCIÓN

Tras la carga anual de la estratificación en la historia clínica de AP (MEDORA), los EAP han valorado los pacientes identificados como G3 por la herramienta y han aceptado o borrado su inclusión en el proceso de atención al paciente PCPPC.

La herramienta aportaba 65.213 nuevos PCPPCs de 2018, de ellos tras la validación de los profesionales permanecieron incluidos 54.898 lo que podría significar una concordancia global en los PCPPC nuevos del 84,18%, sabiendo que muchos profesionales no han participado en la validación. En los EAPs que se ha cerrado mayor número de procesos (han realizado la validación) los PCPPC nuevos han coincidido en un 47,01% con los CRGs.

CONCLUSIONES

El nivel de discrepancia entre áreas de salud y entre EAP ha sido muy heterogéneo en la Comunidad por la falta de colaboración de muchos profesionales.

Deben implantarse medidas orientadas a aumentar el nivel de participación de los/as profesionales.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida

Mérida (Badajoz)

Esta experiencia favorece que los profesionales de AP tengan identificados a los pacientes de su cupo con mayor riesgo y necesidades de atención sociosanitaria permitiéndoles planificar las actuaciones del equipo y ser proactivos en su atención a los/as pacientes y familias.

EX-26. TRANSFUSIÓN SIN INGRESO EN PACIENTES CON ANEMIA CRÓNICA: IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y EN LA GESTIÓN DE RECURSOS

A. Yeguas Bermejo⁽¹⁾, T. De la Huerga Fernández Bofill⁽¹⁾, P. Llamas Siller⁽¹⁾,
E. González González⁽¹⁾, O. Gómez Martín⁽¹⁾, A. I. Hormigo Sánchez⁽¹⁾

⁽¹⁾Hospital Universitario Fundación Jimenez Díaz Madrid

EXPERIENCIA

Los pacientes con anemia crónica en soporte transfusional periódico precisan seguimiento clínico estrecho. La presión asistencial hace que la actitud inmediata sea derivarlo a Urgencias (U), cuando su clínica permitiría que la transfusión (Tx) se realizara en Hospital de Día (HdD) en las 24 horas siguientes a su valoración. Para evitar las visitas a U de estos pacientes y facilitar los trámites, se han desarrollado 5 circuitos organizativos (CO).

OBJETIVOS

Describir los circuitos de atención a paciente con anemia crónica que requiera tx en HdD, en las primeras 24 horas, optimizando los recursos disponibles.

DESCRIPCIÓN

Análisis de partida: Se revisaron los pacientes transfundidos en marzo/2017 con un subanálisis de las características de inclusión en los CO.

Diseño de CO: consensuado entre Hematología, Geriátría, Dirección Médica de Continuidad Asistencial y Enfermería de CA. La planificación los CO se realizó según origen de la indicación de tx y turno de trabajo: Consultas Hospitalarias, Centros de Especialidades y Atención Primaria o Residencias, divididos en fases. La 1ª es común y corresponde a la consulta donde se detecta el paciente. En los Centros de Salud/Residencias, envían e-consulta y los especialistas hospitalarios actúan de intermediarios. La 2ª es administrativa, la secretaria de HdD gestiona las citas para extracción de la muestra pretransfusional y la tx en HdD. La fase administrativa es clave, resuelve la limitación que suponía retrasos e implicar al paciente en trámites de gestión. Así los pacientes van directamente al hospital de día, gracias a la gestión rápida y personalizada.

Resultados: el total de pacientes transfundidos en el mes de marzo del 2017 fueron 321, de los cuales, 84 pacientes (25%) pertenecieron al servicio de Urgencias. El destino de los 84 pacientes transfundidos en la Urgencia fue: 42 recibieron el alta y sólo 11 (26%) precisaron control analítico post-transfusión; 40 pacientes ingresaron y 30 de ellos precisaron nuevas transfusiones; 2 pacientes restantes fallecieron. Por lo tanto, con la implantación de los circuitos organizativos se podrían haber derivado al servicio de Urgencias 10 pacientes (12%) desde las consultas hospitalarias (6 pacientes) y Atención Primaria (4 pacientes) en el mes de marzo del 2017, y haberse beneficiado de las ventajas de la implantación de dichos circuitos. En Geriátría el 6% de intervenciones por e-consulta son con pacientes para transfusión en HdeD.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

CONCLUSIONES

Se realizará la difusión y formación a los profesionales de AP en el último trimestre de 2018 con reevaluación al final del año, por el Servicio de Medicina Interna dirigido fundamentalmente a “Paciente Crónico Complejo”. El desarrollo de estos CO ha sido posible gracias al trabajo en equipo.

EX-28. COLABORACIÓN ENTRE MÉDICO DE FAMILIA Y CENTRO SOCIOSANITARIO PRIVADO. DESPRESCRIBIENDO O ACTUALIZANDO LA PRESCRIPCIÓN

M. A. María Tablado⁽¹⁾, E. Acosta Gamella⁽²⁾, T. Méndez García⁽³⁾

⁽¹⁾Médico de Familia. Consultorio Local Perales de Tajuña. SERMAS. Madrid

⁽²⁾Enfermera. Residencia “la Torre”. Morata de Tajuña. Madrid

⁽³⁾Médica de Familia. Consultorio Local Burujon. Gerencia de Atención Primaria de Toledo

OBJETIVOS

Realizar una actualización de los medicamentos (polimedicado) de pacientes nuevos de un Centro Socio Sanitario privado (CSSP) con pacientes no gran dependientes ni con necesidades especiales. Optimización del uso de receta electrónica y circuitos con especializada para recetas con visado de inspección médica (VIS).

DESCRIPCIÓN

Los pacientes del CSSP lo hacen de una forma temporal (rehabilitación, convalecencia postingreso). El alto número de rotación implica un problema de farmacia. Interacciones, reacciones adversas y posibles omisiones de medicación crónica de los pacientes.

La introducción de la receta electrónica (MUP) generalizada en nuestra Comunidad Autónoma obliga a revisar las prescripciones de todos los pacientes que ingresan en CSSP (privado, no médico propio, pacientes de Seguridad Social). No solo la retirada de “pañales y empapadores” de la misma (compra central), en nuestro caso también incluye (benzodiazepinas, antipsicóticos, aspirina, estatinas, opioides, antiinflamatorios, omeprazol, antihiperlipemiantes, antihipertensivos). Para ello se realiza una búsqueda activa de informes: Historia Clínica de Atención Primaria, Hospitalaria. Confirmando diagnósticos y ajustando la medicación ad hoc. En paralelo a todo nuevo ingreso se realiza analítica sanguínea y/o urinaria (parámetros generales/ específicos según patologías). Se establecen registros de Tensión Arterial, glucemia (pre y post pandrial) e INR según necesidades.

Se ha realizado barrido de Fármacos Potencialmente Inadecuados en mayores de 75 años a través de Farmacia del Área.

Interés especial implica la optimización de antihiperlipemiantes (insulinización y desprescripción). Anticoagulación (incluyendo Anticoagulantes directos -mal control-). Desprescripción de Benzodiazepinas, Opioides y Antihistamínicos H2. Estatinas en prevención primaria. Antiinflamatorios no esteroideos. Omeprazol.

La actualización implica también VIS para los que se establece un circuito especialistas evitando la caducidad del mismo (no dispensación).

También existe un circuito por fax para las prescripciones agudas en 24/ 48 horas.

Y sobe todo un continuo contacto Médico de Familia con enfermera de CSSP vía WhatsApp. Así como una visita semanal de 2 horas con revisión de historias y visita de pacientes.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida

Mérida (Badajoz)

CONCLUSIONES

No tenemos datos de la eficacia de este tipo de medida. Pues como se comenta más arriba la rotación de los pacientes es alta. La racionalización de la prescripción creemos ha redundado en menor número de interacciones u omisiones.

EX-29. IMPLEMENTACIÓN DE UNA UNIDAD POLIVALENTE DE CUIDADOS SUBAGUDOS DEL ADULTO EN LA ATENCIÓN A PACIENTES POST ICTUS

J. I. Herrero Herrero⁽¹⁾, J. García Aparicio⁽¹⁾

(1)Servicio de Medicina Interna-Los Montalvos. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

OBJETIVOS

La principal causa de discapacidad en el adulto en los países desarrollados es el ictus, tras el cual, hasta en un 30% de los casos, persiste un grado de discapacidad grave. La rehabilitación, desarrollada por un equipo multidisciplinar, disminuye la mortalidad, mejora el pronóstico funcional y reduce los costes globales derivados de la enfermedad. El objetivo de la Unidad que presentamos es abordar al paciente en la fase subaguda de ictus, una vez estabilizado, (es conocido que el grado de recuperación funcional es superior en aquellos enfermos que inician la rehabilitación durante la primera semana post ictus) y mantenerla, en régimen de hospitalización, hasta un máximo de dos semanas. Está orientada, particularmente, a la recuperación de la capacidad de autocuidado y a la facilitación de una apropiada transición al domicilio.

DESCRIPCIÓN

La experiencia se lleva desarrollando desde el mes de abril de 2018. A la Unidad le fueron asignadas 6 camas específicas, dentro del Servicio de Medicina Interna-Los Montalvos (Complejo Asistencial Universitario de Salamanca). A fecha de 31 de diciembre de 2018 se han tratado 56 pacientes. El equipo multidisciplinar lo conforman (a tiempo parcial): un médico rehabilitador, un fisioterapeuta y un terapeuta ocupacional, junto al equipo de médicos internistas y de enfermería de la planta de hospitalización de Medicina Interna. Los criterios de inclusión son: proceder de la Unidad de Ictus, superada la fase aguda del mismo; estabilidad neurológica; presencia de déficits neurológicos, susceptibles de ser rehabilitados y poseer un nivel cognitivo y físico aptos para la colaboración en un programa de rehabilitación intensivo. Se excluyen, principalmente: los pacientes sin posibilidad de recuperación funcional, los pacientes subsidiarios sólo de recursos sociosanitarios o de cuidados paliativos y los pacientes inestables desde el punto de vista neurológico. La valoración para la derivación la realiza conjuntamente el médico rehabilitador y el neurólogo a cargo del enfermo. El contacto con la Unidad Polivalente de Cuidados Subagudos se realiza mediante la enfermera de enlace y el informe médico.

CONCLUSIONES

A la luz de nuestra experiencia: 1) Debe prestarse especial atención al dimensionamiento de estas unidades; 2) Asimismo, es esencial una correcta selección de los pacientes candidatos al ingreso en la Unidad Polivalente; y 3) El internista resulta especialmente útil en este tipo de unidades en situaciones en las que los pacientes, tras el ictus, experimentan una inestabilización de su proceso de base o bien desarrollan otras complicaciones médicas.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

EX-30. IMPORTANCIA DEL ASOCIACIONISMO EN LA ENFERMEDAD CELIACA

M. van der Hofstadt Rovira⁽¹⁾, I. Martín-Cabrejas⁽¹⁾, A. Campos Caamaño⁽¹⁾,
M. Espinosa García⁽¹⁾, D. Calleja Aguilar⁽¹⁾

⁽¹⁾Federación de Asociaciones de Celiacos de España, FACE

OBJETIVOS

El objetivo de FACE y de sus asociaciones miembro es dar a conocer la problemática derivada del desconocimiento por parte del colectivo médico de los síntomas y enfermedades relacionados con la enfermedad celiaca (EC), así como el conocimiento del nuevo protocolo de diagnóstico precoz publicado en 2018 por el Ministerio de Sanidad en cuya elaboración hemos participado.

DESCRIPCIÓN

La EC es una enfermedad con alta prevalencia entre la población, se estima que entre un 1 y un 3% la padecen (LOHI Y COL., 2007). Uno de los principales problemas que existen en relación a esta patología es que aproximadamente el 85% de las personas están sin diagnosticar, lo que supone el desarrollo de otras patologías crónicas, en ocasiones graves e irreversibles (LIONETTI Y COL., 2015). Es por ello una necesidad transmitir esta situación al sector que representa el primer filtro que juega un papel fundamental en todo el proceso, desde que una persona que presenta síntomas o patologías relacionadas con la EC hasta que es diagnosticada y debe adherirse correctamente a la dieta sin gluten. En muchas ocasiones son FACE y las asociaciones de celiacos quienes contribuyen a esta adherencia y las que informan sobre la existencia de este protocolo en congresos y jornadas médicas, visualizando así una herramienta directamente relacionada con el bajo diagnóstico de la EC.

CONCLUSIONES

Las asociaciones de celiacos representan el primer organismo con el que contactan las personas celiacas en el momento del diagnóstico. No existe en el Sistema Nacional de Salud una figura que dedique un tiempo a las personas celiacas para poder darles información sobre su tratamiento. Suprimir el gluten de la dieta puede resultar una tarea compleja, que necesita de un asesoramiento. FACE, federación que acoge a 25 asociaciones de celiacos en España, se encarga de elaborar la Lista de Alimentos aptos para personas celiacas, dar formación al sector de restauración colectiva, analizar los productos sin gluten para verificar su correcto etiquetado, etc. Es importante para nosotros trabajar de la mano de los profesionales sanitarios para que conozcan todas las herramientas de las que disponemos y puedan ponerlas a disposición de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- LIONETTI, E., GATTI, S., PULVIRENTI, A., CATASSI, C. Celiac disease from a global perspective. En: *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2015, no 29 (3), pp. 365-79.
- LOHI, S., MUSTALAHTI, K., KAUKINEN, K., LAURILA, K., COLLIN, P., RISSANEN, H., Y COL. Increasing prevalence of coeliac disease over time. En: *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2007, no 26, (9), pp 1217–1225.
- *Grupo de trabajo Protocolo para el diagnóstico precoz de la enfermedad celíaca.* 2018. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS).

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

EX-32. LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA (PIAI) Y CENTRADA EN LA PERSONA EN LA UNIDAD DE CONVALECENCIA DEL SOCIO SANITARIO DEL INSTITUTO DE ASISTENCIA SANITARIA

E. Vidal Susagna⁽¹⁾, R. Girona Bastus⁽¹⁾, L. Vivas Villacampa⁽¹⁾, R. Dura Vila⁽²⁾,
I. Espejo Peláez⁽³⁾, M. Paradas Serra⁽¹⁾

⁽¹⁾Unidad de Convalecencia, ⁽²⁾Supervisora Enfermería Unidad de Convalecencia,

⁽³⁾Adjunta a la Dirección Asistencial Sociosanitario. Instituto de Asistencia Sanitaria.
Salt (Gerona)

OBJETIVOS

1. Garantizar una atención integral y centrada en la persona.
2. Incorporar el plan de atención individualizada y centrada en la persona y su seguimiento a la dinámica de las reuniones del equipo interdisciplinar de atención.
3. Optimizar un protocolo de valoración multidimensional de las necesidades biomédicas y funcionales, neuropsicológicas y sociales de la persona. Sus expectativas, preferencias y entorno familiar.
4. Priorizar las necesidades y objetivos terapéuticos del equipo.
5. Coordinar la provisión de tratamientos, curas y programas específicos.
6. Incrementar la satisfacción de los usuarios y su entorno familiar.

DESCRIPCIÓN

El PIAI es una herramienta de valoración de las esferas biomédica, funcional, neuropsicológica y social de la persona ingresada, elaborado interdisciplinariamente por el equipo de atención y que asume sus expectativas y preferencias, así como el entorno cuidador. Incluye escalas e indicadores, tratamientos, programas, actividades y su temporalización durante el proceso de atención. El equipo de la unidad de convalecencia incluye médico, enfermería, auxiliares, trabajador social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo y logopeda. El contenido de cada valoración es abierto y flexible con la finalidad de que pueda integrar todos los aspectos clínicos, cognitivos, psicológicos, sociales, curas, etc. relevantes en cada caso.

Se elabora un PIAI de ingreso a todos los pacientes y se realiza su seguimiento cada 10 o 15 días durante la estancia en la unidad. La dinámica implica reuniones dos veces por semana en la que se valoran un máximo de 13 pacientes por sesión. Se facilita posteriormente a la persona ingresada y su familia la información y la planificación. En 2018 se valoraron con elaboración de PIAI todas las personas ingresadas, con un total de 357.

CONCLUSIONES

1. La implementación del PIAI aumenta la eficacia, la eficiencia y la coordinación en el trabajo del equipo de atención, dado que la asistencia al paciente se realiza en diferentes espacios físicos según el profesional (habitación, sala de curas, sala común, gimnasio, consultas) y la coincidencia temporal es dificultosa.
2. Se plantea la necesidad de diseño de un instrumento de evaluación que incluya la percepción de la calidad de atención percibida por el paciente y su entorno familiar.

EX-33. ESCUELA ABIERTA PERMANENTE SOBRE EL DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO

J. A. López Díaz⁽¹⁾, J. A. Ortega Blanco⁽¹⁾, D. Ramírez Sánchez⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Molino de la Vega. Huelva

EXPERIENCIA

El dolor es una experiencia sensorial y emocional compleja asociada a daño tisular presente o potencial. Está presente en el transcurso de la vida, afecta a la calidad de vida de las personas y de quienes las cuidan. Además, supone un aumento de la utilización de servicios y recursos sanitarios.

OBJETIVOS

1. Mejorar el conocimiento y habilidades de pacientes que presentan dolor crónico no oncológico para mejorar su calidad de vida.
2. Aprender y adquirir habilidades en el manejo de los fármacos.
3. Solucionar todas las dudas que presenten los pacientes respecto al dolor.

DESCRIPCIÓN

La Escuela de Pacientes es un lugar de encuentro para pacientes, familiares, personas cuidadoras y asociaciones. Mediante el intercambio de conocimientos y experiencias se contribuye a mejorar la salud y calidad de vida de las personas que padecen algún tipo de enfermedad. Se trata de conocer mejor la enfermedad para convivir con ella de la manera más saludable posible. Además, los profesionales conocen la enfermedad desde la experiencia personal de los afectados.

Se realizan sesiones con pacientes que padecen dolor crónico, con un profesional referente en el tema. Duran 2 horas, se efectúan cada tres meses y en grupos de hasta 15 pacientes, que son derivados por su Médico de Familia. Puede ser cualquier paciente que padezca dolor, aunque se prioriza a hiperfrecuentadores y personas con deterioro de su calidad de vida. Las sesiones están divididas en dos partes: primero se realiza una presentación sencilla, con lenguaje cercano, de 45 minutos de duración; y una segunda donde se abre un coloquio grupal solucionando sus dudas. Los pacientes aportan conocimientos, experiencias y vivencias enriqueciendo a todo el grupo. Se les aporta información sobre fármacos para el abordaje del dolor y sobre los diferentes recursos no farmacológicos que pueden ayudarles a mejorar su situación.

CONCLUSIONES

Los pacientes con dolor crónico no oncológico necesitan mejorar el conocimiento de su patología para aprender a convivir con ella. Esta experiencia crea un espacio donde se ofrece información por parte de profesionales sanitarios y se comparten experiencias con otros pacientes con el mismo problema, contribuyendo a la ayuda mutua.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

EX-34. FUMADOR, LOS QUE TE QUIEREN TE RECOMIENDAN...

N. Fernández Brufal⁽¹⁾, M. V. Javaloyes Martínez⁽¹⁾, C. Herrero Payo⁽¹⁾,
M. Soler Torres⁽¹⁾, M. Ibarra Rizo⁽²⁾, B. Ayús Rojo⁽¹⁾

⁽¹⁾Primaria. CSI Santa Pola. Santa Pola (Alicante)

⁽²⁾DAP. Hospital General de Elche. Elche (Alicante)

EXPERIENCIA

El tabaquismo es uno de los principales problemas de salud pública, causa de muerte prematura evitable en la población, generando elevados costes sanitarios. Frente a este problema, se hace patente la necesidad de priorizar diferentes y variadas intervenciones preventivas con objetivos comunes sobre promoción y prevención. La OMS celebra el día 31 de mayo el “Día Mundial Sin Tabaco”. Diversas actividades comunitarias son llevadas a cabo con este motivo; la Sociedad Española de Médicos de Familia celebra la “Semana Sin Humo”, iniciativa dirigida a pacientes y profesionales. En nuestro Departamento de Salud, a través del grupo de Educación para la Salud (EPS), creado en el 2016, se coordinan las diferentes actividades intradepartamentales que se llevan a cabo el Día sin Tabaco. En el 2018, se realizó una actividad con el objetivo de potenciar el abandono de tabaco por parte de pacientes hacia sus familiares.

OBJETIVOS

Implementar estrategias para el cambio. Promoción del abandono de hábito tabáquico.

DESCRIPCIÓN

En las salas de espera de las consultas de Atención Primaria (AP) de cinco centros de salud, se colocaron caballetes con bolígrafos y papel. Ante el lema: “FUMADOR, LOS QUE TE QUIEREN TE RECOMIENDAN...”, se animaba a los pacientes a la participación anónima. Durante la semana se realizaron sesiones clínicas al equipo de AP sobre la codificación del hábito tabáquico en la Historia Clínica Informatizada, así como el conocimiento de todos los recursos disponibles en ella. El día 31 mayo, se mantuvo el caballete junto una mesa liderada por un enfermero de AP, exponiendo en paneles todas las frases que se habían compartido durante la semana. El enfermero proporcionaba consejo antitabaco, realizaba espirometrías, informaba sobre unidades de tabaquismo... Se realizó difusión de las jornadas a través de los recursos en red del Departamento. Los resultados obtenidos serían analizados por el grupo de EPS, como base para futuras actividades comunitarias.

