Libro de Resúmenes de Comunicaciones y Pósters

IV Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico





Nuevos equipos,
nuevas competencias
nuevas alianzas













8, 9 y 10 de Marzo 2012
Auditorio de la Diputación de Alicante (ADDA)

semFYC
Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

SEMI
LA VISIÓN GLOBAL DE LA PERSONA ENFERMA

COMUNICACIONES ORALES

Políticas y estrategias regionales y locales frente a la cronicidad (A)

A-017 LA ATENCIÓN PRIMARIA Y RETO DEL ABORDAJE INTEGRAL DEL PACIENTE CRÓNICO (PCC) COMPLEJO (PCC)..... 26

A-039 NUEVO MODELO DE CONTRATACIÓN COMO PALANCA DE CAMBIO EN LA TRANSFORMACIÓN DEL MODELO DE PROVISIÓN SANITARIA EN EL PAÍS VASCO..... 27

A-049 RECALIBRACIÓN DEL PALLIATIVE PROGNOSTIC INDEX PARA LA PREDICCIÓN DE MORTALIDAD DE UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADÍOS AVANZADOS..... 29

A-050 ÍNDICE DE BARTHEL Y PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE. ¿CUÁL PREDICE MEJOR LA MORTALIDAD DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADÍOS AVANZADOS?..... 30

A-052 EL ABORDAJE DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA EN LA REORDENACIÓN DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO..... 32

A-053 IMPACTO DE LA COMORBILIDAD Y EL CONSUMO DE RECURSOS EN PACIENTES CRÓNICOS. UTILIDAD DEL INSTRUMENTO CRG..... 33

A-056 DESCRIPCIÓN Y COMPARACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO EN 4 COMUNIDADES AUTÓNOMAS. ESTUDIO EURHOMAP ETES..... 35

Atención integrada y continuidad asistencial (B)

B-003 ERRORES DE MEDICACIÓN AL ALTA EN PACIENTES ANCIANOS HOSPITALIZADOS..... 37

B-006 CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS..... 38

B-020 UTILIDAD DE LA VALORACIÓN INTEGRAL EN LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS..... 40

B-044 NUEVA HERRAMIENTA DE DETECCIÓN DE RIESGO DE REINGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTES CRÓNICOS.....41

B-045 VALORACIÓN INTEGRAL DE FRAGILIDAD EN PERSONAS DE 75 AÑOS O MÁS EN UN CENTRO DE SALUD URBANO..... 43

B-051 EFICACIA DE UNA UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL..... 44

B-055 CAPACIDAD PREDICTIVA DEL ÍNDICE CARS EN EL PRONOSTICO DE INGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS..... 46

B-057 INTERCONSULTAS NO PRESENCIALES ENTRE PRIMARIA Y ESPECIALIZADA EN TRAUMATOLOGÍA PARA PACIENTES CRÓNICOS: SE REDUCE LA DEMORA Y AUMENTA LA SATISFACCIÓN..... 47

B-058 PRESCRIPCIÓN INAPROPIADA DE FÁRMACOS EN ATENCIÓN PRIMARIA. ANÁLISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO DE LA APLICACIÓN STOPP-START..... 48

B-059 EVALUACIÓN DE LOS CIRCUITOS ASISTENCIALES PARA PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA AVANZADA EN LOS HOSPITALES DE VALLECAS... 50

B-060 RESULTADOS EN SALUD DEL PROGRAMA COMPARTE. ATENCIÓN COORDINADA A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS COMPLEJAS..... 51

B-062 PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRADA EN LA FASE FINAL DE LA VIDA: PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO A PACIENTES AL FINAL DE LA VIDA EN SITUACIÓN DE AGONÍA..... 52

B-068 INFLUENCIA DEL GÉNERO EN EL DETERIORO FUNCIONAL, COGNITIVO Y MORTALIDAD DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS..... 54

B-075 EVALUACIÓN DEL NIVEL DE DESARROLLO DEL MODELO DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD EN LA RED DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA..... 55

B-081 PROGRAMA DE MEJORA PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS COMPLEJAS. SATISFACCIÓN DE PROFESIONALES..... 56

B-089 LAS INTERCONSULTAS NO PRESENCIALES SON COSTE EFECTIVAS PARA ELMANEJO DE LOS PACIENTES CRÓNICOS..... 58

B-092 MODELO DE ATENCIÓN EN BASE A LA POBLACIÓN DE REFERENCIA DE BADALONA SERVEIS ASSISTENCIALS..... 59

B-099 IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA INTERNIVELES DE ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS (PLAN COMPARTE). EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE CALIDAD Y SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES..... 60

