



► 24 Noviembre, 2014

# Acudir a consulta 15 días después de una intervención, clave en mortalidad

Según datos preliminares del estudio Impacto, no realizar esta visita aumenta 70 veces el riesgo

ROCÍO CHIVA

Enviada especial a Murcia

Un paciente que no acude a la visita programada con el médico internista a los 15 días de ser sometido a una intervención tiene 70 veces más riesgo de mortalidad, de la misma manera que un paciente que no acude a talleres de formación sobre su patología, en aras de conseguir un mejor autocuidado y adquirir una mayor conciencia en torno a su enfermedad, aumenta en 2,8 veces este riesgo. Al menos así se desprende de los resultados preliminares del estudio Impacto, presentados por María Dolores Nieto, del Servicio de Medicina Interna del Virgen del Rocío de Sevilla, durante una de las sesiones del 35º Congreso de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), celebrado en Murcia.

Este estudio, llevado a cabo por el grupo de trabajo 'Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada' de la sociedad, nació de la necesidad de evaluar si se estaban o no cumpliendo los objetivos de mejora en los indicadores de supervivencia y calidad de vida tras la implantación en Andalucía, en 2002, de la guía de atención al paciente pluripatológico. De esta manera, este equipo se dispuso a evaluar 11 ítems —entre atención primaria, farmacia hospitalaria, enfermería e internistas— en una muestra de 400 pacientes de más de 77 años durante 12 meses. Un análisis que sirvió "para volver a validar el índice Profund, pero del que no se obtuvieron diferencias significativas en cuanto a mortalidad", señaló Nieto, que interpretó este resultado como un aviso de que "hay que actuar antes, ya en atención primaria".

La buena noticia es que, de estos once ítems, sí lograron, a partir de un modelo de regresión de ajuste de variables, obtener resultados en dos de ellos, los citados anteriormente. Además, a pesar de no existir diferencias significativas en mortalidad, sí se observó una reducción a la mitad de los ingresos hospitalarios, tanto en el número de días (de 14 a 7) como en el total de ingresos al año (de 1,5 a 0,7 de media). Además, se registró una mejora de la calidad de vida.

También en esta línea de mejora de la calidad de vida del paciente pluripatológico, Lucio Criado, coordinador de Internación Clínica del Sanatorio de la Provincia de Buenos Aires, señaló la utilidad de una herramienta tan simple como una tabla de doble entrada —en un lado la lista de fármacos que está tomando el paciente y, en otro, sus



María Dolores Nieto, del Servicio de Medicina Interna (MI) del Virgen del Rocío de Sevilla; Manuel Teixeira, presidente Sociedad Portuguesa de Medicina Interna; Jordi Forteza-Rey, del Servicio de MI del Son Espases de Palma de Mallorca; Carmen Martínez, del Servicio de MI del San Juan de Dios de Pamplona; Bscó Barón, MI del Complejo Hospitalario Huelva.

## OBJETIVO: RALENTIZAR LA APARICIÓN DE LAS DEMENCIAS

Diagnosticar la enfermedad de Alzheimer cinco años antes de la aparición de los síntomas reduciría a la mitad el número de casos en solo 50 años. Y es que el problema principal de estas patologías es que, como enfatiza Carmen Antúnez, directora de la una de las tres Unidades de Demencia a tiempo completo que existen en España, la del Hospital U. Virgen de la Arrixaca de Murcia, "diagnosticamos tardísimo, cuando ya solo podemos paliar los síntomas". De ahí que el reto actual sea diagnosticar en estadios precoces de deterioro cognitivo leve (DCL) o incluso antes, cuando el paciente tiene quejas subjetivas de memoria, un momento en el que sí se puede ralentizar la aparición de la enfermedad. De esta manera, Antúnez señala a importancia de tratar la hipertensión, la diabetes y la obesidad, claros factores de riesgo para el desarrollo de este tipo de patologías. Asimismo, también habría que prestar mucha atención a la depresión, considerada "un síntoma de la demencia", apunta Antúnez. Y como actividades proactivas, esta profesional señala la importancia de realizar ejercicio físico aeróbico de manera regular y la necesidad de cuidar la alimentación con productos *medical food*, actualmente en ensayos en la práctica clínica, que contienen ácidos grasos omega 3, vitamina B, ácido fólico o uridina y que contribuyen a "proteger la membrana cerebral", apunta. En investigación, la Arrixaca, además de albergar uno de los seis bancos de cerebro que existen en España, actualmente trabaja en un proyecto FIS con personas con hidrocefalia a presión normal, una entidad con mucha relación con la demencia, e investiga en la identificación de factores proinflamatorios en sangre en pacientes con demencia.



posibles efectos— como la solución a las interacciones medicamentosas. Criado presentó un estudio con 78 pacientes que presentaban en total 711 interacciones, nueve por cada uno, de las cuales un 59 por ciento eran farmacodinámicas y un 41 por ciento farmacocinéticas que, señala, "en un 80 por ciento pudieron ser resueltas con un simple cambio de dosis".

Otra de las opciones planteadas durante la sesión fue la desprescripción, es decir, la retirada de fármacos previa evaluación minuciosa de las características individuales de cada paciente. Y es que, en un estudio con una cohorte de 70 ancianos en tratamiento con entre tres y cuatro fármacos a los que se les retiraron algunos de ellos, solo en un 2 por ciento hubo que reintroducir medicamentos y hasta un 88 por ciento mejoraron incluso su situación global de salud.

También el tratamiento de las enfermedades infecciosas tuvo un papel destacado durante el Congreso. Así, José Barberán, del Servicio de Infecciosas del Hospital Montepíncipe, destacó la aparición cada vez más frecuente de casos de aspergilosis pulmonar invasiva (API) en pacientes con una enfermedad pulmonar estructural como la EPOC, cuando esta infección siempre había sido más característica en pacientes tras un trasplante alogénico de médula ósea. Con tasas de mortalidad superiores al 90 por ciento, Barberán destacó la necesidad de buscar escalas diagnósticas de API en pacientes con EPOC —actualmente existe una elaborada por Emilio Bouza, jefe del Servicio de Infecciosas del Gregorio Marañón, pero todavía pendiente de validación—.

En diarreas recurrentes por *Clostridium difficile*, Benito Almirante, del

Servicio de Infecciosas del Vall d'Hebron, señaló la existencia de investigación en inmunización pasiva con inmunoglobulinas o con anticuerpos monoclonales, además de destacar la necesidad de mejorar las terapias antimicrobianas para mejorar la tasa de recurrencias. Un problema que, opina Almirante, se solucionará con la llegada en el futuro de comprimidos orales de microbiota fecal.

Y, por supuesto, también hubo tiempo para repasar los "nuevos" fármacos para el tratamiento de la diabetes como la insulina glargina U300, los DPP-4, los análogos de GLP-1 o los inhibidores de SLGT-2. Asimismo, también se presentaron datos de la experiencia clínica con los quizá mal llamados ya nuevos anticoagulantes orales, que todavía cuentan con numerosos defensores y detractores en su utilización.