CONCLUSIONES

Hay que animar a los profesionales de AP a trabajar en la comunidad, dentro y fuera de consulta, concienciar de la dificultad del paso pero de la importancia de los resultados. La AP es un marco potencial e ideal para estrategias de cambio.

EX-35. REDISEÑANDO LA ATENCIÓN A LA CRONICIDAD EN CASTILLA Y LEÓN

L. Salvador Sánchez⁽¹⁾, M. A. Guzmán⁽¹⁾, M. Echevarría Zamanillo⁽²⁾,
R. Cortés Sancho⁽²⁾, A. García Ortiz⁽³⁾, S. Lleras Muñoz⁽⁶⁾

⁽¹⁾Técnica del Servicio de Coordinación Asistencial Sociosanitaria y Salud Mental,

⁽²⁾Técnico del Servicio de Organización de Centros Asistenciales, ⁽³⁾Técnica del Servicio de Prestación Farmacéutica, ⁽⁴⁾Jefe del Servicio de Coordinación Asistencial Sociosanitaria y Salud Mental. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León

EXPERIENCIA

En 2013 se presentó la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León para dar respuesta a los cambios y nuevas necesidades que se están produciendo en nuestra sociedad con el envejecimiento de la población y el aumento de patologías crónicas.

OBJETIVOS

Analizar las medidas tomadas en cada línea estratégica de la atención a la cronicidad e identificar los retos encontrados en su implementación y sus posibles soluciones. Determinar las nuevas necesidades identificadas durante el desarrollo de la estrategia. Mejorar la coordinación entre las distintas Direcciones implicadas.

DESCRIPCIÓN

Se organizó un grupo de trabajo dentro de la Consejería de Sanidad con profesionales de todas las Direcciones Generales y personal asistencial de las unidades de atención continuada al paciente crónico pluripatológico complejo (PCPPC).

El trabajo se realizó a lo largo del segundo semestre de 2017 y el primero de 2018 en tres fases:

- Fase de pretrabajo o trabajo individual donde se recogió información desde la perspectiva individual
- Fase de reuniones presenciales de debate y puesta en común
- Fase de trabajo grupal donde se analizó el trabajo realizado y se elaboró un plan de acción.

CONCLUSIONES

Se evaluó globalmente el grado de implementación de la estrategia en nuestra comunidad detectando heterogeneidad en el desarrollo de las distintas líneas establecidas, priorizando algunas como el Proceso de Atención al PCPPC frente a otras.

El profundo cambio que supone la estrategia a todos los niveles requiere un proceso de transformación importante que precisa tiempo y más esfuerzo por parte de todos los servicios implicados.

Se detectaron dificultades en la comunicación de la estrategia a los/as profesionales asistenciales implicados, necesidades de mejora en la coordinación entre niveles, resistencia al cambio y desmotivación profesional, entre otras.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida

Mérida (Badajoz)

Se establecieron unas recomendaciones clave para llevar a cabo en los siguientes años de desarrollo entre ellas potenciar la comunicación y la difusión, mejora de las herramientas de estratificación e informáticas y potenciar el liderazgo en la estrategia de profesionales asistenciales que se puedan implicar para aumentar la motivación.

EX-36. CREACIÓN DE UN COMITÉ DE COMPLEJIDAD SOCIOSANITARIO DEPARTAMENTAL

M. Sánchez Mollá⁽¹⁾, I. Candela García⁽²⁾, D. Selva Ramírez⁽¹⁾, R. Santoyo Pérez⁽¹⁾
C. Marín Catatán⁽¹⁾, E. Castelvi Ureña⁽¹⁾

⁽¹⁾Hospital General Universitario Elche (Alicante)

⁽²⁾CSI Santa Pola. Santa Pola (Alicante)

EXPERIENCIA

El progresivo envejecimiento poblacional aumentando situaciones crónicas y multimorbilidad ha producido un cambio epidemiológico en los pacientes que ingresan con mayor complejidad, cronicidad y fragilidad.

El comité de gestión del paciente con complejidad socio-sanitaria, nace en 2018 entre un grupo de profesionales preocupados por la necesidad abordar a pacientes complejos que ingresan a causa de una patología aguda, o reagudización de crónicas y que al alta no existe disponibilidad, familiar ni del sistema, de una solución adecuada para proporcionar los cuidados básicos que necesitan.

OBJETIVOS

- Mejorar el circuito de gestión que facilite la resolución de pacientes con patología crónica y compleja y que tras su estabilización en el hospital no pueden ser dados de alta a su domicilio.
- Conocer situación social de partida de los pacientes registrados como “complejos” en el área de atención primaria.
- Notificar a la Unidad de Trabajo Social con suficiente antelación aquellos casos que de forma previsible no pueden ser dados de alta a domicilio y precisan de una solución alternativa.
- Potenciar la comunicación entre atención primaria y especializada.
- Mejorar los registros tanto en Mizar como en Abucasis.
- Facilitar en el menor tiempo posible los informes que se precisen para que desde la Unidad de Documentación Clínica y Admisión (UDCA Gestión de Camas), se realicen los trámites necesarios brevemente que permitan ubicar al paciente en el entorno más adecuado.

DESCRIPCIÓN

Material y métodos: como herramienta de apoyo para su identificación se ha realizado en programa cuadro de mando un cruce de los pacientes ingresados con el sistema de clasificación de pacientes (SCP) de la comunidad valenciana sacando listado de pacientes de alta complejidad, identificando a estos pacientes independientemente del servicio en que esté ingresado y programando de forma proactiva su alta, analizando los factores clínicos, de cuidado, apoyo y sociales, realizando una gestión de caso y tomando decisiones consensuadas.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

De forma genérica en cada caso se aborda que necesita para su resolución y se establecen actividades de forma multidisciplinar entre servicios. Estableciendo comunicación frecuente con residencias sociosanitarias, conselleria de bienestar social, fiscalía-judicatura, y HACles. Resultados: en un año se han realizado 18 sesiones abordando 193 gestiones de casos complejos.

EX-37. IMPLANTACIÓN EN UNA UGC DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

O. R. Masiá Perpiñá⁽¹⁾, I. Cosano Prieto⁽²⁾, J. A. Velasco Quiles⁽¹⁾,
E. M. Montblanc Díaz⁽¹⁾

⁽¹⁾Médicos de Familia UGC La Rinconada (Sevilla)

⁽²⁾Médico de Familia y Directora de UGC La Rinconada (Sevilla)

OBJETIVO

Mejorar la calidad de la atención mediante la aplicación de estrategias multidisciplinares para realizar un abordaje integral del enfermo crónico complejo, implicando a la mayor cantidad de profesionales posible.

DESCRIPCIÓN

Hasta enero de 2018 se habían realizado 119 planes de acción personalizados sobre un total de 1950 pacientes crónicos complejos (5,8%), durante el año 2018 se han realizado dos intervenciones principales: la adecuación de agendas para que enfermería y medicina dispongan de espacio común, garantizando al menos 1 h semanal de atención en el centro y 30 minutos en domicilio (hasta 2018 el número de enfermeros era menor que el de médicos y no se compartían los mismos pacientes) y la realización de sesiones clínicas para que todos los profesionales de la UGC conozcan qué es un paciente crónico complejo, sepan qué es y cómo se elabora un plan de acción personalizado (Se realizaron 3 sesiones: 2 en marzo y 1 en octubre con un total de 40 asistentes). Como resultado en noviembre de 2018 se habían realizado 285 planes sobre 1538 pacientes crónicos lo que supone un 18,5%.

CONCLUSIONES

Esto ha dado como resultado la mejora en la implementación de planes personalizados llegando a un mayor número de pacientes; consideramos imprescindible para la atención a pacientes crónicos complejos la colaboración por parte de los gestores planificando un trabajo conjunto entre medicina y enfermería y la formación y motivación del personal mediante la formación y el feed back frecuente.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

EX-39. IMPULSANDO LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD

I. Morales Loró⁽¹⁾, M. B. González Bustillo⁽¹⁾, MA. Guzmán Fernández⁽²⁾,
L. Salvador Sánchez⁽²⁾, C. Alameda González⁽³⁾, P. Lorenzo Lobato⁽³⁾

⁽¹⁾*Servicio de Promoción de la Salud y Salud Laboral, Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad de Castilla y León*

⁽²⁾*Servicio de Coordinación Asistencial, Sociosanitaria y Salud Mental, Dirección General de Asistencia Sanitaria,* ⁽³⁾*Servicio de Sistemas de Información y Resultados en Salud. Dirección General de Innovación y Resultados en Salud. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León*

OBJETIVOS

Impulsar las intervenciones de promoción de la salud efectivas en los centros de Atención Primaria de Castilla y León.

DESCRIPCIÓN

Desde 2018 en la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León se está actualizando la Cartera de Servicios de Atención Primaria, siendo una de sus principales novedades el priorizar más las actividades de promoción de la salud. Para ello, de forma colaborativa con la Dirección General de Salud Pública se han llevado a cabo las siguientes actuaciones:

1. Implantación de un nuevo sistema de registro de las intervenciones de educación para la salud (EpS) con grupos que contribuirá a visibilizar y poner en valor las intervenciones de EpS grupales que se efectúan en Atención Primaria.
2. Revisión de experiencias de promoción de la salud de abordaje grupal y comunitario en otras comunidades autónomas.
3. Aprendizaje in situ en las dos comunidades seleccionadas como referencia, Madrid y Navarra.
4. Definición de tres nuevos servicios en la Cartera, que favorecerán que las intervenciones de promoción de la salud grupales y comunitarias se realicen atendiendo a criterios basados en la evidencia:
 - Servicio de Educación para la salud con grupos.
 - Servicio de Educación para la salud en centros educativos.
 - Servicio de intervenciones comunitarias.
5. Elaboración de un proyecto de formación de 484 horas dirigido a 100 profesionales referentes de promoción de la salud. El objetivo es capacitar a los profesionales referentes en intervenciones de promoción de la salud efectivas y que aborden los determinantes sociales de la salud. Se empleará la metodología los Procesos Correctores Comunitarios (ProCC) y se capacitará en la metodología de la EpS grupal. Se seleccionarán entre 8 y 12 profesionales de cada Área sanitaria que deberán comprometerse a completar toda la formación, realizar una intervención de promoción de la salud y sensibilizar e informar a otros profesionales sanitarios de su Área para que incorporen intervenciones efectivas de promoción de la salud en su atención a la población.

CONCLUSIONES

El impulso de intervenciones de promoción de la salud grupales y comunitarias efectivas requiere de múltiples actuaciones complementarias, fruto de la colaboración entre las Direcciones Generales de Asistencia y Salud Pública.)

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

EX-40. INTEGRACIÓN DE LOS CENTROS SOCIO SANITARIOS EN UNA RUTA ASISTENCIAL A PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS

I. Candela García⁽¹⁾, C. Herrero Payo⁽²⁾, M. Sánchez Mollá⁽³⁾, L. Francés Vaño⁽²⁾, P. Jiménez Sellés⁽²⁾

⁽¹⁾*Servicio Medicina Familiar y Comunitaria, (2)Residente Medicina Familiar y Comunitaria. CSI Santa Pola. Santa Pola (Alicante)*

⁽³⁾*Subdirección Hospital General Elche (Alicante)*

OBJETIVOS

Durante la creación de una ruta asistencial de atención al paciente crónico complejo, se plantea la integración de las residencias sociosanitarias como en ella, de forma que los pacientes crónicos institucionalizados, dispongan de similar accesibilidad y protocolos de actuación que el resto de pacientes crónicos no institucionalizados .

DESCRIPCIÓN

Se genera una ruta asistencial entre diferentes servicios hospitalarios (Subdirección Hospitalaria ,UCE, UHD, Trabajo Social, Urgencias, Farmacia hospitalaria, Medicina Interna, Enfermería casos hospitalarios) y servicios de Atención Primaria (Dirección de AP ,Medicina FYC , Enfermería, enfermeros gestores comunitarios, Trabajo social ; Farmacia Comunitaria). Ante la necesidad sentidas por parte de los pacientes institucionalizados , se decide integrar en la ruta a las residencias sociosanitarias, para ello se realiza una reunión entre servicios hospitalarios , atención primaria y residencias sociosanitarias aportando información por parte del personal de las residencias y del personal de AP Y Hospital , exponiendo las vías de comunicación entre niveles, posibles soluciones a dificultades técnicas de acceso a información hospitalaria y realizando una puesta en común sobre protocolos de actuación

CONCLUSIONES

Las residencias sociosanitarias se integran como parte complementaria de la ruta asistencial del paciente crónico complejo del departamento

Creamos acceso al programa informático en su totalidad para permitir accesibilidad a la historia al facultativo de la residencia sociosanitaria y una vía de comunicación telefónica con el responsable departamental del programa informático.

Creamos de acceso telefónico o interconsultas no presenciales para establecer comunicación entre residencias y especializada.

Creamos vía de acceso telefónico entre la residencia y los centros de salud departamentales

Las residencias sociosanitarias forman parte integrante del sistema sanitario , permaneciendo semiocultas , su integración en esta ruta , ha permitido visibilizarlas y equiparar la asistencia de los pacientes crónicos institucionalizados con aquellos que no lo están .

EX-41. AFRONTAMIENTO DE LA AFECTACIÓN EMOCIONAL DEL PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE PROYECTO AFRONTAR

J. L. Baquero Úbeda⁽¹⁾, S. Castañeda⁽²⁾, L. Carmona⁽³⁾, J. B. Negrón⁽⁴⁾,
M. D. Navarro⁽⁵⁾

⁽¹⁾Director y coordinador científico del Foro Español de Pacientes –FEP: Madrid

⁽²⁾Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

⁽³⁾Reumatóloga del Instituto de Salud Musculoesquelética, ⁽⁴⁾Psicólogo del Instituto de Salud Musculoesquelética. InMusc. Madrid

⁽⁵⁾Directora de Experiencia del Paciente del Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

EXPERIENCIA

Salud supone bienestar físico, psíquico y social, pero apenas se combate la afectación emocional.

OBJETIVOS

Mejorar el autocuidado en el paciente con Artritis Reumatoide (AR) con la experiencia de pacientes y médicos.

DESCRIPCIÓN

Promovido por FEP y ConArtritis, se llevó a cabo en 2 etapas: 1.Grupo nominal, seleccionó las situaciones de mayor afectación emocional.

2. Pacientes y reumatólogos, valoraron la efectividad supuesta de las 8 estrategias de afrontamiento, sobre una escala Likert del 1 al 10 (recomendadas si 8, 9 y 10; y desaconsejadas 1, 2 o 3): 1 proactividad, 2 autocrítica, 3 expresión emocional, 4 pensamiento desiderativo, 5 apoyo social, 6 reestructuración cognitiva, 7 evitación de problemas y 8 retirada social

Aprobado por el CEIm del Hospital Universitario de la Princesa.

Resultados: 100 pacientes válidos; de todas las CCAA; y 17 reumatólogos de 13.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

Tabla 1

Estrategia	Mediana (RIC)				P
Paciente siente que su enfermedad evoluciona peor de lo que comenta el médico					
	PACIENTES		MÉDICOS		PAC. vs MED.
1	7	2	9	2	0,0072 s
2	3	3	2	4	0,5790 ns
3	6	3	9	2	0,0014 s
4	5	2	6	3	0,1526 ns
5	7	2	7	2	0,6546 ns
6	5	2	7	2	0,0139 s
7	3	3	2	2	0,0139 s
8	5	2	3	3	0,0492 s
Paciente desconoce aspectos de su control y seguimiento					
1	8	2	9	2	0,0020 s
2	3	3	2	2	0,0346 s
3	6	3	8	4	0,1079 ns
4	5	2	5	1	0,8345 ns
5	7	2	7	4	0,2180 ns
6	5	3	7	2	0,2091 ns
7	3	2	2	2	0,0415 s
8	4	3	3	2	0,0045 s
Paciente siente que no participa en las decisiones					
1	7	2	9	2	0,00006 s
2	3	2	2	1	0,0158 s
3	6	3	9	3	0,0005 s
4	5	2	4	3	0,6974 ns
5	7	3	7	3	0,8211 ns
6	5	3	7	3	0,0578 ns
7	3	2	2	1	0,0216 s
8	4	3	3	3	0,0245 s

Paciente insatisfecho con el tratamiento global recibido					
1	7	3	10	1	0,00006 s
2	3	2	2	1	0,0686 ns
3	6	3	9	3	0,0021 s
4	5	2	5	3	0,7335 ns
5	7	3	7	2	0,5973 ns
6	5	3	6	4	0,6011 ns
7	3	2	2	2	0,0130 s
8	4	3	3	2	0,0279 s

CONCLUSIONES

1. Más recomendadas la resolución proactiva y la expresión emocional.
 2. Más desaconsejadas la autocrítica y la evitación del problema.
 3. Pacientes y médicos presentan parecidas respuestas pero los segundos resultan más extremos.
- Mucha dispersión (RIC>1).

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

EX-43. ABORDAJE DEL TABAQUISMO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA: LA ASIGNATURA PENDIENTE

M. A. Fernández Ramajo⁽¹⁾, S. Herrero Callejo⁽¹⁾, S. Tardón del Cura⁽¹⁾,
M. B. González Bustillo⁽²⁾, E. Hernández Ortega⁽³⁾, R. Arranz Díez⁽³⁾

⁽¹⁾Centro de Salud Barrio España, ⁽³⁾Dirección de Enfermería. Gerencia de Atención Primaria Valladolid Este. Valladolid

⁽²⁾Coordinación asistencial, sociosanitario y salud mental-GAS-GRS-SACYL

OBJETIVOS

Promover la cesación tabáquica en pacientes fumadores mediante jornadas de concienciación colectiva.

DESCRIPCIÓN

A través de la celebración del día mundial sin tabaco, durante los años 2017-2018 se han realizado jornadas de concienciación colectiva a los fumadores que acuden ese día al centro de salud. Se realiza cooximetría in situ, se facilita documentación y se oferta participar en una charla motivacional para el cese tabáquico.

Se realizan jornadas de concienciación y motivación para el cese tabáquico, los contenidos son los siguientes:

- Morbimortalidad del tabaquismo.
- Bases fisiológicas de la dependencia tabáquica.
- Tabaco como enfermedad adictiva crónica.
- Estrategias motivacionales.
- Consulta de deshabitación tabáquica de enfermería.

Se captaron a 17 personas fumadoras en el año 2017, de las cuales 5 acudieron a un primer taller. En el año 2018 se realizaron sesiones motivacionales en mayo y octubre, acudieron 8 y 5 personas respectivamente. Todas ellas están en seguimiento en consulta de deshabitación tabáquica.

También se impartieron talleres en los centros de acción social como intervención educativa a nivel comunitario lo que ha favorecido la asistencia de más personas interesados en el cese tabáquico.

CONCLUSIONES

Gracias a la sensibilización sobre tabaquismo, se consigue aumentar el número de pacientes que acuden a consulta de enfermería solicitando ayuda para la cesación tabáquica, así como aumentar el porcentaje de exfumadores y aumentar la concienciación y conocimiento de la existencia de esa consulta para ayudar en el proceso del cese tabáquico.

EX-44. CONTROL PACIENTES RESIDENCIALES EN TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE DEL GARRAF

M. D. Troyano Targa⁽¹⁾, M. Berruezo Galar⁽¹⁾, S. Ventureira Rodríguez⁽¹⁾
E. Borreguero Guerrero⁽²⁾

⁽¹⁾*Equipo de Atención Residencias Garraf. Barcelona*

⁽²⁾*Equipo de Atención Residencias Alt Penedès-Garraf. Barcelona*

OBJETIVOS

Los ancianos de nuestras residencias suponen un reto constante por el aumento de su longevidad y complejidad a la hora del manejo terapéutico. Este es el caso de los ancianos con fibrilación auricular (FA) entre 1-2%, donde hay que buscar siempre el riesgo-beneficio a la hora de prescribir tratamiento anticoagulante oral (TAO).

Los anticoagulantes orales antagonistas de la vitamina K (ACO) necesita controles frecuentes que realiza la enfermera del equipo de atención a las residencias (EAR) con el soporte del médico del EAR.

El objetivo es mejorar grado de control y seguridad en el control TAO. MATERIAL Y MÉTODOS Estudio descriptivo realizado en la población residencial de una comarca de Barcelona en pacientes con diagnóstico de FA (no valvular) y en TAO durante 2018.

Se utiliza un protocolo de actuación en el TAO con:

- Comprobación de la tira : caducidad, código y medidor
- Interpretación de resultados según ratio internacional normalizada(INR): dentro del rango terapéutico (entre 2-3 para FA no valvulares y entre 2,5-3,5 para prótesis valvular)
- Registro de datos: La enfermera registra el INR en la hoja de monitorización electrónica asistida del programa informático Ecap que hay instalado en todas las residencias; se realiza la impresión de la pauta y se programa próximo control en función del resultado INR.

DESCRIPCIÓN

Se revisan los 37 pacientes institucionalizados con diagnóstico de FA no valvular y en TAO (n= 37); de 16 residencias de una comarca de Barcelona.

La revisión se basó en: 1) las recomendaciones del protocolo de actuación en el TAO; 2) las herramientas de monitorización electrónica asistida del programa informático Ecap que hay instalado en todas las residencias. La edad media es de 84 años. El 100% de los pacientes eran mujeres. Estaban dentro del rango terapéutico 80,56% pacientes.