Intervenciones de promoción de salud y prevención enfermedades crónicas (C)

C-002 EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA DOMICILIARIA EN LA MEJORA DE LAS CONDICIONES DE LAS VIVIENDAS DE LAS PERSONAS MAYORES PARA REDUCIR EL RIESGO DE CAÍDAS: RESULTADOS DEL ESTUDIO EPICA..... 63

C-003 INTERVENCIÓN INTENSIVA SOBRE EL TABACO EN PACIENTES CRÓNICOS FUMADORES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ESTABLECIDA O ALTO RIESGO DE DESARROLLARLA: EL PROGRAMA EUROACTION PLUS..... 64

C-022 QUE LA COMIDA SEA TU ALIMENTO Y EL ALIMENTO TU MEDICINA. SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES OBESOS Y DIABÉTICOS..... 65

C-029 EL INGRESO POR NEUMONÍA EN ANCIANOS: UNA OPORTUNIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE REINGRESOS..... 66

C-030 CUMPLIMIENTO Y VARIABILIDAD DE PRÁCTICAS PREVENTIVAS EN ATENCIÓN PRIMARIA. EVOLUCIÓN 2007-2011 EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍSVASCO..... 68

C-033 HIPERTENSIÓN ARTERIAL. ¿SABEMOS REALMENTE CUANTOS HIPERTENSOS ESTÁN BIEN CONTROLADOS?..... 69

C-040 EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE INMUNIZACIÓN INTENSIVA EN PACIENTES VIH..... 71

E-Health, Sanidad 2.0 y TICs para el cuidado y apoyo de pacientes crónicos (D)

D-001 TELEMONITORIZACIÓN DE PACIENTES CRÓNICOS-PLURIPATOLÓGICOS DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA, PROYECTO TELBIL A..... 73

D-017 TELEMONITORIZACIÓN DOMICILIARIA EN PACIENTES CON EPOC GRAVE. ESTUDIO PROMETE..... 74

D-024 USO DE LAS TICS PARA SEGMENTACIÓN DE PACIENTES Y VALORACIÓN DEL FEED-BACK DE LA INFORMACIÓN EN LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA REGIÓN SANITARIA DE GIRONA..... 75

Equipos y nuevos perfiles profesionales en la atención a crónicos (E)

E-003 ENFERMERA DE GESTIÓN DE CASOS: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO..... 77

E-009 ENFERMERAS GESTORAS; PROGRESANDO EN EL CUIDADO AL CRÓNICO..... 78

E-012 GESTIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO. EXPERIENCIA EN EL CASE MANAGEMENT..... 79

E-013 LA ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO EN UN HOSPITAL DE DIA DE MEDICINA INTERNA..... 81

E-015 IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE CRÓNICOS EN EL DEPARTAMENTO DE DENIA..... 82

E-021 IMPACTO DE LOS NUEVOS ROLES DE ENFERMERÍA EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS..... 83

E-029 PERFIL FARMACOTERAPÉUTICO DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PARA PACIENTES CRÓNICOS..... 85

E-031 EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA QUE DERIVAN A UNA UNIDAD DE PACIENTES CON PLURIPATOLOGÍA CRÓNICA DENTRO DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA..... 86

E-032 INTERVENCIÓN SOCIAL EN LA UNIDAD DEL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA..... 87

E-034 GRADO DE SATISFACCIÓN DEL TRATAMIENTO CON SINTROM EN UN CENTRO DE SALUD..... 89

E-035 PROMIC. RESULTADOS PRELIMINARES DE UN PROGRAMA COLABORATIVO MULTIDISCIPLINAR DE GESTIÓN DE CUIDADOS EN PACIENTES DE ALTO RIESGO CON INSUFICIENCIA CARDIACA..... 90

Autocuidado y responsabilización de los pacientes (F)

F-001 ANÁLISIS PRELIMINAR A LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN GRUPAL SOBRE LA ADHERENCIA FARMACOLÓGICA EN EL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA..... .92

F-006 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE PACIENTES CRÓNICOS QUE PARTICIPAN EN PROGRAMAS EDUCATIVOS PARA EL FOMENTO DEL AUTOCUIDADO..... 93

F-007 "PACIENTE ACTIVO" EN LA DIABETES TIPO 2: EVALUACIÓN DE LA PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA EN LOS 223 PRIMEROS PARTICIPANTES"..... 94

F-009 IDENTIFICACIÓN DE LOS PACIENTES CRÓNICOS Y ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA POBLACIÓN ASIGNADA A UNA ZONA BÁSICA DE SALUD..... 96

F-025 EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN PACIENTES CON INFARTO: PROGRAMA PROPRESE-ALICANTE..... 97

PÓSTERS

Políticas y estrategias regionales y locales frente a la cronicidad (A)

A-001 UTILIZACIÓN DE MEDICINAS COMPLEMENTARIAS POR LOS PACIENTES CRÓNICOS: ¿UN RECURSO SANITARIO TAMBIÉN EN ESPAÑA?..... 99

A-002 USO DEL CONUT PARA EL CRIBADO DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE..... 100

A-003 ESTRATEGIAS DE MEJORA EN LA ASISTENCIA A LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS..... 102

A-004 EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DEL PACIENTE FRÁGIL COMPLEJO EN EL ÁREA DEL MARESME CENTRAL..... 103

A-005 PRESCRIPCIÓN INADECUADA SEGÚN CRITERIOS STOPP/START Y SU POTENCIALIDAD DE CAMBIO EN MAYORES POLIMEDICADOS..... 104

A-006 ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA INTERNACIONAL SOBRE EL MODELO DE ATENCIÓN A CRÓNICOS..... 106

A-007 VALORACIÓN INTEGRAL EN UN HOSPITAL DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA..... 107

A-008 MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADA AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO EN EL TERRITORIO DE BARCELONA NORTE..... 109

A-009 PROGRAMA DE GESTIÓN DEL PACIENTE FRÁGIL COMPLEJO EN EL TERRITORIO DEL MARESME CENTRAL: SITUACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA..... 110

A-010 PROACTIVIDAD: UNA SOLUCIÓN EN TIEMPOS DE CRISIS.....111

A-011 PROGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL DPTO. DE SALUD DE DENIA.....113

A-012 BALANCE BENEFICIO-RIESGO DE LOS BISFOSFONATOS.....114

A-013 CRÓNICOS, VULNERABLES E INSTITUCIONALMENTE DISCRIMINADOS.....116

A-014 DESARROLLO DE UN MODELO POBLACIONAL PARA EL ABORDAJE DEL PACIENTE CRÓNICO EN UN ÁREA SANITARIA.....117

A-015 PERFIL DE LAS ALTAS EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS DE LA ÚLTIMA DÉCADA. DIFERENCIAS ENTRE LOS HOSPITALES DEL SERVICIO DE SALUD PÚBLICO DE ANDALUCÍA.....118

A-016 CARACTERÍSTICAS DE LAS ALTAS HOSPITALARIAS EN SUJETOS MAYORES DE 75 AÑOS DURANTE LA ÚLTIMA DÉCADA EN LOS HOSPITALES DEL SERVICIO DE SALUD PÚBLICO DE ANDALUCÍA.....120

A-018 CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN DIABETES MELLITUS TIPO 2: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SISTEMATIZADA.....121

A-019 ABORDAJE DE REDUNDANCIAS TERAPÉUTICAS.....122

A-020 EVALUACIÓN DEL MODELO DE COLABORACIÓN ENTRE PROFESIONALES EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA.....124

A-021 INGRESO DIRECTO DE ENFERMOS CRÓNICOS EN ATENCIÓN INTERMEDIA SOCIO-SANITARIA COMO ALTERNATIVA A LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONA EN HOSPITAL DE AGUDOS.....125

A-022 OPORTUNIDADES Y LIMITACIONES PARA IMPLANTAR UN CAMBIO EN LOS ENFOQUES Y MODELOS ORGANIZATIVOS EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS EN UN DEPARTAMENTO DE SALUD.....126

A-023 AUTOEVALUACIÓN CON IEMAC DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO PARA LOGRAR UNA MEJOR ATENCIÓN A LA CRONICIDAD CONFORME AL CCM.....127

A-024 DESARROLLO DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL ENTRE HOSPITAL Y ATENCIÓN PRIMARIA EN LA COMARCA DEL BAJO DEBA.....129

A-025 EL INGRESO DE PACIENTES HOSPITALARIOS MAYORES DE 70 AÑOS EN UN HOSPITAL GENERAL. ANÁLISIS COMPARATIVO POR SERVICIOS.....130

A-026 EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE FRÁGIL EN UN ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA.....132

A-027 PROGRAMA DE MEJORA DE LA PRESCRIPCIÓN EN PACIENTES CRÓNICOS INSTITUCIONALIZADOS.....133

A-028 EDUCACIÓN GRUPAL PARA LA SALUD EN DIABETES EN ATENCIÓN PRIMARIA.....134

A-029 IEMAC (INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE MODELOS DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD): UN INSTRUMENTO VÁLIDO PARA LAS ORGANIZACIONES DE SALUD MENTAL.....135

A-030 AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS POR ENFERMEDAD ISQUÉMICA CARDIACA Y FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS.....137