CONCLUSIONES

La práctica de los controles periódicos del TAO por la enfermera del EAR mejora la calidad y seguridad asistencial, beneficiando al paciente residencial.

Un mal control del INR nos ayuda en el proceso de toma de decisiones, identificando a aquellos pacientes que requieren intervenciones adicionales para un control aceptable de la ACO o la utilización de otras opciones antitrombóticas. de experiencias.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

EX-45. EXPERIENCIA EN RECLUTAMIENTO DE PACIENTES CON DIVERSOS PROCESOS CRÓNICOS PARA FINES INVESTIGADORES

L. Ambrosio Gutiérrez⁽¹⁾, N. Elizondo Rodríguez⁽²⁾, M. Ballesteros Gracia⁽³⁾

⁽¹⁾Departamento de Enfermería de la Persona Adulta. Facultad de Enfermería, Universidad de Navarra. Pamplona

⁽²⁾Área de Cuidados en Procesos Médicos, ⁽³⁾Unidad de Hospitalización de Hematología, Digestivo y Reumatología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona

OBJETIVOS

Puesta en marcha del reclutamiento de pacientes diversos procesos crónicos (Diabetes mellitus tipo 2, y enfermedad pulmonar obstructiva crónica) en atención especializada.

DESCRIPCIÓN

El reclutamiento de pacientes se ha llevado a cabo en las unidades de endocrinología y neumología del Complejo Hospitalario de Navarra. Los pacientes debían cumplimentar una hoja de datos sociodemográfico y la Escala de Convivencia con un Proceso Crónico (EC-PC).

Aspectos fundamentales:

- Desarrollo de redes de trabajo entre profesionales de enfermería asistencial y profesionales de enfermería del ámbito académico, creando un grupo de trabajo interdisciplinar.
- Toma de contacto y abordaje de pacientes con diversos procesos crónicos (diversidad entre teoría y práctica).
- Explicación del estudio así como la relevancia de un buen entendimiento de la EC-PC.
- Fomento de la autonomía del paciente en la cumplimentación individual de la EC-PC, sin ayuda del familiar acompañante y/o cuidador principal (inclusión de sesgo).
- Puesta en común de la experiencia de reclutamiento a través de un espacio para compartir la experiencia y aspectos a mejorar con el resto del equipo.

CONCLUSIONES

A través de la organización para la puesta en marcha del reclutamiento de pacientes para el estudio de investigación, se vio enriquecido el conocimiento así como experiencia personal y profesional en el área de los procesos crónicos del investigador. La toma de contacto con los profesionales de enfermería, al margen de los muros académicos, supuso un acercamiento a la disciplina del cuidado directo por parte del investigador, desconocedor de la envergadura e impacto de los cuidados enfermeros en esta población de pacientes.

Por otro lado, la oportunidad de crear un espacio de confianza con el paciente crónico durante la cumplimentación de la EC-PC, aportó conocimientos cualitativos relacionados con el constructo evaluado "Convivencia con un proceso crónico". Así mismo, el hecho de exponer al paciente de forma individual a la cumplimentación de la escala propició en muchos casos un aumento de la autonomía, el autoconocimiento e incluso del automanejo temporal del proceso.

EX-46. METAMORFOSIS

D. Vega Ortega⁽¹⁾, V. Guijarro Tacoronte⁽²⁾, A. Barreno Estévez⁽³⁾
P. Martín Andrade⁽⁴⁾, W. Melián Marrero⁽⁵⁾, S. Estévez Jorge⁽¹⁾

⁽¹⁾Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria

⁽²⁾Complejo Hospitalario Dr Negrín. Las Palmas de Gran Canaria

⁽³⁾ZBS Schamann. Las Palmas de Gran Canaria

⁽⁴⁾ZBS Escaleritas. Las Palmas de Gran Canaria

⁽⁵⁾ZBS Tafira y Lomo Blanco. Las Palmas de Gran Canaria

OBJETIVOS

Visibilizar la atención del paciente crónico de alta complejidad, humanizar los cuidados, potenciar el rol de enfermería y coordinación efectiva entre niveles.

DESCRIPCIÓN

El programa del mayor es pionero en atención primaria (AP), relevante, por los cambios demográficos de las últimas décadas, abordaba de manera integral al paciente pluripatológico, con alta comorbilidad y dependencia.

En 2002 se implanta el programa de servicio de continuidad de cuidados, basado en la figura de la enfermera comunitaria de enlace (ECE), como población diana, pacientes dependientes en atención domiciliaria y cuidadoras. Gestionaba cuidados domiciliarios coordinándose entre niveles asistenciales y sectores implicados. A nivel hospitalario, la figura de una enfermera, trabajaba la continuidad de cuidados al alta.

En 2015 aparece, en canarias, la estrategia de abordaje a la cronicidad. Propone la reorientación del sistema actual, hacia un nuevo modelo proactivo, centrado en las necesidades de los pacientes y fomentando en ellos y en sus cuidadores el empoderamiento y la autonomía.

Plantea el desarrollo de roles específicos para la gestión de casos como la enfermera gestora de casos (egc), que tendrá como principal objetivo, coordinar la actuación de los diferentes agentes implicados en la atención de los pacientes crónicos complejos (PCC) basándose en unas necesidades de cuidados cada vez más específicos y complejos.

Comienza pilotaje de la estrategia en dos ZBS. Conviven ambos modelos de atención al pcc y con ello, diferentes roles de enfermera, adaptándose a las necesidades cambiantes de la población y los equipos, asumiendo nuevas tareas, siendo el objetivo común final, la atención integral, de calidad y con continuidad.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

CONCLUSIONES

- Esta diferencia de roles, nos ofrece diferentes experiencias. Visión de la que sigue siendo ece, la egc de ZBS y egc hospitalaria, integradas en el proyecto del PCC y la enfermera coordinadora del proyecto, como hacerlo visible para provocar el cambio y lograr que sea posible.
- Debe ocurrir a todos los niveles. Precisa de la implicación de todas las instituciones y responsables de estas, apostando por la comunicación y coordinación, sin importar el rol que tengamos, persiguiendo un mismo fin, un gran sueño que podrá ser posible si logramos soñarlo todos.

EX-47. TALLER DE RCP BÁSICA. ENSEÑANDO A SALVAR VIDAS

M. A. Fernández Ramajo⁽¹⁾, S. Tardón del Cura⁽¹⁾, S. Herrero Callejo⁽¹⁾,
P. Parra Mediavilla⁽¹⁾, M. B. González Bustillo⁽²⁾, M. A. Martín Delgado⁽²⁾

⁽¹⁾Centro de Salud Barrio España. Gerencia de Atención Primaria Valladolid Este.
Valladolid ⁽²⁾Coordinación Asistencial, Sociosanitario y Salud Mental-GAS-GRS-
SACYL

OBJETIVOS

Formar a la población general en reanimación cardiopulmonar (RCP) básica mediante talleres de formación teórico-prácticos.

DESCRIPCIÓN

Contenidos: Presentación del programa.

- Formación teórica.
- Taller práctico de RCP.
- Resolución de dudas.

El programa se desarrolló de la siguiente manera:

- Fase 1: formación de dos enfermeras como instructoras de RCP por el programa ESVAP (Enseñanza en Soporte Vital en Atención Primaria).
- Fase 2: formación a la población desde atención primaria y en diferentes ámbitos de la sociedad.
- La población tiene que manejar perfectamente los dos primeros eslabones y para ello es muy importante que se forme y se recicle en los conocimientos.
- Un buen lugar para formarse es el primer nivel asistencial de salud, la Atención Primaria.

Se han realizado dos intervenciones comunitarias educativas en el Centro de Acción Social y se han realizado talleres en colegios de educación primaria a niños de 5ª de primaria y se han programado nuevos talleres en el centro de salud, asociaciones de vecinos y colegios de la zona básica de salud.

CONCLUSIONES

Como ponen de manifiesto las recomendaciones de las principales instituciones y sociedades médicas tanto nacionales como internacionales, es prioritaria la formación en RCP de la población para disminuir en lo posible las tasas de mortalidad por PCR.

La población adulta, niños y profesores de colegios manifiestan un alto grado de satisfacción y aprenden en los cursos a realizar una correcta RCP.

COMUNICACIONES TIPO PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

P-01. CREACIÓN Y PILOTAJE DE LA “HERRAMIENTA VALACAN” DE VALORACIÓN MULTIDIMENSIONAL-ACCIÓN ESTRUCTURADA EN EL ANCIANO, EN BASE A DIAGNÓSTICOS PREDEFINIDOS

I. Martín Lesende ⁽¹⁾, L. Mendibil Crespo ⁽²⁾, A. Valero Martínell ^(2,3),
A. Sasía Tomás ^(2,3), M. Cea Gómez ^(1,2), I. Pizarro Carbajo ^(1,2)

⁽¹⁾OSI Bilbao-Basurto. Centro de Salud San Ignacio. Osakidetza

⁽²⁾Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Bizkaia

⁽³⁾OSI Bilbao-Basurto. Centro de Salud de Deusto. Osakidetza

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Las directrices para intervenir en situaciones frecuentes y relevantes en personas mayores (fragilidad, caídas, deterioro cognitivo, pluripatología, ...), abogan por un enfoque funcional y valoración multidimensional tipo “valoración geriátrica integral” (VGI); sin embargo ésta apenas se utiliza en atención primaria (AP), por el tiempo que requiere y necesidad de capacitación de l@s profesionales. Esta disociación recomendación-empleo nos ha llevado a crear y validar una herramienta multidimensional (VALACAN), basada en diagnósticos específicos e intervenciones efectivas, compatible con la AP.

OBJETIVOS

Diseñar/validar el contenido, apariencia, constructo y fiabilidad de la “herramienta VALACAN” orientada a la AP, de valoración dirigida multidimensional en personas ≥70 años, enfocada a diagnósticos predefinidos asociados a intervenciones efectivas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño y ámbito: creación/validación de una herramienta multidimensional de “valoración-acción” en el Mayor, en el ámbito de la atención primaria.

Metodología: diferentes fases/metodología, *gráfica 1*. Herramienta inicial con ítems de valoración asociados a fragilidad, y a diagnósticos específicos que tengan intervenciones concretas; según literatura y nuestro propio conocimiento/experiencia/estudios. Segunda versión tras evaluación crítica por expertos/as, y considerando una encuesta a mayores evaluando la importancia que dan a los aspectos de la VGI respecto a la salud. Posteriormente, pilotaje para valorar la fiabilidad interobservador, y concordancia en los diagnósticos entre un/a profesional de AP no experto/a en VGI) usando la herramienta y un/a experto/a realizando la VGI standard. Se prevé disponer la herramienta en soporte informático/App. Sujetos. Mediciones/intervenciones.

El objeto del estudio en sí es la herramienta VALACAN y su composición. En la primera fase se va a encuestar a 105 personas, en el pilotaje inicial participarán otras 5, y 30 en el pilotaje final. Las variables a incluir en la herramienta dependen de las características y contenido de cada fase del estudio.

Análisis: se combinará análisis cuantitativo (tiempo de cumplimentación de la herramienta), porcentajes (coincidencia entre diferentes observadores/as, descripción de características de las personas en los pilotajes, cuestionarios, etc.), evaluación cualitativa y consenso.

Se empleará el programa IBM SPSS v. 23, con p de 0,05.

Limitaciones del estudio: puede influir la experiencia y participación del IP en la composición de la herramienta inicial, aunque se compensará con la revisión bibliográfica y crítica del resto de investigadores/as y de los expertos/as externos/as.

El análisis de fiabilidad y pilotajes incluirán un grupo reducido de personas, lo que puede limitar la generalización, aunque constituye una primera fase que se seguirá de estudios más específicos y potentes.

APLICABILIDAD

Es novedoso y muy trascendente disponer de una herramienta de valoración multidimensional-acción, simplificada, fácil y más aplicable que la VGI, centrada en la evaluación y diagnósticos predefinidos que se sigan de intervenciones efectivas. Facilitada por el soporte informático. Potencial uso en situaciones relevantes: fragilidad, complejidad, post-ingreso, atención domiciliaria, síndromes geriátricos, etc.; en consonancia con las directrices sanitarias.

Aunque varios equipos ya han mostrado interés por la herramienta, la presentación en el Congreso la dará a conocer y buscará colaboraciones.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

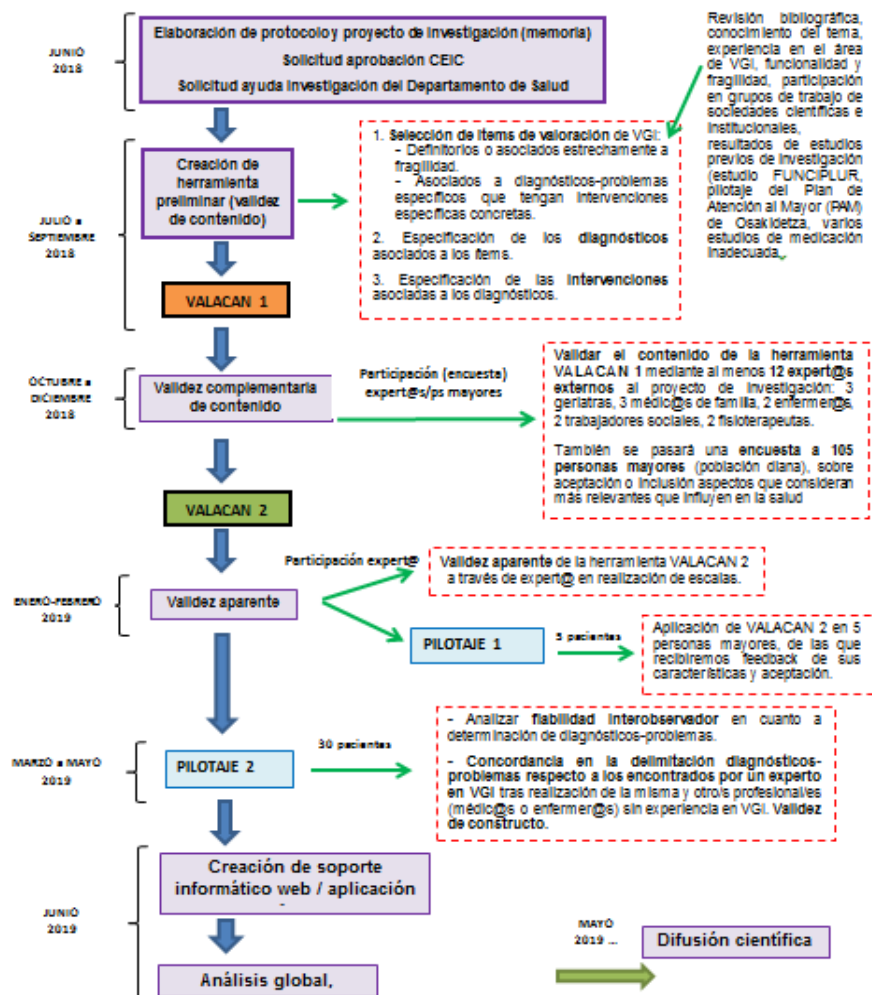
Solicitada ayuda al Departamento de Salud del Gobierno Vasco (no resuelto), y se pedirá también a la OSI Bilbao-Basurto (2019).

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

Fig. 1. Diseño y fases del estudio



P-10. DIAGNÓSTICO DE SARCOPENIA MEDIANTE ECOGRAFÍA CLÍNICA

P. Díaz Jiménez⁽¹⁾, C. Jiménez de Juan⁽¹⁾, G. García de Casasola⁽²⁾,
A. M. Cortés Troncoso⁽²⁾, J. Torres Macho⁽²⁾, M. Bernabéu-Wittel⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

⁽²⁾Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Parla (Madrid)

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La sarcopenia, síndrome caracterizado por una pérdida progresiva y generalizada tanto de masa como de fuerza muscular esquelética, condiciona y guarda una estrecha relación con entidades como la fragilidad, el declinar funcional, las caídas y la osteoporosis entre otras alteraciones de las personas ancianas.

Se estima que está presente en el 5-13% de la población por encima de 60 años respectivamente.

La sarcopenia, requiere 2 hallazgos: La pérdida generalizada de fuerza acompañada de pérdida de la masa muscular esquelética. Por tanto, la medición de esta última, resulta imprescindible para el diagnóstico. Existen diversas técnicas que se emplean actualmente para este fin. No obstante, presentan el inconveniente de la radiación, el difícil acceso o el alto coste. La ecografía, es una herramienta cada vez más accesible, barata, rápida. No obstante, su uso en el diagnóstico de sarcopenia no está adecuadamente descrito.

OBJETIVOS

Evaluar la utilidad de la ecografía clínica en el diagnóstico de sarcopenia en pacientes hospitalizados en áreas de Medicina Interna.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Estudio tipo observacional transversal multicéntrico en el marco de los grupos de Trabajo de Ecografía Clínica y Paciente Pluripatológicos y Edad Avanzada de la Sociedad Española de Medicina Interna.
- Población elegible: Pacientes ≥ 65 años hospitalizados, o en seguimiento ambulatorio en diferentes áreas de Medicina Interna.

Se reclutarán mediante cortes semanales estableciéndose el momento de la inclusión al alta hospitalaria, o durante alguna de las revisiones en consultas.

Una vez incluidos, se recogerán datos demográficos, clínicos, etc., se medirán fuerza y masa muscular evaluándose los criterios de sarcopenia (usando los criterios de la EWGSOP y la medición con bioimpedancia eléctrica (BIA)), y, por último; determinaremos diversos parámetros ecográficos. Así, analizaremos la correlación entre estos y la masa muscular determinada mediante BIA, intentando establecer un punto de corte óptimo para el diagnóstico de sarcopenia (o varios según el método). Posteriormente, se evaluará el valor diagnóstico de éstos tomando como patrón oro el diagnóstico mediante BIA.

Para las comparaciones emplearemos los tests: Chi2 y obtención de la odds, T de Student, test de Spearman y la R de Pearson.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

Calcularemos la precisión de los puntos de corte ecográficos mediante el test de la bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshov) (calibración) y el área bajo la curva ROC (poder discriminativo). Utilizaremos el paquete estadístico SPSS 22.0.

Las limitaciones, en principio se plantean escasas. Destaca la heterogeneidad posible de la muestra y el hecho de que la BIA puede obtener mediciones inexactas en presencia de edemas significativos, para evitar a esta última se incluirá a los pacientes en fase de estabilidad y al alta.

APLICABILIDAD

Los resultados esperados de la investigación, al ser netamente clínicos, son aplicables inmediatamente e incorporan mejoras en la práctica clínica habitual. El poder establecer un diagnóstico precoz con una prueba de fácil acceso (incluso en el domicilio con los equipos portátiles) facilitará tanto su abordaje como la posibilidad de establecer estrategias de intervención para su tratamiento precoz evitando además irradiación innecesaria.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Existencia de fuentes de financiación o estado de la solicitud de financiación: Solicitada financiación a la Convocatoria 2019 del Plan Andaluz de Investigación.

P-12. HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA; CONSIDERANDO A LA FAMILIA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE EN PARADA CARDIORRESPIRATORIA INESPERADA: RCP INCLUSIVA

A. María Cintora Sanz ⁽¹⁾, S. Navalpotro Pascual⁽¹⁾, B. Merino Reguera⁽¹⁾,
D. Mazuecos Muñoz⁽¹⁾, E. Pastor Benito⁽¹⁾, B. De Castro Lobo⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Urgencias Médicas de Comunidad de Madrid (SUMMA112)

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El presente trabajo se basa en valorar la inclusión de los familiares del paciente afectado por una parada cardiopulmonar inesperada, dentro del procedimiento de reanimación cardiopulmonar avanzada (RCPa).

Hoy en día hay mucho énfasis en enseñar a la población en general a realizar maniobras básicas de RCP, como un eslabón básico dentro de la cadena de supervivencia.

Pero; una vez que llegan los servicios de emergencias, en muchos casos; se suele apartar al familiar y únicamente se queda el equipo del soporte vital avanzado (SVA) atendiendo al paciente, no habiendo unas directrices claras en torno al mejor método de continuidad.

Las recomendaciones de la European Resuscitation Council, apoyan la presencia familiar, argumentando que contribuye a una actitud más abierta hacia la autonomía de pacientes y familiares, pero también identifica la falta de evidencia sobre algunos aspectos: por ejemplo que los testigos puedan traumatizarse o que puedan causar interferencias en las maniobras. Por ello anima a enfocar esfuerzos en trabajar juntos, a profesionales y familiares; para un nuevo futuro más consensuado.

OBJETIVOS

Con este proyecto se quiere determinar la efectividad de un protocolo que permita a la familia del paciente estar presente durante las maniobras de RCP en el medio extrahospitalario, con un profesional explicando al familiar presente, la actuación en este proceso. Mantenemos la hipótesis que de esta manera, se puede reducir la proporción de duelo disfuncional o complicado en los familiares presentes.

Asimismo, se pretende conocer la calidad percibida por los participantes de esta asistencia, si varía de los familiares que pueden estar presente con respecto de los que no.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio analítico, longitudinal, y prospectivo; ensayo clínico.

Se estima con criterios de inclusión, un tamaño inicial de 100 familias: con 50 familiares en el grupo muestral y 50 en el grupo control, se analizará primeramente, la satisfacción de la familia sobre la asistencia recibida de los profesionales de la salud, mediante un cuestionario validado sobre satisfacción de la calidad percibida.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

Al cabo de un año se llevará a cabo entre los familiares participantes, una escala de duelo complicado, utilizado en otros países y validado en España, que ayuda a situar a este proyecto en una perspectiva comparada. Con ella se analizará la diferencia en el duelo entre los familiares que pudieron estar presentes en la RCPa y los que no tuvieron esa posibilidad. El análisis estadístico se realizará expresando los datos cualitativos en frecuencia y porcentaje. Los datos cuantitativos se expresarán mediante media y desviación estándar, siempre que cumplan criterios de normalidad; y mediante mediana y rango intercuartílico para los que no cumplen criterios, los contrastes de hipótesis serán mediante pruebas paramétricas.

El reclutamiento de participantes será oportunista y consecutivo, con la limitación que eso conlleva. Este proyecto, no dispone de financiación.

Este trabajo está autorizado por la Dirección Médica del Servicio y por el Comité Ética Regional para poder ser realizado en las paradas no esperadas, atendidas por los investigadores de SVA de nuestro servicio de emergencias y sus resultados se usarán en el desarrollo de un protocolo de aplicación para este procedimiento en el servicio.

P-19. CONSUMO SEMANAL DE CALCIO ALIMENTARIO EN MUJERES POSTMENOPÁUSICAS

R. Rodríguez Valenzuela⁽¹⁾, S. Pérez Garrachón⁽¹⁾, L. Seco Sanjurjo⁽¹⁾,

L. López Trigo⁽¹⁾, D. Lozano Nogueira⁽¹⁾, P. Travieso Blanco⁽¹⁾

⁽¹⁾Centro de Salud Canterac. Valladolid

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El calcio es importante en la formación del hueso pero hay que consumirlo en cantidad suficiente y no superar las cantidades recomendadas. Por ello conocer la cantidad de calcio que ingiere nuestra población nos puede ayudar en su educación para la salud.

OBJETIVOS

- Calcular la cantidad de calcio alimenticio que consumen semanalmente las mujeres participantes.
- Conocer si la dieta aporta la cantidad de calcio necesaria recomendada para prevenir la osteoporosis.
- Conocer el consumo de suplementos de calcio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se invitará a participar a las mujeres de entre 45 y 65 años pertenecientes a una zona básica de salud urbana desde las consultas de médico de familia y de enfermería. Si dan su consentimiento se les entregará una encuesta validada de la ingesta de alimentos por raciones. Las participantes anotarán en dicha encuesta las raciones de los alimentos que ingieran durante 7 días consecutivos. Las encuestas las recogerá el mismo personal sanitario que se las entregó para luego hacer el cálculo de la cantidad semanal de calcio ingerido.

Análisis estadístico: tabla Excel de recogida de cantidad de calcio semanal ingerido y estratificación según los valores.

APLICABILIDAD

se hará seguimiento durante 5 años a las mujeres participantes y observaremos si la ingesta de calcio influye en el riesgo de fractura osteoporótica.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

No disponemos de fuentes de financiación

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

CASOS CLÍNICOS

CC-01. ETAPAS EN LA FASE DEL DUELO: ACEPTACIÓN

A. M. Cintora Sanz^(1,2), A. M. Pérez Alonso^(1,3), C. Horrillo García^(1,3)

⁽¹⁾*Servicio de Urgencias Médica de la Comunidad de Madrid, (3)Médica de la Comunidad de Madrid .SUMMA 112 3 Uvi Móvil. SUMMA 112*

⁽²⁾*Departamento de Formación e Investigación Servicio de Urgencias*

CASO CLÍNICO

Durante mi trabajo profesional, primero en un servicio de cuidados paliativos y luego en emergencias extrahospitalarias, me ha tocado asistir a numerosas muertes. Y a atender a pacientes en estadios terminales. Dado que es un tema importante, me he formado en ello y con ello he conocido las caras de las diferentes fases del duelo, dentro de una enfermedad terminal, tanto a nivel profesional, como por desgracia personal. Todavía estamos en una sociedad que, a nivel general, necesita trabajar este trasfondo cultural de hablar sobre la enfermedad y la muerte, en el momento actual.

En una guardia en el vehículo de intervención rápida de la montaña de Madrid, fuimos a atender a una paciente aquejada de dolor abdominal leve. Nos encontramos con un mujer acostada en cama, de 70 años con un historial médico que incluía un cáncer de ovarios operado hacía cinco años, que ahora había resurgido y producido metástasis.

A la señora le habían ofrecido la posibilidad de hacer cirugía paliativa, y ella se había negado. Quería morir sin los sufrimientos que había padecido en la primera operación.

La señora se mostró muy colaborativa, hasta el punto, de hablar con ella el origen de su enfermedad y la vivencia suya en torno a ella. En ese momento estaba escribiendo sus recetas de cocina para que sus hijas las pudieran tener antes de morir.

Quiero narrar aquí el caso de Luciana, porque en toda mi carrera profesional es el caso único de aceptación temprana de enfermedad terminal que he visto. No sólo por su lucidez , franqueza de comunicación y entendimiento; sino por el ejemplo de despedida de la vida que dio, a nosotros, a su familia y a una sociedad entera que a lo que está más habitualmente acostumbrada es a oír hablar de síntomas superficiales, sin entrar de fondo en lo que una enfermedad terminal conlleva.

CC-13. ACOMPAÑANDO AL PACIENTE EN SU ENFERMEDAD, A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Paz Fajardo⁽¹⁾, S. López Garrido^(1,2), A. González Pascual⁽¹⁾, M. Esles Bolado⁽¹⁾,
C. Limia Vita⁽¹⁾, G. Santiago Ruiz⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio Medicina Interna Hospital Sierrallana. Torrelavega (Cantabria)

⁽²⁾Servicio Medicina Interna Hospital Tres Mares. Reinosa (Cantabria)

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente de 90 años con antecedentes de hipertensión, dislipemia, EPOC, síndrome mielodisplásico, insuficiencia renal crónica (estadio 3A), estenosis aortica severa degenerativa con hipertrofia moderada-severa de VI y diagnosticado recientemente de neoplasia de colon, pendiente de cirugía que finalmente se desestima por alto riesgo quirúrgico.

Ingresa en varias ocasiones en el servicio de Medicina Interna por episodios de descompensación cardiaca desencadenada por anemia grave (Hb de 5-6 mg/dL) secundaria a hemorragias digestivas bajas.

Para evitar los reingresos frecuentes acude al hospital de día de manera programada para la administración de transfusiones y eritropoyetina endovenosa durante un año y medio.

Además, es valorado de forma periódica en la consulta. En ocasiones se derivaba directamente desde la consulta al hospital de día para tratamiento puntual intravenoso. Si la clínica era muy incapacitante, desde la consulta se programaba un ingreso hospitalario breve con alta precoz.

Se reevalúa de nuevo la posibilidad de cirugía, dado que el paciente presentaba unas FIS conservadas, hemoglobinas estables con las transfusiones periódicas evitando así las descompensaciones cardíacas y sin afectación metastásica del tumor.

Finalmente se realiza la intervención quirúrgica con necesidad de reintervención precoz por sangrado activo. Como complicaciones en el postoperatorio cabe destacar una retención aguda de orina, sepsis asociada a catéter tratada con Teicoplanina y Meropenem, así como úlceras por decúbito en ambos talones. El paciente recibe el alta con importante deterioro físico y funcional secundario tanto al ingreso prolongado como a la gravedad de su patología. Posteriormente se controla en la consulta con apoyo del hospital de día, inicialmente de forma semanal y luego cada dos semanas, con persistencia de las úlceras por decúbito que incluso requirieron ingreso hospitalario para antibioterapia endovenosa.

En última instancia, ingresa de nuevo por episodio de hemorragia digestiva baja con criterios de gravedad hemodinámica y analítica con varias complicaciones secundarias e ingreso muy prolongado con el resultado del fallecimiento intrahospitalario del paciente.

Queremos resaltar con este caso, la importancia del adecuado uso de los recursos de los que disponemos los médicos internistas, haciendo uso de las consultas externas y el hospital de día en combinación con la hospitalización convencional para un manejo ambulatorio más beneficioso para el paciente.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

CC-17. DOLOR ABDOMINAL EN PACIENTE CON FIBRILACIÓN AURICULAR CRÓNICA ANTICOAGULADA.

D. López Oliva⁽¹⁾, A. Galera López⁽¹⁾, M. López Tornero⁽¹⁾, M. A. García Chicano⁽¹⁾, E. M. Fernández Quijada⁽¹⁾, P. Pérez Martínez⁽²⁾

⁽¹⁾Centro de salud Vistalegre-La Flota. Área de salud VI. Murcia

⁽²⁾Centro de salud Murcia centro-San Juan. Área de salud VI. Murcia

CASO CLÍNICO

Ámbito: atención primaria y hospitalario.

Motivo de consulta: mujer de 76 años que acude por dolor abdominal.

Antecedentes personales: fibrilación auricular crónica anticoagulada con acenocumarol . Estenosis mitral moderada. Aorta ascendente dilatada (47 mm) con seguimiento ecográfico. Enfermedad actual: Dolor abdominal de 2 días de evolución, inicialmente únicamente al toser para progresivamente hacerse continuo y más intenso. Refiere cuadro de infección respiratoria desde hace 1 semana con tos seca, afebril.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 112/72 mmHg, FC: 72 lpm. ACP: rítmico sin soplos. Murmullo vesicular conservado. ABD: no soplo abdominal. Blando y depresible. Masa en tercio inferior de recto anterior derecho. Hematoma en hipogastrio. Doloroso a la palpación en fosa ilíaca derecha. No irritación peritoneal. No focalidad neurológica. Pulsos distales conservados.

Ante tales hallazgos se derivó a la paciente a urgencias.

Caída de más de 2 puntos de hemoglobina respecto a analítica previa. INR: 4,47. Se pautó analgesia y 1 ampolla de vitamina K. TAC abdominopélvico: hematoma de músculos rectos abdominales derechos con extensión a espacio prevesical, sin signos de sangrado activo. Se interconsultó a cirugía que recomendó manejo conservador y reversión de la anticoagulación. Evolución: durante el ingreso permanece hemodinámicamente estable, asintomática, sin tratamiento anticoagulante, sin nuevos signos de sangrado. Se realizó reposición de la volemia, y corrección de la anticoagulación (INR: 1,05). Ecografía de control sin datos de sangrado activo. Al séptimo día de ingreso, y tras valorar el riesgo-beneficio, se volvió a pautar terapia anticoagulante. Se cita en consulta con ecografía de control.

Conclusiones/aplicabilidad: a pesar de ser una causa infrecuente de abdomen agudo, ante dolor abdominal y masa palpable en paciente anticoagulado deberemos sospechar hematoma de los rectos anteriores. Encontramos como principal factor desencadenante la terapia anticoagulante, y la tos como precipitante. La TAC se considera la prueba diagnóstica de elección, y el tratamiento consiste en reposición de la volemia, transfusión de hemoderivados, revertir la anticoagulación y embolización (si se localiza vaso sangrante). No existe consenso en qué momento debe restablecerse la anticoagulación, lo más aceptado, e individualizando riesgo-beneficio es el periodo entre el 4º-7º día desde el diagnóstico.

CC-21. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y ANGOR. UN ANTES Y UN DESPUÉS

B. Pérez Martínez⁽¹⁾, P. Pérez Martínez⁽²⁾, P. Pérez López⁽³⁾

⁽¹⁾Servicio de Cardiología Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena (Murcia)

⁽²⁾Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Murcia Centro-San Juan

⁽³⁾Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Vistalegre- La Flota (Murcia)

CASO CLÍNICO

Varón de 63 años con dolor torácico

Antecedentes médicos de diabetes Mellitus tipo 2 en tratamiento con Sitagliptina 100 mg y Metformina 850 mg con mal control metabólico (HbA1c 7.8%), hipercolesterolemia en tratamiento con Atorvastatina 20 mg (ultimo control LDL-colesterol 141), hipertensión arterial en tratamiento con Valsartan 320 mg (mantiene cifras en ultimo control de 156/92 mmHg), obesidad con Índice de masa corporal de 32. Fumador de 20 cigarrillos/día.

En último control efectuado por su Médico de familia, al que no acude de forma regular, hace 2 meses se detecta incorrecta adherencia al tratamiento, no seguimiento de pautas dietéticas ni de ejercicio y no deseo de abandono de consumo de tabaco

La enfermedad actual viene referida desde hace 1 mes por presentar episodios recurrentes de dolor torácico izquierdo, opresivo, irradiado a hombro, desencadenado por esfuerzos, sin manifestaciones vegetativas, y de 5 minutos de duración.

Decide consultar en urgencias hospitalarias por presentar 2 episodios de similares características pero de mayor duración. Destaca cifras elevadas de TA 155/98 mmHg, glucemia 234 mg/dl, ECG ritmo sinusal con signos de isquemia subepicárdica anteroseptal, troponinas normales, radiología de tórax con cardiomegalia.

Ingreso hospitalario con juicio clínico de Angor de esfuerzo

En estudio posterior, coronariografía con oclusión del 75% de coronaria descendente anterior y realización de anioplastia. Ecocardiograma con disfunción diastólica y FE 58%.

Se inicia doble antiagregación (clopidogrel, acetilsalicílico), bisoprolol 2.5mg, atorvastatina 80mg. Al alta la recomendación es de control estricto de Factores de Riesgo cardiovascular (FRCV)

Comentario: en nuestro entorno los FRCV presenta una alta prevalencia, así como un bajo control de los mismos. El objetivo debe ser la detección precoz de los diferentes FRCV así como su control para reducir la probabilidad de presentar una enfermedad cardiovascular. Una vez que ocurre la enfermedad cardiovascular se hace todavía más importante un exhaustivo control de los FRCV, y esa función recae fundamentalmente en el médico de familia que debe actuar coordinadamente con el cardiólogo para conseguir los objetivos propuestos en prevención secundaria y evitar la pérdida de calidad de vida, discapacidad y mortalidad asociadas.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

CC-22. ENFOQUE BIOPSIICOSOCIAL DEL DOLOR TORÁCICO CRÓNICO

M. Escorihuela Gimeno⁽¹⁾, A. N. Aranda Alonso⁽²⁾, M. Marco Brualla⁽¹⁾,
A. Muñoz Anadón⁽¹⁾, H. Salanova Serrablo⁽¹⁾, S. Santolaria Sancho⁽¹⁾

⁽¹⁾*Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud San Pablo. Zaragoza*

⁽²⁾*Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza*

CASO CLÍNICO

Paciente de 85 años, dependiente para ABVD (Barthel <60), pluripatológica, polimeditada, incluida en el programa de atención al Paciente Crónico Complejo. Vive sola en domicilio, donde recibe la visita diaria de uno de sus tres hijos y dispone de servicio de teleasistencia y de una trabajadora de hogar varias horas al día, quien ocupa el papel de cuidadora principal. Entre sus múltiples patologías crónicas, destaca como principal factor limitante, el dolor crónico por enfermedad osteoarticular artrósica. Ha requerido varias intervenciones quirúrgicas en rodillas, cadera y columna. Actualmente precisa andador para deambular y analgesia de tercer escalón con fentanilo transdérmico y oxicodona oral, sin completo control del dolor.

Presenta también síndrome ansioso-depresivo de larga evolución, tratado con duloxetine, mirtazapina y loracepam, motivado por los abusos sexuales que ejerció el padre durante la infancia, agravado por viudedad precoz, mala relación con su hija y percepción de situación de soledad.

Reúne múltiples factores de riesgo cardiovascular: HTA, obesidad e insuficiencia renal crónica estadio III. Presentó un ACV sin secuelas importantes en 2004 y aqueja episodios de dolor torácico anginoso desde 1996. En tratamiento con: enalapril, furosemida, bisoprolol, AAS, omeprazol y nitroglicerina transdérmica, y sublingual a demanda.

Al inicio, el dolor se describió como ángor en reposo, no siempre asociado a cortejo vegetativo, en ocasiones acompañado de disnea. En los últimos años se limita a cuadros de ángor nocturno. Siempre han respondido a tratamiento con nitritos, y en algún caso, loracepam sublingual, aunque se repiten varias veces durante una misma semana, requiriendo implementación del tratamiento farmacológico de base. Su elevada frecuencia motivó varias interconsultas con cardiología, realizándose múltiples controles ecocardiográficos que descartaron signos de insuficiencia cardiaca u otras alteraciones compatibles con la clínica. Encontramos un aumento de frecuencia de episodios de dolor torácico en momentos de empeoramiento de dolor osteoarticular, agudizaciones del síndrome depresivo, ansiedad reactiva a la tensión familiar e incluso al cambio de cuidador. Así mismo, ante una descompensación principalmente cardiovascular, el control todos estos factores afectivos y sociales, favorece la estabilidad clínica de la paciente. Por ello, consideramos de suma importancia el abordaje conjunto de los factores psico-sociales y la organicidad en los pacientes crónicos complejos.

CC-23. FENÓMENO DE MILKING EN PACIENTE ANCIANO CRÓNICO

D. Ramírez Sánchez⁽¹⁾, J. A. López Díaz⁽¹⁾, G. Castiñeiras Pardo⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Molino de la Vega. Huelva.

CASO CLÍNICO

Ámbito: Urgencias hospitalarias.

Motivo consulta: dolor torácico.

Historia clínica:

Antecedentes personales:

Mujer 79 años.

Sin alergias medicamentosas conocidas.

Hipertensión arterial ; Diabetes Mellitus tipo 2 (insulina). Sin hábitos tóxicos.

Demencia tipo senil moderada. Poliartrosis severa.

Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico Insuficiencia cardíaca.

Anemia ferropénica.

En 2010 episodio de dolor torácico que precisa ingreso. Ecocardiograma: hipertrofia ventricular izquierda con colapso sistólico de la cavidad a ese nivel y fracción de eyección conservada. Coronariografía: trayecto intramuscular de la arteria descendente anterior en tercio medio.

Situación basal: Dependiente para actividades básicas vida diaria.

Enfermedad actual: Acude al centro de Salud por dolor centrotorácico opresivo, no irradiado de 4-5 horas de evolución que se acompaña de cuadro presincoanal, objetivándose cifras tensionales en torno a 208/75 mm/Hg.

Exploración: Normal salvo hipertensión. Auscultación sin hallazgos.

Nivel socio-cultural medio-bajo

Evolución: se deriva a urgencias hospitalarias como Síndrome coronario agudo con elevación ST.

Ecocardiograma en urgencias: similar a 2010: colapso sistólico

Pruebas complementarias: analítica normal, enzimas cardíacas ligeramente elevadas.

Electrocardiograma en ritmo sinusal: lesión subepicárdica anteroseptal.

Se continua antiagregación, y se optimizó tratamiento con betabloqueantes.

Por la edad, situación basal y otras comorbilidades se desestima manejo invasivo de la paciente.

Patogenia: se trata de un Fenómeno de Milking: Las arterias coronarias tienen un trayecto epicárdico. Algunos pequeños segmentos de estas arterias se introducen en el espesor del miocardio con trayectos intramiocárdicos (puentes miocárdicos). En cada sístole se producirá una estenosis de la luz vascular llegando incluso a colapsar la arteria afectada con imagen electrocardiográfica de ascenso segmento ST.

Diagnóstico por coronariografía. Tratamiento betabloqueantes.

Diagnóstico diferencial: infarto agudo miocardio con elevación ST.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida

Mérida (Badajoz)

Conclusiones: importancia de aplicar manejo conservador en ancianos, pluripatológicos con dependencia para actividades básicas, ya que en estos casos pruebas invasivas nos provocarían más riesgos que beneficios. Lo más rentable es optimizar tratamiento y valorar medidas para mejorar la calidad de vida.

CC-24. VOLUNTADES ANTICIPADAS, UNA HERRAMIENTA QUE NUESTROS PACIENTES CRÓNICOS DEBEN CONOCER

M. A. García Chicano⁽¹⁾, E. M. Fernández Quijada⁽¹⁾, I. Saura García⁽¹⁾,
P. Pérez Martínez⁽²⁾, D. López Oliva⁽¹⁾, M. López Tornero⁽¹⁾,

⁽¹⁾C. S. Vistalegre- La Flota. Murcia

⁽²⁾C. S. Murcia San Juan

CASO CLÍNICO

Sofía es una mujer de 58 años, vive con su madre, su marido y un hijo. Diagnosticada de Enfermedad de Alzheimer (EA) a los 47 años, actualmente con una puntuación de 7 en la Escala de Deterioro Global (máxima puntuación 7), encamada prácticamente todo el día, portadora de PEG desde ingreso hace 10 meses por coma metabólico secundario a hipernatremia, neumonía broncoaspirativa e insuficiencia renal aguda prerrenal, en tratamiento actualmente para control de agitación con trazodona, clometiazol, gabapentina, quetiapina, clonazepam, olanzapina y eslicarbazepina

Llama el marido porque se ha arrancado la PEG y solicita atención en el domicilio. A la llegada, junto con la enfermera, se percibe que la familia está agobiada y sin fuerzas para continuar, recolocamos PEG. Nos pregunta el hijo por la posibilidad de ingreso en una residencia a lo que su abuela se opone y el padre no sabe qué hacer. Preguntamos si quieren hablar con nosotros de cómo está Sofía y su evolución, recordamos conjuntamente lo duro que fue el diagnóstico en una persona joven y su deseo de no sufrir, de no realizar medidas invasivas, en las que en ese momento su familia estaba de acuerdo y no vieron necesario realizar documento de voluntades anticipadas, pero durante el ingreso discutieron los familiares donde se realizó máximo esfuerzo terapéutico y finalmente se le colocó la PEG. Ahora se sienten culpables en parte de ver a la paciente en este estado. Tranquilizamos a la familia, son situaciones para las que uno nunca está preparado e hicieron lo que creían correcto en ese momento, y lo importante ahora es que Sofía esté sin sufrir y de posible evolución de la enfermedad.