A-031 PROYECTO COLABORATIVO PARA LA MEJORA DEL ABORDAJE INTEGRADO EN EUSKADI A PACIENTES CON DEPRESIÓN....138

A-032 LA PRESCRIPCIÓN EN PACIENTES MAYORES POLIMEDICADOS....139

A-033 PRIORIZACIÓN EN EL DISEÑO DE UN PLAN DE ATENCIÓN A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN UN ÁREA SANITARIA....141

A-034 PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADÍOS AVANZADOS....142

A-035 MEJORA DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO Y PLURIPATOLÓGICO EN GALICIA. PLAN DE INICIO DE LA SOCIEDAD GALLEGA DE MEDICINAINTERNA....144

A-036 PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE CASTILLA Y LEÓN EN EL ESTUDIO OBSERVACIONAL DM2-CUMCYL....145

A-037 ELABORACIÓN PARTICIPATIVA DE LA GUÍA DE DIABETES DE CASTILLA Y LEÓN....146

A-038 INNOVACIÓN DESDE LOS PROFESIONALES: OPORTUNIDAD Y RETO PARA IMPULSAR LA ESTRATEGIA DE CRONICIDAD (EC)....148

A-040 UNIDAD DE VALORACIÓN SOCIOSANITARIA: DETECCIÓN ACTIVA Y ANÁLISIS DE AUMENTO DE RECURSOS SANITARIOS DE PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS....149

A-041 LA ATENCIÓN A LA CRONICIDAD EN LOS PLANES DE SALUD DE LAS CCAA ¿DÓNDE ESTAMOS, A DÓNDE VAMOS Y QUÉ RETOS TENEMOS?....151

A-042 ESTRATEGIAS DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA CONOCER EL BOTIQUÍN DOMICILIARIO DEL PACIENTE POLIMEDICADO....152

A-043 REVISIÓN DEL BOTIQUÍN DOMICILIARIO DE PACIENTES POLIMEDICADOS: ¿CUÁLES SON LOS MEDICAMENTOS MÁS ACUMULADOS?....154

A-044 ¿PODEMOS CONSEGUIR ESTRATEGIAS DE MEJORA PARA EVITAR LAS DISCREPANCIAS EN EL TRATAMIENTO CRÓNICO DE LOS PACIENTES POLIMEDICADOS TRAS EL ALTA HOSPITALARIA?....155

A-045 VALORACIÓN FUNCIONAL DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADIO AVANZADO. ¿ÍNDICE DE BARTHEL, ECOG-PS Ó PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE?....156

A-046 FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD DE UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADÍOSAVANZADOS....158

A-047 ANÁLISIS DEL VALOR PREDICTIVO DE LOS CRITERIOS NHO, EL ECOG-PS, Y EL PALLIATIVE PROGNOSTIC INDEX EN LA PREDICCIÓN DE MORTALIDAD DE UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADÍOS AVANZADOS....159

A-048 LOS PACIENTES CON DIABETES MAL CONTROLADOS DE UN DEPARTAMENTO DE SALUD: DIFERENCIAS ENTRE ZONAS BÁSICAS DE SALUD Y SU RELACIÓN CON LOS INGRESOS....160

A-051 IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE CRONICIDAD DE OSAKIDETZA EN EL C.S. SAN MARTÍN (COMARCA ARABA): CREANDO ALIANZAS Y CONSOLIDANDO REDES....162

A-054 LA EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA CRONICIDAD EN CATALUÑA: PROPUESTA DE UN MARCO CONCEPTUAL....163

A-055 ESTRATEGIA DE GESTIÓN ORGANIZATIVA. DIRECCIÓN Y COORDINACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS (PROGRAMA COMPARTE)....164

A-057 INDICADORES DE CALIDAD EN LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA..166

A-058 EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE FÁRMACOS ESPECÍFICOS PARA EL ALZHEIMER EN EL PAÍS VASCO Y ESTIMACIÓN DE LA PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD....167

A-059 CONTRA EL VICIO DE PEDIR HAY LA VIRTUD DE NO DAR. PRESCRIPCIÓN ABUSIVA Y GASTO DE ANALÍTICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA Y EN CONSULTASDE HOSPITAL....168

Atención integrada y continuidad asistencial (B)

B-001 EL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO EN EL HOSPITALY EN LA ATENCIÓN PRIMARIA: DOS VISIONES DIFERENTES....170

B-002 ESTUDIO PROSPECTIVO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CRÓNICOS....171