Al mes viene el marido y la madre de Sofía a informarnos que la han llevado a una residencia. Es importante informar a los pacientes de la existencia del documento de voluntades anticipadas, sobre todo en aquellas personas con enfermedades crónicas donde la evolución será irremediabilmente hacia el deterioro físico y psíquico, con complicaciones que pueden precisar medidas invasivas urgentes y así evitar el sufrimiento e iatrogenia generado en ocasiones.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

CC-25. MUJER DE 53 AÑOS DE EDAD CON HTA NO CONTROLADA

N. Luquin Ciuró⁽¹⁾, R. Luquin Martínez⁽²⁾, L. Tomás Ortiz⁽²⁾, E. Ros Martínez⁽³⁾,
F. Ramirez Espín⁽⁴⁾, J. E. Gómez Hernández⁽⁵⁾

⁽¹⁾*Servicio de Medicina Interna. Hospital Santa Lucía. Cartagena (Murcia). Servicio Murciano de Salud (SMS)*

⁽²⁾*Centro de Salud Cartagena-Oeste. Cartagena (Murcia). SMS*

⁽³⁾*Unidad Docente Multidisciplinar del Área II y VIII (Cartagena-San Javier) del SMS*

⁽⁴⁾*Centro de Salud Vista Alegre (Murcia). SMS*

⁽⁵⁾*Centro de Salud Barrio del Carmen (Murcia). SMS*

CASO CLÍNICO:

Ámbito: Atención Primaria(AP) y Hospitalaria.

Descripción: mujer fumadora (20- paquetes/año) con antecedentes personales: Bebedora de alcohol ocasional. No adicciones a drogas. Hipertensión Arterial(HTA) esencial desde el 2007 no controlada por no adherencia al tratamiento que consulta por presentar Cefalea occipital con mareo y desorientación temporoespacial con pérdida de fuerza en extremidades izquierdas por lo que es trasladada desde A. P. a Urgencias-Hospitalarias destacando en la Exploración-Física: Aceptable estado general. T.A.:180/110mmHg. No edemas ni adenopatías. Pulsos periféricos conservados.

Tórax: A.Cardio-Pulmonar y Abdomen:Normales. Analítica: Normal. Exploración Neurológica: Consciente y orientada con Estado Mental, Pares craneales, Sensibilidad y Coordinación dentro de la normalidad. En sistema motor: discreta Hemiparesia de extremidades izquierdas. Clonus en MII. Escala-NIHSS:4. TAC-Craneal-sin-contraste: Lesión hiperdensa(61UH) parieto-occipital derecha en la calota posterior con halo hipodenso por edema perilesional de unos 3cms en su eje mayor que no desplaza línea media y contacta con la hoz. Sistema ventricular normal. AngioTAC-Cerebral: normal. Arteriografía-Cerebral-completa y Tronco-supraaórticos: Sin hallazgos patológicos. EcoDoppler de MMII: Normal.

Diagnóstico: hemorragia Cerebral Parieto-Occipital derecha. HTA. A la paciente se le instauró tratamiento con Amlodipino-5mg(1-0-1) y un diurético de asa.

Valoración sociofamiliar: mujer, ama de casa que tras su separación trabaja de peluquera con dos hijos a su cargo.

Valoración funcional: la paciente siempre ha estado activa e independiente con autonomía total. No asume la importancia del proceso vasculocerebral acaecido presentando escasa colaboración con mala adherencia al tratamiento hipotensor y continuando con el hábito tabáquico (“porque le relaja en su trabajo de peluquera y con la crianza de los hijos”). Además necesita el dinero para su subsistencia y la de ellos.

Plan individual actuación: la paciente está sometida a revisiones periódicas hospitalarias (Neurocirugía-Neurología) y en AP. Además desde su Plan individual de Atención establecido se le ofertó apoyo psicológico que ha rechazado repetidamente.

Conclusiones/aplicabilidad: Este proceso ha seguido una intervención conjunta siguiendo una línea de continuidad asistencial humanizada y centrada en la paciente, intentando involucrarla en la toma de decisiones lo que nos ha supuesto realizar consultas programadas y sincronizadas desde A. P. con el hospital y los servicios sociales para conseguir una mejora en los resultados de su salud y poderlo aplicar a otros procesos con esta perspectiva de Género.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

CC-26. MUJER DE 75 AÑOS CON SÍNDROME FEBRIL Y DEBILIDAD GENERALIZADA

J. Lanseros Tenllado⁽¹⁾, C. Hernández Quiles⁽¹⁾, R. García Serrano⁽¹⁾,
C. Jiménez de Juan⁽¹⁾, P. Díaz Jiménez⁽¹⁾, R. Gámez Mancera⁽¹⁾

⁽¹⁾Hospital Universitario Virgen del Rocío. Medicina Interna. Sevilla

CASO CLÍNICO

Mujer de 75 años, con antecedentes personales de ser hipertensa, bien controlada con un fármaco e hiperparatiroidismo primario en tratamiento con bifosfonatos. Cuadro de 2 meses de evolución de astenia intensa, debilidad generalizada, postración en cama con rigidez generalizada matutina. Cuadro febril de hasta 38.5°C, a diario, sin otra sintomatología asociada en la anamnesis por órganos y aparatos, salvo trastorno del estado de ánimo.

A la exploración febril, taquicardia sinusal a 110lpm, estabilidad hemodinámica. Neurológicamente sin focalidad, fuerza por grupos musculares conservada, destacando debilidad a nivel de cintura escapular y pelviana, con imposibilidad de mantener la postura en sedestación. Resto anodino.

Análíticamente elevación de los reactantes de fase aguda, PCR 250mg/dl, VSG 60mm/h, leucocitosis de 16000, anemia normocítica y normocrómica de 10g/dl. Rx de tórax sin hallazgos patológicos y hemocultivo extraído en urgencias negativo.

Nos planteamos el diagnóstico diferencial entre neoplasia oculta; origen infeccioso, zoonosis, foco piógeno oculto o endocarditis; o enfermedad sistémica, en primer lugar polimialgia reumática (PMR).

Se solicitan perfiles completos, serologías, batería de autoinmunidad, rastreo microbiológico con repetidos hemocultivos seriados, siendo todo negativo o sin hallazgos reseñables. Estudio de extensión para neoplasia oculta con TC de tórax-abdomen, endoscopias digestivas y RM de cráneo-columna, normales.

La PMR es una entidad prácticamente exclusiva de la edad adulta, teniendo el pico de incidencia entre los 70-80 años, más frecuente en mujeres. La presentación con afectación sistémica, aunque obliga a descartar otras entidades especialmente cuando se acompaña de cuadro febril de alto grado, no es infrecuente en la misma, y mejora tras tratamiento.

Por tanto, ante la alta sospecha de PMR, una vez descartadas el resto de entidades, se inicia tratamiento con prednisona 20mg/día, con respuesta inmediata del cuadro sistémico desapareciendo la fiebre y normalizándose los reactantes de fase aguda, además de recuperar movilidad por completo y mejorar el estado anímico. Alta hospitalaria tras una semana de tratamiento, manteniendo corticoides orales y estableciendo el diagnóstico de PMR con afectación sistémica.

CC-27. MUJER DE 49 AÑOS DE EDAD CON BULTOMA CERVICAL

N. Luquin Ciuró⁽¹⁾, R. Luquin Martínez⁽²⁾, L. Tomás Ortiz⁽²⁾, E. Ros Martínez⁽³⁾,
F. Ramirez Espín⁽⁴⁾, B. Guerrero Díaz⁽⁵⁾

⁽¹⁾*Servicio de Medicina Interna. Hospital Santa Lucía. Cartagena (Murcia).
Servicio Murciano de Salud (SMS)*

⁽²⁾*Centro de Salud Cartagena-Oeste. Cartagena (Murcia). SMS*

⁽³⁾*Unidad Docente Multidisciplinar del Área II y VIII (Cartagena-San Javier) del SMS*

⁽⁴⁾*Centro de Salud Vista Alegre (Murcia). SMS*

⁽⁵⁾*Centro de Salud Cartagena-Este. Cartagena (Murcia). SMS*

CASO CLÍNICO:

Ámbito: Atención Primaria(AP) y Hospitalaria.

Descripción: mujer de 49 años fumadora(30-paquetes/año) sin antecedentes patológicos que consulta por detectarse autoexplorándose, bultoma cervical desde hace tres semanas acompañándose de pérdida de peso(5-6Kg), nerviosismo e insomnio. Exploración-Física: destaca Exoftalmos en ojo derecho(signos de Graefe y Moebius: positivos) y nódulo cervical en lóbulo izquierdo tiroideo (LIT) con adenopatías cervicales bilaterales de mayor tamaño izquierdas.

Analítica: Sangre: TSH: menor de:0,010.T4L:3,52. ActPO:0. Eco-tiroidea: Dos nódulos hipoecoicos en LTI, uno mal definido(32x13mms) con calcificaciones y otro mejor definido sólido en polo inferior(12mms). Adenopatías laterocervicales bilaterales destacando una izquierda de 27x8mms.

PAAF-DIAGNÓSTICO: Nódulo tiroideo mayor: Carcinoma Papilar de Tiroides(CPT) poco diferenciado (variante insular) con abundante invasión vascular. pT3pN1b. Adenopatías metastásicas. Realizándose Tiroidectomía Total más vaciamiento cervical central y yugular bilateral. Posteriormente se realizó Dosis Ablativa con Iodo-131 y SPECT-TAC- Cervicotorácico: Ausencia de captación en restos glandulares cervicales y a nivel laterocervical con mínima captación en mediastino(Timo). Al tercer mes postintervención se detectó un nódulo(30mms-diámetro) en la región submandibular izquierda realizándose un revaciamiento yugular izquierdo de adenopatías cervicales que presentaban metástasis de CPT. Exoftalmos leve. Pasados otros 6 meses se realiza nuevo rastreo corporal total (RCT) sin depósitos patológicos locales ni a distancia. Pasados 3 meses, la paciente permanece asintomática con revisiones periódicas, continuando con tratamiento sustitutivo(levotiroxina).

Valoración-sociofamiliar: mujer trabajadora, casada y con dos hijos adolescentes.

Valoración-funcional: actualmente la paciente es activa e independiente(totalmente autónoma). Es consciente de su enfermedad y de las recidivas posibles de la misma. La paciente presenta una actitud colaboradora y positiva frente a su proceso, habiéndose reincorporado a sus actividades de la vida diaria previas al diagnóstico.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

Plan individual-actuación: la paciente está sometida a revisiones frecuentes hospitalarias(endocrinología) y en AP. Además desde su Plan individual de Atención establecido se le ofertó apoyo psicológico que ha rechazado sucesivamente.

Conclusiones/aplicabilidad: este proceso ha seguido una intervención conjunta siguiendo una línea asistencial continuada y humanizada involucrando a la paciente en la toma de decisiones lo que nos ha supuesto realizar consultas programadas y sincronizadas multidisciplinares centradas en la enferma para conseguir una mejora en los resultados de su salud lo que es aplicable a otros procesos de tal gravedad.

CC-28. TROMBO INTRAVENTRICULAR Y HEMATOMA SUBDURAL, ¿ANTICOAGULO?

P. Sorando Fernández⁽¹⁾, M. Ramirez Muñoz⁽¹⁾, L. Ramos Prada⁽¹⁾,
E. Hernández Centeno⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Cardiología. Hospital de Santa Marina. Bilbao. Vizcaya

CASO CLÍNICO

Varón de 88 años de edad, institucionalizado, no camina, se moviliza en silla de ruedas, come sólo. Sin deterioro cognitivo. No alergias medicamentosas, con antecedentes personales de HTA, DM tipo 2, claudicación intermitente, hematoma subdural secundario a TCE en enero 2018 realizándose trépano y evacuación del mismo. Recuperación completa. Seguía tratamiento con trifusal, pentoxifilina, pravastatina, tamsulosina, dutasterida, ramipril e hidroclorotiazida.

El paciente es derivado al servicio de urgencias por cuadro de dolor abdominal en hipogastrio, de 24 horas de evolución, continuo. No estreñimiento. No alteración del tránsito intestinal. En la exploración presenta TA: 158/93, FC: 80, Temperatura 35,9°C, SatO₂:89%. Se encuentra consciente, eupneico, bien hidratado y perfundido. La auscultación pulmonar presenta murmullo vesicular conservado. La auscultación cardiaca era rítmica sin soplos. La exploración abdominal mostraba un abdomen globuloso, blando y depresible, con dolor de manera generalizada a la palpación profunda. En miembros inferiores presentaba edema en zonas declives.

En EKG presentó un ritmo sinusal a 70lpm. Desaparición de onda R de V1-V3 (Onda Q de gran tamaño) con onda T negativas en todas precordiales.

En analítica presenta hemoglobina de 11,5g/dL y sodio 129mEQ/L. Resto de analítica, función renal, hepática y hematimetría normales. Se realizó TAC abdominal para descartar obstrucción y muestra: derrame pleural bilateral, anasarca. Dilatación de 4 cavidades cardiacas, con presencia de trombo apical en ventrículo izquierdo, con imagen de infarto crónico en región cara inferoseptal.

Con el diagnóstico de trombo intracavitario en ventrículo izquierdo e insuficiencia cardiaca ingresa en planta.

Se realiza ecocardiograma con resultado de cardiopatía isquémica en fase dilatada, disfunción VI severa. Necrosis septo-apical, trombo móvil intraventricular izquierdo, FOP, HTP moderada-severa e IM moderada.

Se realiza tratamiento con diuréticos de asa intravenoso con buena respuesta clínica y radiológica. Ante los hallazgos en TAC y ecocardiograma y a pesar del antecedente de hematoma subdural, se valora la situación del paciente y ante el alto riesgo trombótico se decidió anticoagular con rivaroxaban.

La evolución fue satisfactoria, mejorando progresivamente y permaneciendo en su situación basal.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

CC-29. LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN LA CRONICIDAD

I. Saura García⁽¹⁾, E. M. Fernández Quijada⁽¹⁾, M. Á. García Chicano⁽¹⁾,
L. Martínez Gálvez⁽¹⁾, J. Ramos González⁽²⁾, F. M. Parra Martínez⁽³⁾

⁽¹⁾Centro de Salud Vistalegre- La Flota. Murcia

⁽²⁾Centro de Salud La Unión. Murcia

⁽³⁾Centro de Salud Profesor Jesús Marín. Murcia

CASO CLÍNICO

Alfonso tiene 73 años, como antecedentes presenta hipertensión arterial, tabaquismo de 80 paquetes/ año con criterios de bronquitis crónica en tratamiento con broncodilatadores, cardiopatía isquémica crónica: IAM con ACTP primaria en descendente anterior(DA) en 2001. Coronariografía 2008 con DA difusamente enferma con reestenosis moderada de stent a nivel de DA media, coronaria derecha difusamente enferma sin lesiones severas y estenosis del 50% en tercio medio. Insuficiencia renal crónica. Amputación de ambos miembros inferiores supracondílea por isquemia. Aneurisma de aorta abdominal infrarrenal con trombosis mural. Dependiente parcial para las actividades básicas de la vida diaria, deambula en silla de ruedas, cognitivo adecuado a su edad.

Acude a urgencias por presentar lumbalgia de 3 días de evolución, sobre todo a la movilización, al incorporarse y sentarse, sin mejoría con analgesia. A la exploración presenta dolor a la palpación de musculatura paravertebral lumbar bilateral, no apofisalgia con limitación dolorosa de la lateralización y flexo-extensión. Se administra analgesia y tras mejoría clínica se decide alta con reajuste de medicación ante probable lumbalgia mecánica. Ante la persistencia de la sintomatología a pesar de la analgesia prescrita, vuelve a acudir a urgencias 5 días después. Refiere que el dolor actualmente es muy intenso y no tiene relación con la movilización, es constante. Además presenta dolor abdominal y deposiciones diarreicas. Ante los antecedentes de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal, se decide realizar TAC en el que se objetivan signos de ruptura inminente.

Se informa a la familia y al paciente de la situación y de forma consensuada, explicando la gravedad de la situación y de la cirugía se decide intervención quirúrgica urgente. En quirófano se objetivan signos de isquemia mesentérica aguda con necrosis intestinal. Se objetiva rotura de aneurisma intentándose tratamiento quirúrgico, pero el paciente fallece. Este caso nos hace ver la importancia de hacer un buen diagnóstico diferencial en pacientes pluripatológicos crónicos. Es importante evaluar cada síntoma teniendo en cuenta los antecedentes de cada paciente. En este caso, para llegar al diagnóstico de su síntoma que era la lumbalgia era importante tener en cuenta el aneurisma, ya que la clínica puede cursar como una lumbalgia refractaria a tratamiento.

CC-30. COLANGITIS SUBAGUDA EN ANCIANA PLURIPATOLÓGICA

J. A. López Díaz⁽¹⁾, E. Pérez Razquin⁽²⁾, M. Barbosa Cortes⁽³⁾, A. Hidalgo Berutich⁽³⁾,
M. Carrillo Rufete⁽⁴⁾

⁽¹⁾R4 MFYC. UGC El Molino. Huelva

⁽²⁾Médico de Familia EBAP. UGC El Torrejón. Huelva

⁽³⁾Médico de Familia EBAP, ⁽⁴⁾Enfermera EBAP. UGC Andévalo Occidental. Huelva

CASO CLÍNICO

Descripción:

Antecedentes personales: RAM a AAS, Intolerancia a Tramadol. HTA, Dislipemia. Fibrosis Pulmonar. Artrosis. Intervenido de apendicetomía, colecistectomía y cataratas. Dependencia ligera para ABVD, sin deterioro cognitivo.

Anamnesis: Solicitada valoración domiciliaria por epigastralgia de 7 días de evolución, que irradia a HCD sin fiebre, náuseas, ni vómitos. No diarrea ni productos en heces, con estreñimiento en contexto de Buprenorfina transdérmica y Morfina oral para artrosis, pese a Domperidona oral. Tras Metamizol im y EKG normal se deriva a Urgencias Hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: AEG, afectada por dolor, Eupneica, NC, No tiraje, BHYP, COC. 110/70, 78lpm, sat 96%. ACR normal. Abdomen: globuloso, blando y depresible, no masas no megalias, dolor en piso abdominal superior, sin defensa, Blumberg y Murphy negativo, no signos de irritación peritoneal.

EKG: RS a buena frecuencia, eje normal, no signos de isquemia aguda ni BAV. BQ: Crt 1.09, BrbT 2.57(D 1.95), LDH 378, AST 166, ALT 127, enzimas cardiacas normales. Rx S Abd: no hallazgos patológicos. TAC abdominal: vía biliar extrahepática prominente, pequeñas litiasis en tercio distal colédoco, ligero engrosamiento de pared de colédoco sugerente de colangitis.

Aerobilia con burbujas aislada en probable relación a incompetencia del esfínter de Oddi.

Diverticulosis en marco cólico. Rx tórax: imagen compatible con proceso infeccioso inflamatorio. Colangiogram: sin hallazgos patológicos

Orientación diagnóstica: síndrome febril de probable foco abdominal en relación con probable colangitis sin colelitiasis. Posible NAC.

Diagnóstico diferencial: patología infecciosa, inflamatoria o neoplásica de foco abdominal.

Comentario:

Tratamiento: analgesia y dieta absoluta con reintroducción progresiva de alimentos. Ertapenem y ciprofloxacino.

Evolución: mejoría sintomática. Leve síndrome confusional al reintroducir mórfo.

La persistencia de un dolor abdominal pone en la pista de un proceso agudo, por encima del hecho de que la exploración abdominal pueda ser normal., aún sin otra sintomatología acompañante. El uso de mórfo puede condicionar la salida de bilis y jugos pancreáticos por el esfínter de Oddi, pudiendo generar molestias locales.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida

Mérida (Badajoz)

BIBLIOGRAFÍA

GREENBERGER, N. J., PAUMGARTNER, G. Enfermedades de la vesícula biliar y las vías biliares. En: KASPER, D., FAUCI, A., HAUSER, S., LONGO, D., JAMESON, J. L., LOSCALZO, J. *Harrison. Principios de Medicina Interna*. 19e. 2002.

CC-31. FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTE CON S. SJÖGREN 1º

C. Maldonado Úbeda⁽¹⁾, F. J. Gamir Ruíz⁽¹⁾, M. L. Álvarez Moreno⁽¹⁾,
E. M. Sánchez Martín⁽¹⁾, P. Martínez Segura⁽²⁾

⁽¹⁾F.E.A. Medicina Interna. Hospital de Poniente. Almería

⁽²⁾MFyC Centro de Salud Aguadulce. Distrito Poniente. Almería

CASO CLÍNICO

Antecedentes: HTA. Dislipemia. Sobrepeso. Dolor torácico con ecocardio normal, y coronario normales. S. Sjögren primario con expresión glandular fundamentalmente, escasa afectación articular con tratamiento con metotrexate. Anemia de trastornos crónicos. Enfermedad Renal Crónica leve. Espondiloartrosis. Asma bronquial persistente moderada.

Paciente de 65 años, que consulta por dolor costal derecho pleurítico, sin fiebre pero con escalofríos, no tos, expectoración, disnea ni dolor torácico.

Exploración y pruebas complementarias: afebril. FC 110 lpm, SatO2 96% basal. BEG. Palidez cutánea. Rítmica. MV disminuido en base derecha. Abdomen: RHA conservados, sin megalias, ni peritonismo. Extremidades con edemas.

Rx de tórax: derrame pleural derecho.

- ECG inicial: RS a 70 lpm T negativa en DIII aplanada en aVF.
- Analítica: Urea 84 mg/dL. Creatinina 1,66 mg/dL. Bilirrubina 0,75 mg/dL. Transaminasas e iones normales. PCR 17,36 mg/dL. Leucocitos 11,7 x 10³/μL. Hemoglobina 7,5 g/dL. VCM 95,2 fL.
- Gasometría arterial: hipoxemia (pO₂ 65), resto normal.

Evolución: paciente ingresa inicialmente por derrame pleural atribuible a origen paraneumónico dada la buena respuesta a antibioterapia empírica, aunque sin poder descartar etiología inflamatoria tras la respuesta a colchicina. Durante su ingreso desarrolla cuadro de infección respiratoria nosocomial con evolución lenta aunque favorable con ATB empírico (Tazocel) y corticoides sistémicos. De forma intercurrente, presenta FA a 180 lpm, con criterios de anticoagulación, difícil control de FC iniciándose Flecainida.

Diagnóstico:

1. Fibrilación Auricular paroxística con BRIHH.
2. Derrame pleural derecho probablemente paraneumónico (buena evolución con Ceftriaxona) vs inflamatorio en contexto de Sd Sjögren,
3. Anemia normo-normo de trastornos crónicos, agudizada en rango transfusional.
4. Enfermedad renal crónica levemente agudizada.
5. Infección respiratoria nosocomial.

FRCV: HTA. Obesidad.

Conclusiones: difícil es el manejo del paciente crónico, pero más aún si éste cuenta con una edad joven, como es el caso de nuestra paciente, la cual además presenta una patología inmune de base que enmascara el diagnóstico de las nuevas patologías que puedan acontecer en ella.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

CC-32. COMPLEJIDAD EN EL MANEJO DEL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO DURANTE EL INGRESO

M. E. Aguirre Alastuey⁽¹⁾, R. Cabo Magadán⁽¹⁾, J. Llorente García⁽¹⁾,
D. Olivo Aguilar⁽¹⁾, V. Díaz Fernández⁽¹⁾, J. L. Menéndez Caro⁽¹⁾
⁽¹⁾Hospital Universitario San Agustín

CASO CLÍNICO

Varón de 63 años, independiente, vive con su mujer (cuidadora principal). Fumador activo, con antecedentes de dislipemia, hiperuricemia, obesidad. Miocardiopatía isquémica dilatada con disfunción sistólica moderada (FEVI 45%). Revascularización quirúrgica con triple bypass. Fibrilación auricular paroxística. Neoplasia laríngea intervenida, con estenosis glótica secundaria hace 7 años. EPOC con bronquiectasias y numerosas agudizaciones (GOLD D), SAHS grave. Sigue tratamiento con CPAP, aldocumar, AAS, bromuro de aclidinio, beclometasona/formoterol, torasemida, bisoprolol, nitratos, enalapril, alopurinol, atorvastatina, ezetimiba, omeprazol.

Ingresa por disnea y tos con expectoración blanquecina sin edema en miembros inferiores, atribuido a agudización de EPOC. Mientras recibe broncodilatadores a la espera de ingreso en planta comienza con dolor torácico opresivo y FA rápida, precisando aumento de diuréticos, antianginosos y antiarrítmicos. Presentó hipotensión secundaria y mareo como consecuencia del tratamiento. A los cuatro días del ingreso, comienza con fiebre de 38º, hipotensión y escalofríos, evidenciando foco de flebitis en vía periférica de muñeca, con hemocultivos positivos para *Staphylococcus aureus* meticilin sensible. Se inicia tratamiento antibiótico con cloxacilina, y se descarta mediante ecocardiografía la existencia de endocarditis. Coincidiendo con la fiebre y la hipotensión, se objetiva disminución del nivel de consciencia brusca y disfasia nominal severa, confirmando por RNM una lesión isquémica en territorio de ACM izquierda con transformación hemorrágica. En el estudio de carótidas se objetiva estenosis del 86% en carótida común derecha y del 92% en común izquierda. Ante estos hallazgos, se suspende medicación antiagregante y anticoagulante con aldocumar, sustituyéndose por heparinas de bajo peso molecular. Durante su estancia, y de manera progresiva, experimenta clara mejora neurológica y hemodinámica tras simplificación y ajuste de tratamiento.

Actualmente, continúa con vigilancia por equipo de Atención Primaria, que ha iniciado seguimiento e intensificado las medidas higiénico-dietéticas y farmacológicas propuestas, pendiente de intervencionismo sobre carótidas.

Presentamos un caso más de paciente pluripatológico complejo que presenta durante la hospitalización múltiples y graves complicaciones debido a sus enfermedades de base. Resulta fundamental la correcta identificación de sus problemas para un abordaje integral, minimizando en la medida de lo posible la iatrogenia asociada.

CC-33. LA IMPORTANCIA DE CONOCER A NUESTROS PACIENTES

C. Herrero Payo⁽¹⁾, N. Fernández Brufal⁽¹⁾, M. V. Javaloyes Martínez⁽¹⁾,
G. Cascales Guerrero⁽¹⁾, M. Soler Torres⁽¹⁾, L. Francés Vañó⁽¹⁾

⁽¹⁾*Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. CSI Santa Pola. Santa Pola (Alicante)*

CASO CLÍNICO

Mujer de 77 años. Antecedentes personales: No reacciones alérgicas medicamentosas. Hipertensa y dislipémica. Asma bronquial intrínseca. Enfermedad de Parkinson. Accidente isquémico transitorio. Diverticulosis colónica. Intervenciones quirúrgicas: apendicectomía, colecistectomía.

La paciente estando en su domicilio presenta dolor abdominal periumbilical brusco, náuseas y vómitos y mareo asociado. La cuidadora de la paciente avisa al 112 y el médico de guardia del centro de salud más cercano acude a valorar a la paciente. El médico valora a la paciente y al explorarle observa que tiene desviación de la comisura bucal, ante este hallazgo, activa el código ictus. La paciente es trasladada en ambulancia al hospital.

A su llegada al hospital es valorada por médico de guardia y se historia y explora a la paciente. Al ver los antecedentes, vemos que la paciente ha tenido un accidente isquémico transitorio hace cuatro años y tiene una desviación de la comisura bucal de forma residual, se desactiva código ictus. Nos centramos entonces en el cuadro abdominal, a la exploración, la paciente presenta dolor abdominal a la palpación en hemiabdomen inferior. Sin signos de irritación peritoneal. Sin masas ni megalias.

Se solicitan pruebas complementarias: En analítica sanguínea no se objetivan alteraciones en la función renal ni hepática y no hay elevación de reactantes de fase aguda. Sedimento de orina sin hallazgos. En la radiografía simple de abdomen se observa dilatación de asas de intestino delgado en pilas de moneda y en la radiografía de abdomen en bipedestación se objetivan niveles hidroaéreos. Se solicita un TAC abdominal en el que se aprecia dilatación de asas de intestino delgado observándose un cambio de calibre con morfología en “pico de pájaro” a nivel de fosa íliaca derecha, que sugiere obstrucción intestinal probablemente por hernia interna.

Se coloca sonda nasogástrica y se reevalúa en unas horas. A las horas refiere encontrarse mejor, ha realizado deposiciones abundantes. Se pinza sonda nasogástrica y se inicia tolerancia oral. Se progresa dieta y se retira sonda nasogástrica. Evolución favorable.

Conclusión: al inicio del cuadro se activó el código ictus ante la presencia de la desviación de la comisura bucal (sin conocer que era algo residual) y finalmente se diagnosticó de dolor abdominal con obstrucción intestinal.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

CC-34. MANEJO ENFERMEDAD HORTON

D. Ramírez Sánchez ⁽¹⁾, JA. López Díaz ⁽¹⁾, G. Castiñeiras Pardo ⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Molino de la Vega. Huelva

CASO CLÍNICO

Motivo consulta: pérdida de visión con fotofobia.

Anamnesis: antecedentes Personales: Mujer 68 años. Alergia a Tramadol. Diabetes Mellitus II, Hipercolesterolemia; Hipertensión arterial. Artritis seronegativa. Hipotiroidismo. Toma Eutirox, Ácido acetilsalicílico, Ácido alendrónico, Simvastatina. Metformina.

Enfermedad actual: acude al Centro de Salud por cefalea hem Craneal derecha, fotofobia, claudicación mandibular y pérdida de visión en ojo derecho de manera intermitente desde hace 2 semanas. Refiere bultoma a nivel región temporal derecha. No ha tenido fiebre.

Exploración: buen estado general. Sin focalidad neurológica. Engrosamiento de temporal derecha (paciente describe bultoma). Tensión arterial en 170/89 mm/Hg.

Plan de actuación: se deriva a urgencias hospitalarias. Interconsulta con oftalmólogo que detecta negativo el fondo de ojo. TAC craneo: Leucoaraiosis sin otros hallazgos. En analítica: VSG 98; PCR 100; Hemograma y bioquímica normales. Se decide ingreso en Neurología, en sospecha de arteritis de la temporal. En analítica de control, disminución de PCR a 30, manteniendo mismo valor VSG. Se inicia tratamiento con corticoides vía intravenosa, que posteriormente pasa a vía oral. Biopsia de arteria temporal derecha: Arteritis de la temporal. Diagnóstico diferencial con: Neuritis óptica; neuritis óptica isquémica arterítica; neuritis óptica isquémica no arterítica. Tras pauta de tratamiento con corticoides franca mejoría, a los 2 meses vuelve a consultar, asintomática.

Situación basal: Independiente para Actividades básicas vida diaria. No deterioro cognitivo. Nivel socio-cultural medio-bajo.

Conclusiones:

- Arteritis de temporal o Enfermedad de Horton es una enfermedad sistémica. En ella se afecta entre otras la arteria temporal superficial produciendo dolor en región preauricular. Etiología inmune. El diagnóstico se realiza por biopsia, complementando con analítica y respuesta al tratamiento (que se realiza con corticoides).
- Importante conocer la patología más prevalente en la tercera edad y los riesgos que supone el uso de corticoides a medio-largo plazo.
- Se debe atender a los signos clínicos para sospechar patología arterítica de la temporal. Como en Atención Primaria no se dispone de medios suficientes (pruebas complementarias), es clave una buena anamnesis a la hora de derivar a urgencias para estudio.

CC-35. RECUPERACIÓN FUNCIONAL EN PACIENTE COMPLEJO BASADA EN LA ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR

I. Poyato Ayuso⁽¹⁾, C. García Redecillas⁽¹⁾, M. J. García Gómez⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén.

CASO CLÍNICO

Paciente de 68 años con índice de Barthel de 100 y con antecedentes personales de miocardiopatía hipertrófica, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, hipertensión arterial, fibrilación auricular y esquizofrenia.

Ingresa por peritonitis generalizada por perforación de colon descendente y sigma por espina de pescado. Se realiza colostomía permanente y posteriormente pasa a la unidad de cuidados intensivos con estancia prolongada de más de dos meses, con necesidad de ventilación mecánica invasiva (VMI), nutrición parenteral y traqueostomía y adquiriendo como complicación shock séptico por neumonía asociada a VMI, síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA), miopatía del paciente crítico, úlcera por presión en zona sacra grado IV y desestabilización de su enfermedad psiquiátrica de base, además de déficit absorptivo con hipocalcemia, hipomagnesemia e hipernatremia con mioclonías secundarias. Posteriormente, pasa a planta de hospitalización de agudos de Medicina Interna. En la valoración inicial, índice de Barthel 15 y escala de Norton 12. Habiendo superado el episodio agudo y consiguiendo la estabilidad clínica, se traslada a la Unidad de hospitalización de larga estancia (pluripatológicos) donde continúa con cuidados sanitarios e inicia rehabilitación con buena evolución. El paciente presenta buen apoyo familiar y se decide alta a domicilio con Barthel

70. Se comunica el caso con la enfermera gestora de casos para permitir la coordinación con atención primaria. Continuó seguimiento en la consulta externa del paciente crónico y seis meses después es dado de alta con Barthel de 95 y somos informados de su próximo viaje a un balneario con su mujer.

Conclusiones: la hospitalización es un desencadenante reconocido en la aparición o en la progresión de deterioro funcional del paciente. El paso por la unidad de larga estancia es una alternativa para la recuperación del paciente complejo. La familia es el principal prestador de atención a la salud a las personas en situación de dependencia en el domicilio.

La importancia del trabajo en equipo en el cuidado de estos pacientes: familia, atención primaria, enfermera gestora de casos y medicina especializada en paciente crónico y pluripatológico es fundamental para su recuperación íntegra (médica, funcional y social).

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

CC-36. LA COMPOSTELANA COMO TRATAMIENTO DE LA DIABETES

A. Pérez Revuelta⁽¹⁾, A. Martín Moecuende, ⁽¹⁾ J. de Nicolás Jiménez⁽¹⁾,
M. Baliña Ben⁽²⁾, I. Bayon Cauto⁽³⁾

⁽¹⁾Centro Salud Zona Centro, Cáceres

⁽²⁾Centro de Salud Parla (Madrid)

⁽³⁾Centro de Salud Puerto Real Ribera del Muelle (Cádiz)

CASO CLÍNICO

Paciente de 62 años de edad, prejubilado de la construcción. HTA en tratamiento con Enalapril 10 mgr/día, y DM tipo 2 desde 10 años en tratamiento con Metoformina, 1000 cada 12 horas y Sitagliptina 50 mgr cada 12 horas, además de Insulina Lenta 40UI cada día, Dislipemia en tratamiento con Sinvastatina 10 mgr/día. Vida sedentaria, pasea 1 km aproximadamente todos los días para ir a recoger a sus nietos al colegio. IMC elevado (Obesidad tipo I).

Paciente crónico, pluripatológico, con buen control de la HTA, con AMPA en límite superior de la normalidad cada 3 meses, y último control de HbA1c de 7.8. Colesterol LDL menor de 100mg/dL.

Desde hace más de 5 años el paciente realiza el camino de Santiago durante 7-10 días, realizando aproximadamente 100 km, y cada día realiza una etapa de 10-20 km.

Durante su primer camino de Santiago, sufre varios episodios de hipoglucemia, debiendo reducir Insulina Lantusa a cantidades mínimas, tanto que debe suspenderla momentáneamente hasta finalizar el viaje.

En los siguientes viajes, prueba a eliminar la insulina y el tratamiento antidiabético oral, no superando glucemias en ayunas mayores de 110mg/dL, y postprandiales a las dos horas no mayores de 180 mg/dL.

Tras estos viajes el paciente suspende todo tratamiento antidiabético, así como tratamiento antihipertensivo, que vuelve a reiniciar tras el Camino.

Comentario: el caso de este paciente, que, aunque es individual y no puede extrapolarse a todos los pacientes, debe hacernos reflexionar sobre la importancia de las medidas higiénico dietéticas en el tratamiento no farmacológico de la diabetes. En todo algoritmo terapéutico, existe este escalón que en la práctica clínica habitual lo banalizamos. Damos por sentado que el paciente no aceptará nuestras recomendaciones y/o no las realizará, y no hacemos el esfuerzo necesario para obtener resultados. Tras observar la experiencia de nuestro paciente debemos darnos cuenta de la importancia de este escalón y cómo el ejercicio físico es un pilar fundamental del tratamiento no farmacológico. Debemos siempre hacer hincapié en estas medidas, aunque hayamos comenzado el tratamiento farmacológico, ya que va a mejorar sustancialmente la enfermedad de nuestro paciente, así como va a disminuir sustancialmente la toma de medicación.

CC-37. DESCOMPENSACIÓN DE DIABETES EN PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

D. López Oliva⁽¹⁾, A. Galera López⁽¹⁾, M. López Tornero⁽¹⁾, M. A. García Chicano⁽¹⁾,
E. M. Fernández Quijada⁽¹⁾, P. Pérez Martínez⁽²⁾

⁽¹⁾Centro de Salud Vistalegre-La Flota. Área de Salud VI. Murcia

⁽²⁾Centro de Salud Murcia centro-San Juan. Área de Salud VI. Murcia

CASO CLÍNICO

Ámbito: Atención primaria y hospitalaria.

Descripción: paciente de 91 años con antecedentes de diabetes tipo 2, hipertensión arterial, depresión y neoplasia de colon.

Acude a consulta con cifras de glucemia de 400 mg/dl. Asintomática, salvo dolor costal que achacaba a una caída accidental. Reajustamos el tratamiento insulínico.

Posteriormente comienza con febrícula y cifras glucémicas de 350 mg/dl, acude a urgencias, que ante un sedimento de orina patológico, pautan cefuroxima.

Ante la persistencia del dolor costal, solicitamos radiografía de tórax, mostrando un aumento de radiodensidad en lóbulo superior con derrame pleural, diagnosticándose de bronconeumonía. Rechaza el ingreso, por lo que iniciamos tratamiento domiciliario con levofloxacino.

Desde entonces se encuentra asintomática con mejoría del control de las glucemias aunque persisten elevadas. En radiografía de control aparece una nueva consolidación, por lo que completamos estudio con TAC, hallando consolidaciones bilaterales, que ante la ausencia de clínica respiratoria y la tórpida evolución, sugieren una neumonía organizada criptogenética. Se realiza interconsulta con neumología, que tras biopsia transbronquial confirma el diagnóstico, prescribiéndose pauta descendente de prednisona hasta nueva revisión. Desde entonces y tras reajuste de tratamiento insulínico, presenta mejores controles glucémicos y resolución de los infiltrados en la radiografía de control.

Conclusiones/aplicabilidad: la neumonía organizada criptogenética es una enfermedad pulmonar intersticial idiopática, subaguda, que cursa con tos, disnea progresiva y en ocasiones fiebre, confundiendo inicialmente con una bronconeumonía y tratándose por ello como tal. La radiografía de tórax suele mostrar consolidaciones migratorias y recidivantes. La tomografía de tórax de alta resolución apoya el diagnóstico y la biopsia lo confirma. El diagnóstico diferencial se realiza con carcinoma alveolar, linfoma, sarcoidosis, vasculitis e infecciones.

Se trata mediante glucocorticoides a dosis inicial 0,5 – 1 mg/kg, y posteriormente dosis descendente, durante mínimo 6 meses.

El interés de este caso clínico radica en la descompensación de las glucemias de una paciente crónica compleja, que en un principio se achacó a diversas infecciones y que tras radiografía de tórax debida a unas molestias torácicas postraumáticas se descubrió este proceso, que tras tratamiento corticoideo solventó la descompensación glucémica y el proceso neumónico.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

CC-38. OMALGIA SUBAGUDA

J. A. López Díaz⁽¹⁾, E. Pérez Razquin⁽²⁾, M. Barbosa Cortes⁽³⁾, A. Hidalgo Berutich⁽³⁾,
M. Carrillo Rufete⁽³⁾

⁽¹⁾R4 MFYC. UGC El Molino. Huelva

⁽²⁾Médico de Familia EBAP. UGC El Torrejón. Huelva

⁽³⁾Médico de Familia EBAP. UGC Andévalo Occidental. Huelva

CASO CLÍNICO

Descripción:

Antecedentes personales: No RAM, DM2, fumador

Anamnesis: Varón de 55 años con calcificación de manguito de los rotadores en hombro derecho, que acude en numerosas ocasiones a consulta de atención primaria, tanto programada como de urgencia, por cuadro subagudo de omalgia mecánica sin fiebre ni traumatismo previo, con infiltración local hace unos días. Ante persistencia clínica pese a mórfico y pregabalina, e inicio de fiebre, se deriva a Urgencias Hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: dolor a palpación local, abd-adducción de hombro derecho, con movilidad limitada por dolor, con hombro caliente, inflamado y enrojecido.

Hg: L 10240(n80% Neutrófilos). PCR: 427. TAC hombro derecho: imágenes compatibles con origen infeccioso-inflamatorio del cuadro. Cultivo de exudado purulento: SAMS. RMN: hallazgos compatibles con artritis séptica y abscesos musculares, no signos de osteomielitis
Orientación diagnóstica:

Artritis séptica glenohumeral y acrioclavicular, y abscesos intramusculares deltoideo, bicipital e infraespinoso derecho.

Comentario: tratamiento: antibioterapia de amplio espectro (ceftazidima, vancomicina, cloxacilina y rifampicina): limpieza quirúrgica de zona

Evolución: dolorido durante el proceso, ha precisado de antibioterapia de amplio espectro, y control por COT e INF, y opiáceos para control analgésico.

BIBLIOGRAFÍA

MADOFF, L. C. Artritis infecciosas. En: KASPER, D., FAUCI, A., HAUSER, S., LONGO, D., JAMESON, J. L., LOSCALZO, J. Harrison. *Principios de Medicina Interna*. 19e. 2002.