B-004 PREVALENCIA DE TRASTORNO DEL SUEÑO Y FACTORES ASOCIADOS EN PERSONAS HOSPITALIZADAS....172

B-005 PROYECTO PREVICA: UNA PROPUESTA PARA EL ABORDAJE DEL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO (PPP) EN CANTABRIA....174

B-007 METFORMINA EN INSUFICIENCIA RENAL, ¿NOS OLVIDAMOS DE LA POSIBILIDAD DE YATROGENIAS EN NUESTRAS PRESCRIPCIONES?....175

B-008 CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS....176

B-009 INTERVENCIÓN GRUPAL MULTIDISCIPLINAR PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DEL ÁREA 2 DE CARTAGENA....177

B-010 DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA....179

B-011 ¿OFTALMOPLEJIA DOLOROSA Ò DOLOR A LOS MOVIMIENTOS OCULARES? : A PROPÓSITO DE UN CASO....180

B-012 COSTE-EFICACIA DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO (PAPPA). RESULTADOS PRELIMINARES....181

B-013 EL PERFIL DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO CRÓNICO QUE INGRESA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA POR SOBREINGESTA MEDICAMENTOSA..183

B-014 PROYECTO ALZHBASQUE: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA LA MEJORA DEL MANEJO DEL ALZHEIMER EN LA CAPV....184

B-015 DISEÑO DE UN PROTOCOLO PARA EL ESTUDIO DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES CRÓNICOS INGRESADOS EN HOSPITALES DE DOS COMUNIDADES AUTÓNOMAS (CASTILLA Y LEÓN Y GALICIA)....186

B-016 ALCOVE. ALZHEIMER COOPERATIVE VALUATION IN EUROPE/ PROYECTO EUROPEO DE COOPERACIÓN EN ALZHEIMER....187

B-017 PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO CORPORATIVO EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON ENFERMEDAD CRÓNICA (PAPEC) DEL SERVEI DE SALUT DE LES ILLES BALEARS....189

B-018 ¿SEGUIMOS CORRECTAMENTE A NUESTROS PACIENTES EPOC?....190

B-019 REVISIÓN DE PACIENTES CON DEMENCIA EN UNA RESIDENCIA DE MAYORES....191

B-021 ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN INTEGRAL PRESTADA A PACIENTES PSIQUIÁTRICOS CRÓNICOS QUE INGRESAN POR INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA....192

B-022 NOTIFICACIÓN AUTOMÁTICA DEL INFORME DE ALTA EN PACIENTES CRÓNICOS....193

B-023 PROYECTO PREALT: COORDINAR PARA MEJORAR....195

B-024 SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PACIENTE MAYOR POLIMEDICADO....196

B-025 ¿PODEMOS EVALUAR Y MEJORAR LA ASISTENCIA A LOS DIABÉTICOS TIPO 2?....197

B-026 ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS ASISTENCIALES. COOPERACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA Y UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS....199

B-027 APRENDIENDO A DESPRESCRIBIR: UN RETO EN PACIENTES CRÓNICOS..200

B-028 PACIENTE CRÓNICO: ATENCIÓN AL VIAJERO DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA....201

B-029 OSABIDE GLOBAL. INTEGRANDO EL ROL DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN GLOBAL AL PACIENTE CRÓNICO....202

B-030 INFLUENCIA DEL SOCIOSANITARIO EN EL HOSPITAL DE AGUDOS. PAPEL DE UNA UNIDAD FUNCIONAL INTERDISCIPLINARIA SOCIOSANITARIA PROACTIVA....203

B-031 PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE LA ASISTENCIA EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS....205

B-032 IMPACTO DE LA COMORBILIDAD EN EL CONTROL METABÓLICO DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 INMOVILIZADAS EN DOMICILIO....206

B-033 POLIFARMACIA EN PACIENTES CRÓNICOS INSTITUCIONALIZADOS ¿MANTENEMOS CRITERIOS DE CALIDAD?....207

B-034 CUIDADO AL CUIDADOR DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO....208

B-035 ESTIMACIÓN DE LA POBLACIÓN DIANA DE LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES....209

B-036 TRATAMIENTO CON DIGOXINA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS....210

B-037 FACTORES PSICOSOCIALES Y DESTINO AL ALTA DEL PACIENTE CON ICTUS....211

B-038 PRESCRIPCIÓN VERSUS DISPENSACIÓN. LA FALTA DE ADHERENCIA PRIMARIA. NO PODEMOS TOMARNOS LAS PASTILLAS POR TI....212

B-039 ATENCIÓN AL DUELO EN UN CENTRO DE SALUD. OPORTUNIDADES DE MEJORA....214

B-040 IMPLEMENTACIÓN DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE DIA EN UN HOSPITAL DE SUBAGUDOS....215

B-041 CRONICIDAD Y CONSUMO DE ANSIOLÍTICOS....216

B-042 PACIENTE PLURIPATOLÓGICO: ¿ALGUNA DIFERENCIA EN EDADES AVANZADAS?....217

B-043 EQUIVALENCIA DE DOSIS-EFECTO ENTRE EPOETINA Y DARBOEPOETINA EN TODOS LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS DE UNA COMUNIDAD AUTONÓMICA....218

B-046 MOVILIZÁNDONOS ANTE LA INMOVILIZACIÓN....219

B-047 ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO: CREACIÓN DE UNA UNIDAD DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICO....221

B-048 ¿ESTÁ JUSTIFICADO CONTINUAR EL TRATAMIENTO CRÓNICO CON BIFOSFONATOS EN LOS PACIENTES QUE HACE MÁS DE 5 AÑOS QUE LOS TOMAN?....222

B-049 ENCUESTA DE OPINIÓN SOBRE OSTEOPOROSIS EN PERSONAL SANITARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA....224

B-050 ATENDAMOS MEDIANTE CONSULTAS NO PRESENCIALES A LOS PACIENTES UROLÓGICOS CRÓNICOS QUE LO DESEEN, Y LOS QUE NO, SIGAMOS COMOSIEMPRE....225

B-052 EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE UNA RUTA ASISTENCIAL PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON EPOC....227

B-053 LA ATENCIÓN INTEGRADA ENTRE UNIDADES DE RIESGO VASCULAR Y CARDIOLOGÍA: UNA ESTRATEGIA ASISTENCIAL EFICAZ EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CORONARIOS....228

B-054 PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO CON INSUFICIENCIA CARDÍACA: EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA PARA LA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES....230

B-056 VALORACIÓN DE LA FIGURA DEL ESPECIALISTA CONSULTOR EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CRÓNICO EN EL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA....231

B-061 ASOCIACIÓN DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS EN PACIENTES DEL ÁREA MÉDICA DE UN HOSPITAL. PACIENTES CRÓNICOS Y PLURIPATOLÓGICOS: UN PROBLEMA CLÍNICO Y DE GESTIÓN....233

B-063 PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS: ASOCIACIONES DE MÚLTIPLES PATOLOGÍAS COMUNES. PACIENTES CRÓNICOS Y PLURIPATOLÓGICOS: UN PROBLEMA CLÍNICO Y DE GESTIÓN....234

B-064 IMPLANTACIÓN DEL SUPRE EN UNA U.A.P.: SEGURIDAD PARA EL PACIENTE....235

B-065 ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DE DIABETES EN ATENCIÓN PRIMARIA....236

B-066 PERFIL DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN POR FRACTURA DE CADERA EN UNA HOSPITAL DE TERCER NIVEL....238

B-067 MEJORA DEL USO DE ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS EN MAYORES DE 75 AÑOS CON EL VISADO DE INSPECCIÓN PREVIO A LA DISPENSACIÓN....239

B-069 EL SEGUIMIENTO DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA AVANZADA EN UN HOSPITAL DE CORTA-MEDIA- ESTANCIA: LA IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS....240

B-070 PREVALENCIA DEL ESTADO DE DESNUTRICIÓN Y DISFAGIA EN UNA UNIDAD DE PACIENTES CRÓNICOS DEL HOSPITAL LA FE DE VALENCIA....241

B-071 FORMULACIÓN MAGISTRAL UNA OPCIÓN PARA DETERMINADAS PATOLOGÍAS....243

B-072 ELABORACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA EN LA GESTIÓN DEL PROGRAMA DE CRÓNICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA....244

B-073 CONTROL DE LOS PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA EN UN CENTRO DE SALUD....245

B-074 MODELO DE GESTIÓN DE CASOS: IMPLICACIÓN MULTIDISCIPLINAR Y COORDINADA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO CON INSUFICIENCIA CARDIACA....246

B-076 ANÁLOGOS DE LA HORMONA PARATIROIDEA: ¿SE UTILIZAN ADECUADAMENTE?....248

B-077 EXPERIENCIA DE IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO EN UN HOSPITAL COMARCAL....249

B-078 PROPUESTA PARA LA MEJORA DE LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CRÓNICOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA: PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA (UPHUP)....250

B-079 ABORDAJE INTEGRAL DE UN PACIENTE PLURIPATOLÓGICO INMOVILIZADO....252

B-080 ATENCIÓN COMPARTIDA PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN UN ÁREA SANITARIA....253

B-082 COMUNICACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. UN CAMBIO DE ACTITUD....254