CC-39. GEODISMO URÉMICO

A. Pérez Revuelta⁽¹⁾, A. Martín Moecuende⁽¹⁾, J. de Nicolás Jiménez⁽¹⁾,
M. Baliña Ben⁽²⁾, I. Bayon Cauto⁽³⁾

⁽¹⁾Centro Salud Zona Centro, Cáceres

⁽²⁾Centro de Salud Parla Centro

⁽³⁾Centro de Salud Puerto Real Ribera del Muelle

CASO CLÍNICO

Paciente de 71 años de edad, que acude a la consulta con molestia en 1º dedo del pie Derecho.

Antecedentes: no AMC, bebedor y fumador habitual, HTA, Artritis gotosa de más de 30 años, que ha rechazado tratamiento preventivo por malestar general (alopurinol y colchicina) y debilidad generalizada (Febuxostat).

Exploración y pruebas complementarias: tofos en manos, pies codos. Se observa herida en zona lateral del 1º MTF con pérdida de sustancia, eritematoso, con exudado seropurulento. RX PIE: Se observa osteopenia generalizada, con pérdida ósea en 1º MTF con geoda.

Analítica: Urato 9 mg/dL, resto no significativos

Diagnóstico: gota tofacea piliarticular moderada, sin tratamiento con repercusión articular.

Evolución: tras realizar curas diarias de la herida, pautar tratamiento antibiótico, y realizar entrevista motivacional, para iniciar tratamiento con Benzbromarona por parte de Reumatología, además de recomendar e intensificar la idea de la abstinencia absoluta de alcohol.

Comentario: la artritis gotosa es frecuente en el ámbito de la AP, debe ser tratado si hay clínica y signos compatibles, con tratamiento farmacológico, además de comenzar una dieta adecuada.

Nuestro paciente en un principio no quería tratamiento preventivo ninguno y no aceptaba las recomendaciones dietéticas como el abandono alcohólico. Tras la aparición de ulcera y preocupación del paciente hacemos hincapié de la necesidad de tratar la enfermedad con tratamiento preventivo y de implementar medidas dietéticas. Comentando el caso con reumatólogo de referencia, se pauta tratamiento preventivo con Benzbromarona, indicado para la Gota moderada-grave.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

CC-40. VARÓN DE 57 AÑOS DE EDAD CON SÍNDROME METABÓLICO E INSTAURACIÓN DE UN ICTUS

N. Luquin Ciuró⁽¹⁾, R. Luquin Martínez⁽²⁾, L. Tomás Ortiz⁽²⁾, JE. Gómez Hernández⁽³⁾, E. Ros Martínez⁽⁴⁾, A. Piñana López⁽⁴⁾

⁽¹⁾*Servicio de Medicina Interna. Hospital Santa Lucía. Cartagena (Murcia). Servicio Murciano de Salud (SMS)*

⁽²⁾*Centro de Salud Cartagena-Oeste. Cartagena (Murcia). SMS*

⁽³⁾*Centro de Salud Barrio del Carmen (Murcia). SMS*

⁽⁴⁾*Unidad Docente Multidisciplinar del Área II y VIII (Cartagena-San Javier) del SMS*

CASO CLÍNICO

Ámbito-del-caso: Atención Primaria(AP) y Hospitalaria.

Descripción: varón con Antecedentes Personales: Fumador(30paquetes/año); Hernia de Hiato(2003); Síndrome Metabólico(2007)(HTA-Esencial; Diabetes-Mellitus-Tipo-II en tratamiento con antidiabéticos- orales(ADOs); Hipercolesterolemia Familiar heterocigótica e Hipertrigliceridemia); Síndrome Ansioso-depresivo(2007) y Desprendimiento de retina derecha Retgmatogeno(2016) que consulta por presentar bruscamente mareo con dificultad del habla de 15-20min. de duración que le lleva a urgencias Extra/Intrahospitalaria.

Exploración y pruebas complementarias: constantes clínicas normales. Vida independiente. Perímetro-Abdominal:110cms-IMC:27. Resto Exploración Física y Neurológica: Sin hallazgos patológicos. Escala NIHSS: 0.

Análítica: Sangre: Bioquímica con autoinmunidad y serología normales excepto: glucoemia:155mg%. En el TAC-Cerebral: Sin cambios de tipo agudo. EcoDoppler-troncos-supraaórticos: Ateromatosis carotídea leve bilateral que no condiciona estenosis ni alteraciones hemodinámicas significativas del flujo. Ecocardiografía Trans-esofágica: Pequeña masa esférica(1x1x0,6cm) dependiente de parte anterior del miocardio en zona del tracto de salida de ventrículo izquierdo(TSVI) a 0,5cm del plano valvular. EEG, ECG-monitorizado, Coronariografía y Espirometría: Sin hallazgos patológicos. RNM-Cerebral: Lesión isquémica aguda subcortical parietal izquierda. NYHA: Clase-I.

Diagnóstico: Ictus de Arteria Cerebral Media izquierda de origen cardioembólico. Masa móvil intracardiaca sin filiar. Tras explicarle al paciente el procedimiento a seguir y con su consentimiento informado se somete a Cirugía Cardiovascular: Tras esternotomía media y Aortotomía, en TSVI se reseca una masa de 1cm de aspecto gelatinoso anclada a 1cm del nadir del velo coronario derecho, incluyendo varios mms. de porción muscular con cierre esternal, resto por planos. Ecocardiograma- postoperatorio: Sin hallazgos patológicos. El paciente se recupera encontrándose con buen estado general y estando asintomático. Diagnóstico anatomopatológico: Mixoma.

Valoración sociofamiliar: trabajador mecánico, casado y con dos hijos mayores.

Valoración funcional: actualmente el paciente está con autonomía total. Es consciente de su proceso presentando una actitud colaboradora y positiva frente al mismo, habiéndose reincorporado a sus actividades de la vida diaria tras coincidencia con su prejubilación.

Plan individual actuación: actualmente está sometido a revisiones por Cardiología y AP, con un plan individual de Atención con control y tratamiento estricto de sus factores de riesgo cardiovasculares y apoyo psicológico.

Conclusiones/aplicabilidad: este proceso ha seguido una intervención siguiendo una línea asistencial humanizada involucrando al paciente en las decisiones.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

CC-41. SÍNDROME CONFUSIONAL MULTIFACTORIAL CON HIPOGLUCEMIAS DE REPETICIÓN

J. A. López Díaz⁽¹⁾, E. Pérez Razquin⁽²⁾, M. Barbosa Cortes⁽³⁾, A. Hidalgo Berutich⁽³⁾, M. Carrillo Rufete⁽⁴⁾

⁽¹⁾R4 MFYC. UGC El Molino. Huelva

⁽²⁾Médico Familia EBAP. UGC El Torrejon, Huelva

⁽³⁾Médico Familia EBAP, ⁽⁴⁾Enfermera EBAP. UGC Andévalo Occidental. Huelva

CASO CLÍNICO

Antecedentes personales: No RAM, DM2, HTA, DLP, Obesidad, Osteoporosis, Incontinencia Urinaria, Ingreso previo por Perforación Vesical extraperitoneal en cúpula con colección en músculo recto anterior abdominal izquierdo, divertículos vesicales y cistitis.

Anamnesis: Se avisa médico de Familia por cuadro neurológico con movimientos espasmódicos de miembros superiores y disartria en contexto hipoglucemia grave, que responde a glucagón im. Tras nuevos episodios de hipoglucemias, se traslada a Urgencias Hospitalarias, quedando ingresada al asociar cuadro confusional.

Exploración y pruebas complementarias: AEG, BHyP, Eupneica, NC, No tiraje, afebril, 111/50, 88lpm, sat 97%, glu 119, Glasgow15/15, desorientada temporoespacialmente, bradipsiquia, pppc normales, F y S normal, RCP bilateral flexor, ACR normal, Abd normal, EEII normal.

EKG: RS 90lpm, PR normal, no signos de isquemia aguda ni BAV. GSV normal. HG: L 20000(N15000, N en banda 8%), HB 8.6, VCM y HCM normal. EC normal. Orina: prots 200, leucos 75, piuria. BQ: glu 144, PCR 144. Rx tórax AP: no hallazgos significativos. TAC craneal: no hallazgos patológicos agudos. ECO Abdominal: colección abscesificada en pared abdominal de 160x36mms. TC Abdominal: colección pared abdominal de menor tamaño al previo.

Orientación diagnóstica: cuadro confusional, leucocitosis y elevación de PCR en paciente con hipoglucemias sintomáticas de repetición y absceso pared abdominal 2º a perforación vesical previa.

Comentario: tratamiento: transfusión de CH, control glucémico y antibiótico. Evolución: al alta asintomática.

El mal control glucémico es una constante en ancianos. Esto aumenta el riesgo de infecciones, que pueden dar lugar a cuadros confusionales e hipoglucemias graves si no se trata adecuadamente el foco de infección. Esto no implica una intensificación del tratamiento antidiabético, que pudiera derivar en hipoglucemia primaria, igualmente peligrosa.

BIBLIOGRAFÍA

CRYER, P. E., DAVIS, N. D. Hipoglucemia. En: KASPER, D., FAUCI, A., HAUSER, S., LONGO, D., JAMESON, J. L., Loscalzo J. *Harrison. Principios de Medicina Interna*. 19e. 2002.

CC-42. COMPLICACIONES PERIOPERATORIAS EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

M. E. Aguirre Alastuey⁽¹⁾, R. Cabo Magadán⁽¹⁾, P. Dios Díez⁽²⁾,
J. J. Garrido Sánchez⁽¹⁾, J. Llorente García⁽¹⁾

⁽¹⁾Hospital Universitario San Agustín.

⁽²⁾Complejo Asistencial Universitario de León.

CASO CLÍNICO

Antecedentes personales: mujer de 68 años, PDABVD, sin deterioro cognitivo. Como antecedentes, alérgica a sulfamidas, tetraciclinas y quinolonas (sin realizar pruebas de provocación). Ex bebedora desde hace 14 años de 5-6 UBE/día. Diabética. Obesa. Cirrosis enólica con carcinoma hepatocelular, realizada ablación hace 1 mes. Infecciones urinarias de repetición. La paciente recibía tratamiento con IBP, insulino terapia, antidiabéticos orales, furosemida, ursobilane, espironolactona, paracetamol, pregabalina, antidepresivos, ansiolíticos y antibioterapia en el momento del ingreso por ITU.

Enfermedad actual: ingresa en Traumatología por fractura de cadera y húmero izquierdos tras caída al levantarse, sin pérdida de conocimiento. En los meses previos, tendencia a la somnolencia diurna, atribuido a hipoglucemias y medicación. Se realiza osteosíntesis a la semana del ingreso, presentando ya en ese momento importante deterioro funcional por encamamiento, hiporexia, y mal control glucémico. En el postoperatorio y en relación a ileo postintervención, presenta somnolencia intensa progresiva con hiperamonemia y deterioro de la función renal. Sondada desde la cirugía para control de diuresis. A los dos días asocia fiebre, con urocultivo positivo para *Escherichia coli* sensible a quinolonas y resistente a betalactámicos. Tras la finalización del tratamiento antibiótico, presenta diarrea líquida sin productos patológicos con toxina de *Clostridium difficile* negativa. Debido a las complicaciones previas, la paciente permanece ingresada 3 semanas, sin tolerar la sedestación, con importantes datos clínicos y analíticos de malnutrición proteica y deterioro funcional, y presentando a nivel sacro una úlcera por presión. Intervención

Tras suspender fármacos nefrotóxicos y depresores del SNC, se introducen laxantes para resolución de su encefalopatía y se transfunden concentrados de hemáties. Se retira la sonda vesical y se administra antibioterapia empírica de amplio espectro, sin poder realizar simplificación de tratamiento por alergia, recomendando estudios de sensibilidad al alta. Se simplifica tratamiento insulínico al alta, para su correcta administración. Se solicita valoración por Rehabilitación para recuperación funcional, y medidas para evitar progresión de UPP. Al alta hospitalaria, se realizó seguimiento por equipo de Atención Primaria, evidenciando mejora en su grado de dependencia y buena tolerancia a la simplificación de tratamiento.

Conclusiones: las comorbilidades presentes en los pacientes pluripatológicos confieren mayor facilidad para presentar complicaciones durante la hospitalización. Identificar y prevenir dichas complicaciones, así como evitar la iatrogenia, es fundamental para garantizar la recuperación clínica y funcional del paciente.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

CC-43. CADA DÍA SE HACE MÁS FÁCIL. PERO HA DE HACERSE TODOS LOS DÍAS. ESA ES LA PARTE DIFÍCIL

A. Muñoz Anadón⁽¹⁾, M. Marco Brualla⁽¹⁾, M. Escorihuela Gimeno⁽¹⁾,
M. Pastor Sanz⁽²⁾, S. Rodrigálvarez de Val⁽¹⁾, L. A. Gimeno Feliú⁽²⁾

⁽¹⁾Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, ⁽²⁾Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Pablo. Zaragoza.

CASO CLÍNICO

Félix, de 60 años, es natural de Cuba. Reside en España desde hace 27. Trabajaba como vigilante de seguridad. Tiene una incapacidad que le permite cobrar una pensión. Vive solo. Es activo e independiente para ABVD. Pasea diariamente a sus perros. Sin hábitos tóxicos. Alimentación variada y sin excesos, reconoce transgresiones dietéticas en el pasado. Mide 1'78m y pesa 71kg (IMC 22'4).

Diabético de larga evolución (diagnóstico: 1996, insulino dependiente: 2006). Con discreta polineuropatía sensitivo-motora generalizada (ENG en 2010) y enfermedad renal crónica estadio 2 en última analítica (09/2018). Sin retinopatía diabética (última funduscopía 2017) Hipertenso, en tratamiento con Irbesartan 300mg, con un buen control de su TA. En 2008 sufrió un ictus isquémico de probable etiología lacunar y le pautaron Clopidogrel 75mg (1-0-0).

En 2009 se le realizaron serologías con resultado VIH+. Se inició tratamiento con triple terapia (ABC, 3TC, NUP) que se modificó a Ritonavir 100mg+Darunavir 700mg. Ha presentado cargas virales indetectables en los últimos 4 años y CD4 entre 400 y 600. Es seguido cada seis meses en Enfermedades Infecciosas.

Toma ansiolíticos y antidepresivos, por un trastorno adaptativo reactivo.

Con respecto al control de su glucemia, siempre ha sido errático. Decía no querer obsesionarse con las cifras de azúcar. En 08/2018 presentaba HbA1c de 10, con creatinina de 1'73, sin microalbuminuria. Se le pidió que registrase sus glucemias en distintos momentos del día y se vio que eran inestables. Se administraba insulina con mezcla de Lispro y NPL al 50%, 12-20-10UI y Metformina 850mg (1-0'5-1). Se incidió en la importancia de la dieta y el ejercicio. Se cambió la insulina a Lantus 30-0-0 con pauta correctora rápida según cifras. Por intolerancia digestiva se sustituyó metformina por sitagliptina. Se ha conseguido reducir el número de hipoglucemias y mejorar su control metabólico (HbAc1=7'5).

Es preciso evitar excesos o defectos en el manejo farmacológico de la cronicidad. Es vital una buena comunicación entre niveles asistenciales. No obstante, de poco servirá todo esto sin la implicación del enfermo. Creemos que gran parte de la mejoría se debió a un cambio de actitud de Félix ante su padecimiento. Continuará.

CC-44. ¿HASTA DÓNDE SE DEBE LLEGAR EN EL PACIENTE ANCIANO?

R. Cabo Magadán⁽¹⁾, R. García Noriega⁽¹⁾, S. Santos Seoane⁽¹⁾, J. Llorente García⁽¹⁾,
V. Díaz Fernández⁽¹⁾, E. Aguirre Alastuey⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina Interna. Hospital Universitario San Agustín (Avilés)

CASO CLÍNICO

Varón de 88 años sin deterioro cognitivo e independiente con los siguientes antecedentes personales: FA (anticoagulación con apixabán suspendido temporalmente por epistaxis), ERC (FG 30-35), estenosis aórtica severa con insuficiencia leve, insuficiencia mitral y tricúspide severas e hipertensión arterial pulmonar (contraindicación para cirugía y para TAVI). Ingreso reciente en Medicina Interna por nuevo episodio de descompensación de insuficiencia cardiaca (con dificultad para el manejo por hipotensión y reagudización de su insuficiencia renal) y anemia ferropénica. Se realizó TC tóracoabdominal que no reveló hallazgos de interés y una colonoscopia en la que se objetivaron angiodisplasias sin signos de sangrado y que se trataron con Argón.

Actualmente consulta porque lleva dos días con mareo y vómitos constatándose hipotensión por su médico de cabecera. No presenta clínica de insuficiencia cardiaca ni otra sintomatología. La exploración abdominal es normal. Se instaura dieta absoluta con sueroterapia iniciándose tolerancia en las primeras 24 horas del ingreso sin incidencias. No obstante, en analítica de control, se determina una hemoglobina (Hb) de 6,2 g/dL (previa 7,9) sin visualización de sangrado externo. Se transfunden dos concentrados de hematíes y se pauta hierro intravenoso. La Hb alcanza un valor máximo de 7,6 por lo que se transfunden otros dos concentrados. A pesar de ello, la Hb no se mantenía en valores óptimos. Dadas las características del paciente, nos planteamos si realizar más pruebas o pedir valoración por otros especialistas (Nefrología por si podría beneficiarse de EPO y/o Hematología para descartar otras causas de anemia). Finalmente se realizó una gastroscopia que solo visualizó gastritis crónica. Analíticamente no presentaba otros déficits ni datos de hemólisis ni mielodisplasias en el frotis de sangre periférica. Durante toda su estancia se mantuvo con la ferroterapia intravenosa y se alcanza una Hb de 9,8 g/dL. Dada la edad, la comorbilidad y la fragilidad del paciente, se decide no ampliar más el estudio y es dado de alta hospitalaria. Valorando riesgo-beneficio, se mantiene sin anticoagulación oral por el momento. Se realizará seguimiento clínico y analítico ambulatorio y se procederá a tratamiento de soporte si precisa en el Hospital de Día.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

CC-46. CUANDO NOS PLANTEAMOS... ¿QUÉ NO HACER?

I. Saura García⁽¹⁾, M. Á. García Chicano⁽¹⁾, E. M. Fernández Quijada⁽¹⁾,
L. Martínez Gálvez⁽¹⁾, F. M. Parra Martínez⁽²⁾, J. Ramos González⁽³⁾

⁽¹⁾Centro de Salud Vistalegre-La Flota. Murcia

⁽²⁾Centro de Salud Profesor Jesús Marín. Murcia

⁽³⁾Centro de Salud La Unión. Murcia.

CASO CLÍNICO

Emilio tiene 90 años, como antecedentes presenta Diabetes Mellitus tipo 2 insulinodependiente, hipertensión arterial, enfermedad renal crónica estadio 5 (en programa de hemodiálisis 3 días a la semana), retinopatía diabética, polineuropatía crónica, fibrilación auricular paroxística no anticoagulada, fractura pertrocantérea cadera izquierda. Probable ictus lacunar arteria cerebral media derecha en 2017. Presenta deterioro cognitivo moderado- severo, necesita ayuda para todas las actividades básicas de la vida diaria, inmovilizado en casa. Es remitido a urgencias hospitalarias tras ser valorado por Servicio de Urgencias de Atención Primaria en domicilio tras episodio de atragantamiento con la comida.

A su llegada a urgencias presenta saturación de 89% con oxigenoterapia al 35%. Auscultación pulmonar con disminución global del murmullo vesicular. Resto normal. Analítica: creatinina 2.32 mg/ dl, PH 7.32, pCO2 55, HCO3 26.4, lactato 3.2, resto normal. Radiografía de tórax: bronconeumonía bilateral.

Se trata por tanto de una bronconeumonía bilateral probablemente secundaria a episodios de broncoaspiración.

En urgencias se inicia medicación con oxigenoterapia, nebulizaciones y dosis de antibioterapia con clindamicina, tras estabilización se decide ingreso en planta.

Durante su ingreso en planta se mantiene el tratamiento con oxigenoterapia, nebulizaciones, sueroterapia y antibioterapia. Se le sigue realizando la hemodiálisis. Su familia lo encuentra muy agitado, completamente desorientado, precisando medicación para la agitación.

Acude la familia a nuestra consulta de primaria para comentarnos que dada la situación, ven que quizás se están realizando medidas demasiado invasivas con Emilio, lo ven sufrir y no querían verlo en esa situación, preferirían que estuviera en casa con ellos. Hablamos de las opciones terapéuticas y de la posibilidad de cuidados paliativos domiciliarios con nuestro apoyo en domicilio. Emilio fallece esa misma tarde muy agitado según nos informan posteriormente.

Este caso nos hace pensar que en pacientes mayores, pluripatológicos, con mala calidad de vida a veces se tiende a realizar tratamientos intensivos e incluso invasivos sin tener en cuenta la opinión de los familiares, cuando en muchos casos el desenlace final que se prevé es el fallecimiento dada la gran fragilidad que presentan. Llegamos tarde con los cuidados y medidas paliativas que darían confort a los pacientes y familiares.

CC-47. “POR FAVOR, QUÍTEME ESTA ANGUSTIA”: A PROPÓSITO DE UNA PACIENTE CON NECESIDADES COMPLEJAS

M. Marco Brualla ⁽¹⁾, M. Escorihuela Gimeno ⁽¹⁾, A. Muñoz Anadón ⁽¹⁾,
A. N. Aranda Alonso ⁽²⁾, Y. Mota Train ⁽³⁾, H. Salanova Serrablo ⁽¹⁾

⁽¹⁾Médico Residente en Medicina de Familia y Comunitaria, ⁽³⁾Médico Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud San Pablo. Zaragoza

⁽²⁾Médico Residente en Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

CASO CLÍNICO

Pilar, 85 años, son múltiples sus patologías crónicas que determinan su situación de pluripatológica y polimedicada: hipertensa, dislipémica, degeneración macular e ictus hace diez años que la dejó parcialmente hemiparética. Pese a precisar ayuda para realizar la mayor parte de las actividades básicas de su vida diaria, quiere vivir sola, con la continua ayuda de sus familiares.

Desde hace 1 año acude asiduamente a la consulta por “un dolor de huesos”, que son achacados a su artrosis, osteopenia y una personalidad con rasgos histriónicos y distímicos que le han acompañado desde siempre. Responden al 1er escalón terapéutico de la OMS, y al cariño de su familia.

Desde hace 2 semanas, el dolor ha aumentado y asocia cefalea que parece focalizar en sien derecha.

En analítica de sangre destaca elevación de VSG. Se realiza una interconsulta preferente a reumatología de área. El cuadro empeora diariamente: se inicia tratamiento con dosis altas de prednisona debido a la angustia del paciente y familiares. Cuando acude a reumatología, la VSG ha disminuido considerablemente y se encuentra mucho mejor. Ante la sospecha diagnóstica se inicia Metotrexato SC/ 7 días.

Al mes, avisan de urgencia por un cuadro sincopal de con pérdida de control de esfínteres y movimientos clónicos. Permanece ingresada en el hospital 2 meses.

Tras varios estudios, se diagnostica de episodio convulsivo precipitado o acompañado de una posible toxicidad por metotrexato, entre otras. Regresa a su domicilio, completamente encamada. Deprimida y dependiente, fallece 5 meses después.

El miedo de las personas al sufrimiento de la enfermedad, y la medicina defensiva del personal sanitario ante el riesgo de poder equivocarse, impiden controlar, y retroalimentan, la epidemia de sobrediagnóstico y sobretratamiento que existe en nuestra sociedad.

Esto obliga al reencuentro con la autonomía del paciente, el sentido común, y el fortalecimiento de las redes que tejen la atención a estos pacientes con necesidades complejas, principalmente vulnerables a cualquier sobreactuación.

No solo se ha de buscar la “supervivencia prolongada”, sino promover y facilitar una vida digna.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

CC-48. ¿TRATAR O ASISTIR EN EL FINAL DE LA VIDA?

I. Candela García⁽¹⁾, N. Fernández Brufal⁽¹⁾, M. C. Martínez Vergara⁽¹⁾

I. P. Jiménez Selles⁽²⁾, C. Herrero Payo⁽³⁾, M. Soler Torres⁽²⁾

⁽¹⁾Medicina Familiar y Comunitaria, ⁽²⁾Residente . CSI Santa Pola. Santa Pola
(Alicante)

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta: se acude a domicilio tras solicitud por parte de la familia, por disnea en paciente crónico encamado diagnosticado de Alzheimer de 10 años de evolución

Historia clínica:

AP: Cardiopatía isquémica, Insuficiencia Renal, DM , Enfermedad Alzheimer

Anamnesis: Mujer de 90 a que solicita por parte de familiares ser valorada en domicilio por haber empezado con respiración diferente a lo habitual, como ronquidos.

Neurológico: Consciente, desorientada, desconexión con el medio , similar a visitas previas

Cardiológico : Sin nuevos hallazgos

Respiratorio: ACP , roncus aislados . Estertores agónicos Locomotor: Encamada, inmovilizada desde hace 10 años.

Enfoque familiar: hija trabaja todo el día como peluquera

Familia nuclear , hijos y nietos comen en domicilio

Cuidador principal , yerno que no trabaja y su función como cuidador la desempeña las 24h
DESARROLLO

Paciente encamada que presenta dicha situación desde hace diez años, sin posibilidad de comunicación ni movilidad, incontinencia urinaria y demencia avanzada . Los familiares solicitan domicilio por cambios en el patrón respiratorio

Se acude a domicilio donde una vez objetivada la situación en el final de la vida , se informa a los familiares sobre las diferentes opciones y posibilidad de sedación.

La familia presenta diferentes opiniones, la hija decide sedación cuando precise, pero el yerno y cuidador principal considera que hay que extremar tratamientos cuanto sea posible puesto que no acepta la posibilidad de exitus

Evolución: se plantea por parte del facultativo una reunión familiar y una toma de decisiones a final de la vida, quedando pendiente una decisión.

Se refleja en la historia del paciente la situación familiar ante el inminente desenlace y la falta de una decisión por parte de la familia

Conclusiones: es importante ver la atención al final de la vida como un acto médico más Es necesario informar y acoger a familiares en el momento final de la vida

El ensañamiento terapéutico vs un acompañamiento es un tema controvertido que sigue generando dudas tanto en familiares como en facultativos

CC-49. DIABETES MAL CONTROLADA FINAL TRISTE

R. Aguilar Hernández⁽¹⁾, M. C. Aparicio Egea⁽¹⁾, M. C. Paniagua Merchán⁽²⁾,
A. M. Alcaraz Perez⁽³⁾, R. M. Requena Ferrer⁽⁴⁾, A. M. Cebrián Cuenca⁽⁴⁾

⁽¹⁾Centro de Salud Pozo Estrecho. Área II de Salud Servicio Murciano de Salud (SMS).Cartagena.

⁽²⁾Centro de Salud Cartagena Este. . Área II de Salud SMS. Cartagena

⁽³⁾Centro de Salud San Antón. . Área II de Salud SMS. Cartagena

⁽⁴⁾Centro de Salud Cartagena Casco. Área II de Salud SMS. Cartagena

CASO CLÍNICO

Motivo consulta: asistencia domiciliaria a inmovilizada de 86 años por dolor abdominal, vómitos e hiperglucemia.

Antecedentes personales: Diabetes mellitus tipo 2 de 20 años evolución insulindependiente con mal control metabólico y complicaciones: retinopatía diabética , claudicación intermitente (obliteración distal en pierna izquierda de tibial posterior).

HTA. Dislipemia. Poliartrosis. Histerectomizada con doble anexectomía hace 30 años por cáncer de útero. Prótesis cadera derecha.

Tratamiento: Acidoacetilsalicílico 300mg diario, pitavastatina 4mg diarios, enalapril/hidroclorotiazida 20/12.5 mg diarios, linagliptina/metformina 2.5/850mg cada 12 horas, insulina aspartata 8 unidades en comida, insulina glargina 70 unidades en cena, paracetamol 1000 mg cada 8 horas.

Enfermedad actual: aviso domiciliario por vómitos (4) alimenticio-acuosos desde ayer y deposiciones blandas sin restos patológicos.

Exploración Física: Mal aspecto general, ropa sucia de vómitos, vive sola aunque está acompañada por hija, TA: 150/80 mmHg, Glucemia 413 mg, Temperatura 37.9.

AC: rítmica a 75 latidos por minuto. AP: murmullo vesicular conservado sin estertores. Abdomen globoso depresible doloroso a palpación profunda, no defensa, blumberg negativo. Se trata con insulina rápida iv 6 unidades, metoclopramida iv, 500cc de suero fisiológico y derivación a hospital.

En hospital: tratan con insulina intravenosa, paracetamol y sueroterapia; presenta Leucocitos 17760 (Neutrófilos 14610) PCR 9,43; Eco abdominal sin alteraciones . Al alta domiciliaria glucosa 248, Temperatura 37,5 y tratamiento con dieta y ciprofloxacino 500mg cada 12 horas.

A las 48 horas llama al 112 por mantener vómitos fiebre y dolor abdominal. Presentando abdomen doloroso difusamente a la palpación con signos de defensa. Siendo trasladada de nuevo al hospital.

En Urgencias: Leucocitos 21480(Neutrófilos 17590), PCR 43.

TACABDOMINAL: Signos de isquemia intestinal en asas de íleon medio y distal y probablemente también en colon ascendente. Compatible con trombosis de arteria mesentérica medial.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

Decidiéndose, ante la situación crítica, tratamiento conservador con resultado de muerte a las 6 horas

Juicio clínico: trombosis mesentérica en paciente añosa con DM tipo2 complicada

Conclusiones: el adecuado control metabólico de glucemia, colesterol y tensión arterial de nuestros pacientes diabéticos es fundamental para evitar las complicaciones derivadas de la arterioesclerosis. Siendo clave el papel de Atención Primaria.

CC-50. DIAGNOSTICA CON LA MÚSICA

A. González Sánchez⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Urgencias Hospitalarias, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

CASO CLÍNICO

Hombre de 49 años de raza hindú con desconocimiento en absoluto del castellano, antecedentes de Cirrosis Hepática por VHC, Child B-7, varices esofágicas grado A. Actualmente en seguimiento por la Unidad de Trasplante. Consultó por cefalea hemicraneal izquierda, con irradiación retroauricular del mismo lado, pulsátil, de cinco días de evolución, sin respuesta analgésica a antiinflamatorios, todo ello explicado por acompañante que habla Hindi-Inglés. Durante la anamnesis apreciamos dificultad para hablar y gestos de morderse constantemente la lengua, el traductor nos indica que habla correctamente pero que no puede comer rápido. En la exploración destacamos desviación de la punta de la lengua a la izquierda al protuirla, con atrofia papilar, fasciculaciones y varias lesiones en el borde por mordedura (Fig.1A y 1B). Ya que no podía distinguir cambios en la voz, por el desconocimiento del idioma del paciente, y el traductor no comprendía del todo nuestra pregunta. Decidí que entonara las notas musicales DO, RE,MI, ...; evidenciando los cambios en la entonación como la fonación breve y diplofonía. Me llama la atención la parálisis del paladar derecho y úvula centrada; en conjunto estas observaciones me sirvieron para delimitar la afectación extracraneal, así como la probable lesión unilateral del nervio recurrente izquierdo.

Con diagnóstico de Multineuropatía craneal a estudio/ Parálisis del hipogloso izquierdo y posible afectación del vago derecho.

El paciente permaneció ingresado durante 15 días, que, tras la realización de pruebas complementarias, se observa lesión nodular en el agujero magno que incluye el canal del hipogloso, hepatocarcinoma multicéntrico con afectación adenopática mesentérica y foco hipermetabólico D12.

Discusión: la parálisis del nervio hipogloso nos obliga a un repaso anatómico exhaustivo, en busca de lesiones en la base del cráneo, en su mayoría por tumores secundarios, etiología vascular como disección carotídea o vertebral y patología traumática (JR., 1996).

En este caso clínico las características idiomáticas del paciente dificultan una identificación asertiva en cuanto a la fonación, por tanto, hice uso de mis conocimientos musicales, para que este ARTE de lenguaje universal me ayudase a diferenciar la afectación de otros pares craneales. caso clínico.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida
Mérida (Badajoz)

CC-51. CUIDADOS PALIATIVOS TEMPRANOS EN PACIENTE DE 29 AÑOS CON PARANGIOMA. AFRONTAMIENTO Y ACEPTACIÓN

M. Nadal Delgado⁽¹⁾, R. Moreno Rey⁽²⁾, E. Avilés Díaz⁽³⁾, C. Sánchez González⁽⁴⁾, J. Jiménez Pérez⁽⁵⁾, J. Guerrero Martín⁽¹⁾

⁽¹⁾Psicóloga Asociación Oncológica Extremeña AOEX

⁽²⁾Estudiante de Psicología de la UNED en Extremadura

⁽³⁾Psicóloga de ASEXTRAS

⁽⁴⁾Residente Pir 4 de Salud Mental

⁽⁵⁾Estudiante de Psicología de la Uned en Extremadura

⁽⁶⁾Doctor en Enfermería de la Facultad de Medicina UEX

CASO CLÍNICO

Paciente de 29 años sin antecedentes médicos, que acude al servicio de Urgencias de Badajoz por dolor lumbar. Se ingresa al paciente para valoración del dolor con estudios complementarios y de extensión. Una vez terminado el diagnóstico y al alta se le deriva a Madrid para segunda opinión médica

Diagnóstico oncológico: paraganglioma / Feocromocitoma Metastásico IV, Metástasis pulmonares, hepáticas y óseas. 3.- Intervención Psicológica

Se ha trabajado tres días durante el ingreso y dos días en consulta.

- Psicoeducación: Mejorar la adaptación funcional del paciente, prevenir reacciones emocionales desadaptativas y reducir el impacto emocional negativo.
- Terapia de Aceptación y Compromiso: Trabajar en la jerarquización de los problemas con el objetivo de centrarse en la resolución activa de la situación actual sin perder la perspectiva global de la enfermedad. Siendo la finalidad de esta terapia la aceptación de su patología y progresión irreversible
- Tratamiento de Duelo por la salud perdida; Trabajar la interrupción causada por la enfermedad ayudando al paciente a continuar con su nueva trayectoria de vida incluyendo la ruptura de roles como el laboral, familiar y social.

Intervenciones futuras: se trabajará la proximidad del final de la vida incluyendo aspectos sociales, emocionales y familiares como; favorecer la anticipación de toma de decisiones, facilitar que la serenidad presida en el proceso de irreversibilidad de la patología e incorporar a la familia en los cuidados para prevenir un posible duelo patológico.

BIBLIOGRAFÍA

- ARRANZ, J., BARBERO, J., BARRETO, P., BAYÉS. R. *Intervención emocional en Cuidados Paliativos; Modelos y Protocolos*. 2003. Barcelona. Ed: Ariel Ciencias Médicas.
- COSTA, M., LÓPEZ, E. *Manual para la ayuda psicológica. Dar poder para vivir más allá del Counselling*. 2006. Madrid. Pirámide.
- CRUZADO, A. *Manual de Psicooncología, Tratamientos Psicológicos en pacientes con cáncer*. 2013. Madrid. Pirámide

CC-52. INTOLERANCIA A ANTIHIPERTENSIVOS

D. Ramírez Sánchez ⁽¹⁾, J. A. López Díaz ⁽¹⁾, G. Castiñeiras Pardo ⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Molino de la Vega. Huelva

CASO CLÍNICO

Ámbito: Atención Primaria.

Motivo consulta: mal control de tensión.

Historia clínica:

Antecedentes personales:

Varón. 81 años.

Sin alergias medicamentosas.

Hábitos tóxicos: Ex – fumador paquete diario Hipertensión arterial; Diabetes Mellitus tipo II y Dislipemia Cardiopatía isquémica en 2011.

Adenocarcinoma pulmonar sin recidivas Enfermedad renal crónica.

Intolerancia a la lactosa.

Enfermedad actual: paciente con triple tratamiento antihipertensivo que no consigue cifras tensionales normales. Se aumenta dosis y se añade un fármaco de indicación secundaria pero presenta intolerancia por lo que cambiamos la actitud.

Exploración: Auscultación cardiopulmonar normal con buen estado general. TA 160/89 mm/Hg; a 80 latidos por minuto.

Pruebas complementarias: Análítica previa (de un mes) creatinina 1,83.

Electrocardiograma sin hallazgos

Plan actuación: se presenta en consulta un paciente con un mal control de tensión arterial a pesar de tratamiento con 3 fármacos antihipertensivos y seguimiento con AMPA (Automedida de la Presión arterial). Su tratamiento con Valsartán 80mg/Hidroclorotiazida 12,5 mg y Amlodipino 5 mg no consigue cifras de tensión por debajo de 140/90 mm/Hg. Se aumenta dosis de Valsartán a 160 mg y el resto igual. Se cita a la semana y vuelve a presentar un control inadecuado, se plantea añadir un cuarto fármaco de indicación secundaria: Doxazosina 4 mg por vía oral. Tras unos 10 días el paciente vuelve a consulta refiriendo diarreas pero normotenso. Como es crónico conocido y esto ya había ocurrido con otros fármacos, se plantea la posibilidad de intolerancia a la marca de Doxazosina que está tomando por lo que se prescribe Doxazosina sin lactosa para ver tolerancia tras búsqueda manual bibliográfica. A la semana el paciente asintomático y buenas tensiones.

Conclusiones: no se aumenta dosis plenas de fármacos por ser enfermo renal crónico. Tener en cuenta en pacientes con intolerancia a la lactosa, los fármacos que puedan contenerla ya que pueden provocar confusión cuando presentan cuadros como diarrea. Importancia del uso de Automedida de Presión arterial en pacientes crónicos hipertensos. La importancia de equilibrar el tratamiento de los pacientes con Hipertensión Arterial crónica para un control óptimo.

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida

Mérida (Badajoz)

© 2019 Obra: **XI Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico**
VI Conferencia Nacional del Paciente Activo

© Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

© Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)

Editado por: S&H Medical Science Service, S.L.

Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio mecánico o electrónico sin la debida autorización por escrito del editor.

ISBN: 978-84-09-08704-4

XI Congreso Nacional
de Atención Sanitaria
al Paciente Crónico

*VI Conferencia Nacional
del Paciente Activo*

**Libro de
Comunicaciones y
Casos Clínicos**

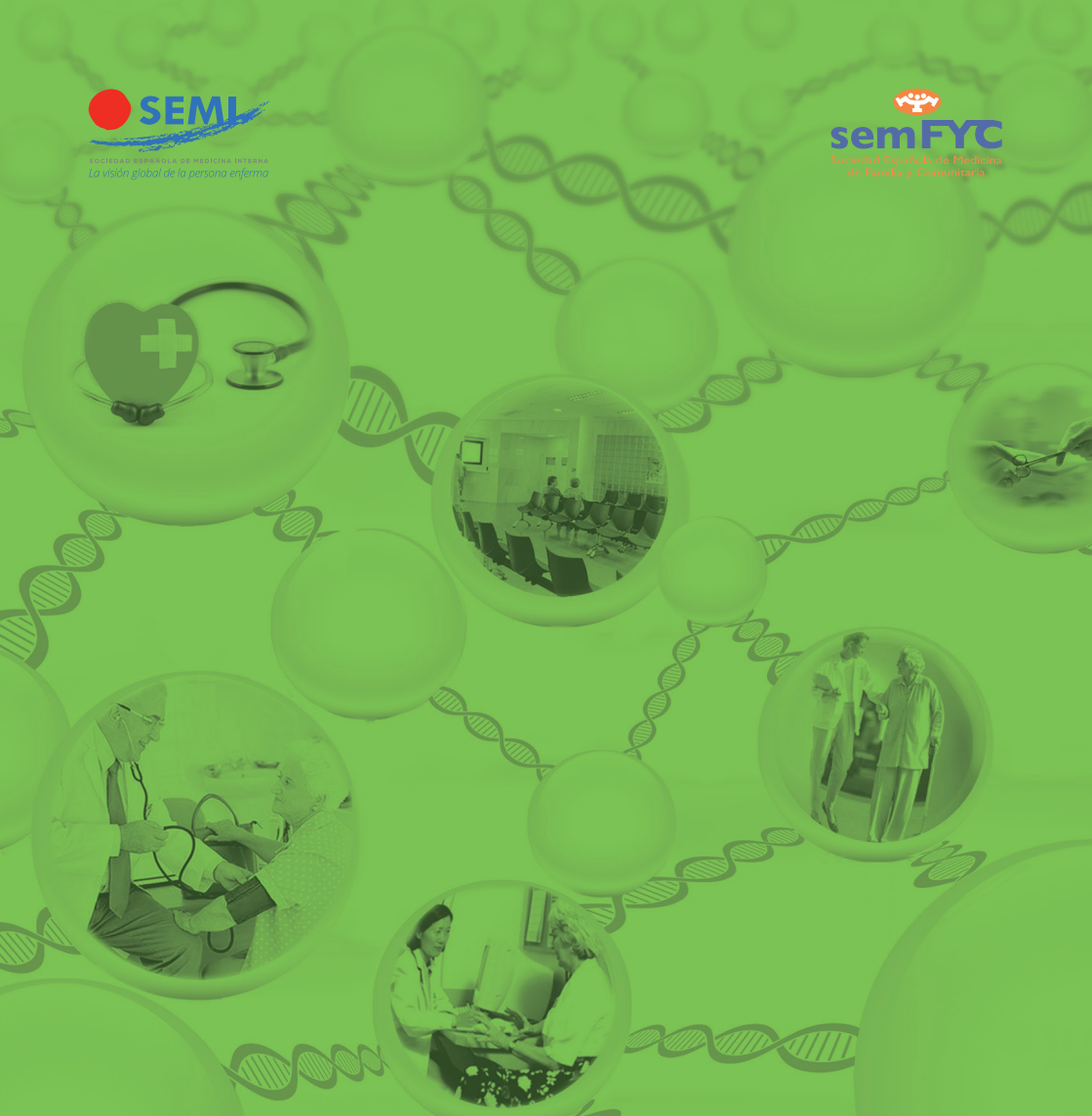
“Ampliando Horizontes”

Mérida

7-8 de Marzo 2019

Palacio de Congresos de Mérida

Mérida (Badajoz)



Secretaría Científica



S&H Medical Science Service, S.L.
C/ Espronceda 27, Entreplanta
28003 Madrid
Tel.: 91 535 71 83
Fax: 91 535 70 52
E-mail: congresos@shmedical.es

Secretaría Técnica



Congresos y Ediciones semFYC
Carrer del Pi, 11, Pl. 2ª, Of. 13
08002 Barcelona
Tel.: 93 317 71 29
Fax: 93 318 69 02
E-mail: congresos@semfyc.es