B-083 DIFERENCIA EN EL CONSUMO DE RECURSOS SOCIOSANITARIOS EN CRÓNICOS CON Y SIN COMORBILIDAD....256

B-084 COMO ES LA POBLACIÓN CON DIAGNOSTICO DE ATDOM....257

B-085 PATOLOGÍA CARDIACAS ASOCIADAS A LA EDAD: INCIDENCIA, REINGRESO Y MORTALIDAD AL AÑO....258

B-086 ANCIANOS CON PLURIPATOLOGÍA. DIAGNOSTICO: NO RENTABLE....259

B-087 EVOLUCIÓN DEL PERFIL CLÍNICO Y LA PREVALENCIA DE LAS CARDIOPATÍAS EN PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTAS EN ESPAÑA EN LA ÚLTIMA DÉCADA....260

B-088 ¿ES EFICAZ ECONÓMICAMENTE LA IMPLANTACIÓN DE LA UNIDADES DE CONTINUIDAD PRIMARIA MEDICINA INTERNA (UCAPI)?....261

B-090 ¿TENGO QUE IR A LA CONSULTA? CONSULTAS COMPLEJAS MEDIANTE SISTEMAS NO PRESENCIALES....263

B-091 RESULTADOS INICIALES DE LA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES Y REDEFINICIÓN DE ROLES EN UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE REHABILITACIÓN CARDIACA....264

B-093 VALORACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN EN LA REALIZACIÓN DE TALLERES DE FORMACIÓN DIRIGIDOS A CUIDADORES DE PACIENTES CRÓNICOS Y PLURIPATOLÓGICOS....265

B-094 SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR DE PACIENTES CON ICTUS Y DESTINO AL ALTA EN UN HOSPITAL DE SUBAGUDOS....267

B-095 LA GESTIÓN POR COMPETENCIAS COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA CONTINUIDADASISTENCIAL....268

B-097 REUNIÓN DEL EQUIPO BÁSICO ASISTENCIAL (REBA): HERRAMIENTA FUNDAMENTAL EN UN HACLE....269

B-098 COMUNICACIÓN Y COLABORACIÓN INTERNIVELES: UN OBJETIVO COMÚN, UN RESULTADO DE CALIDAD PARA TODOS....270

B-100 UNIDAD HOSPITALARIA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO DEL ASF. ANÁLISIS DESCRIPTIVO....272

B-101 PACIENTES MULTIINGRESADORES. PERFIL EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES CRÓNICOS....273

B-102 NUEVOS MODELOS DE SERVICIOS Y ATENCIÓN EN EL DOMICILIO-ZAINDARI....274

B-103 PACIENTES POLIMEDICADOS: ¿CUÁNTOS, CUÁLES, CÓMO, PARA QUÉ?...276

B-104 DESCRIPCIÓN Y EVOLUCIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LAS PERSONAS MAYORES: RESULTADOS DE UN AÑO DE SEGUIMIENTO. ESTUDIO KOS-FRÁGIL....277

B-105 CONOCIMIENTO DEL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS POR EL PACIENTE CRÓNICO QUE ACUDE AL SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE (SAIP)....279

B-106 PROVISIÓN DE NUEVOS SERVICIOS PARA LAS PERSONAS MAYORES: PROYECTO HOUSGAI....280

B-107 ATENCIÓN EN LA TRANSICIÓN; REFORZANDO ALIANZAS....282

B-108 CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN EL PACIENTE CRÓNICO. SECTOR SANITARIO ZARAGOZA II....283

B-109 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL....284

B-110 RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS....285

B-111 IMPLEMENTACIÓN DE UNA RUTA ASISTENCIAL DE INSUFICIENCIA CARDIACA. EVALUACIÓN PRELIMINAR DE LA SITUACIÓN ACTUAL MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE INDICADORES CLÍNICOS....286

B-112 ¿COMO SE SIENTEN NUESTRAS CUIDADORAS?....288

B-113 SITUACIÓN SOCIAL DE LOS PACIENTES. HOSPITAL DE CRÓNICOS DE MISLATA....289

B-114 ESTUDIO SOBRE LA AMPA EN PACIENTES HIPERTENSOS DE DOS CENTROS DE SALUD....290

B-115 EQUIPOS DE SOPORTE EXTERNOS COMO EJE INTEGRADOR DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL A PACIENTES GERIÁTRICOS EN RESIDENCIAS (EAR MUTUAM)....291

B-116 INICIO DE UN PACIENTE CRÓNICO....292

B-117 CAPTACIÓN PROACTIVA HOSPITALARIA COMO PARTE DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE CRÓNICO. PROYECTO TERRITORIAL..293

B-118 DESCOMPENSACIÓN DE LAS PATOLOGÍAS CRÓNICAS EN PACIENTES QUIRÚRGICOS: ¿DE QUIÉN ES EL PACIENTE?....295

B-119 EXPERIENCIA DE UN SERVICIO DE DERIVACIÓN DIRECTA A UN HOSPITAL DE CRÓNICOS....296

B-120 METFORMINA Y PRUEBAS RADIOLÓGICAS CONTRASTADAS EN PACIENTES DIABÉTICOS....298

B-121 VISIBILIDAD DEL PACIENTE CRÓNICO: LA PARTE OCULTA DEL ICEBERG...299

B-122 UTILIZACIÓN DE INTERCONSULTA ON-LINE ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA....301

B-123 EFECTO DE LA INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA DE GESTIÓN COMUNITARIA EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD....302

B-124 TARJETA "TE CUIDO"....303

B-125 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN INCLUIDA EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA....304

B-126 VIABILIDAD DE LA INTERVENCIÓN OPORTUNISTA DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO PARA PROMOVER EL ABANDONO TABÁQUICO EN PACIENTES CON EPOC. PROYECTO PILOTO DEL PLAN DIRECTOR DE LAS ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO (PDMAR-CATALUÑA)....306

B-127 EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD DE UN PROGRAMA INTERNIVELES DE ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS (PLAN COMPARTE). APLICACIÓN DE UN CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EUROQOL-5D....307

B-128 LA INTEGRACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL COMO EJE FUNDAMENTAL DE LA ESTRATEGIA DE CRONICIDAD.(EC)....309

B-129 PUESTA EN MARCHA DE UNA GUÍA DE ACTUACIÓN EN PACIENTES CRÓNICOS CON ANTIAGREGACIÓN Y/O ANTICOAGULACIÓN PARA ASEGURAR LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN EN ASISTENCIA PRIMARIA Y ESPECIALIZADA....310

B-130 ESTUDIO EVOLUTIVO DE LAS CAMPAÑAS DE VACUNACION GRIPE ESTACIONAL (2009 A 2012) DE LOS PACIENTES CRÓNICOS EN LOS DEPARTAMENTOS 20 Y 24 DE LA COMUNIDAD VALENCIANA....311

B-131 ANÁLISIS DE LA DEMANDA ASISTENCIAL AL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES CRÓNICOS ATENDIDOS POR ENFERMERAS DE GESTIÓN DOMICILIARIA....313

Intervenciones de promoción de salud y prevención enfermedades crónicas (C)

C-001 ESTIMACIÓN DEL PORCENTAJE DE PACIENTES NO DIAGNOSTICADOS DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN LA COMARCA DEL BAIX EBRE....315

C-004 LA PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR EN PERSONAS CON DIABETES: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA (ESTUDIO PRELIMINAR)....316

C-006 INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN PARA LA MEJORA DE LAS INTERVENCIONES EN EL PACIENTE CRÓNICO....317

C-007 PREVALENCIA DE PATOLOGÍA PODOLÓGICA EN UNA MUESTRA ALEATORIA POBLACIONAL MAYOR O IGUAL DE 40 AÑOS....319

C-008 NECESIDAD DE BUENA COMUNICACIÓN EN PACIENTE CRÓNICO....320

C-009 NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA EN POBLACIÓN DE 40 A 64 AÑOS EN EL MUNICIPIO DE CAMBRE (A CORUÑA)....321

C-010 INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS DE TRES ESTATINAS (FLUVASTATINA, ATORVASTATINA Y SIMVASTATINA) CON OTROS FÁRMACOS DE USO HABITUAL EN PACIENTES CRÓNICOS POLIMEDICADOS MAYORES DE 65 AÑOS....322

C-011 LA DEPRESIÓN COMO FACTOR DE RIESGO DE OTRAS PATOLOGÍAS: ESTUDIO DE COHORTES PROSPECTIVO (2004-2008)....323

C-012 ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL PERFIL LÍPICO EN UNA MUESTRA DE PSORIÁSICOS DE UNA ZONA BÁSICA DE SALUD....324

C-013 CONTINUACIÓN DESARROLLO DE UN PROGRAMA BASADO EN LA EVIDENCIA EN PRIMEROS Y SEGUNDOS EPISODIOS PSICÓTICOS....325

C-014 PROGRAMA PILOTO DE UN TALLER DE SALUD SEXUAL EN MAYORES DE 65 AÑOS DE UN CENTRO DE SALUD....326

C-015 SOCIOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO: ¿UN PROCESO DE IMPACTO EN EL GÉNERO FEMENINO?....328

C-016 APORTACIONES DE UN GRUPO FOCAL DE PACIENTES CRÓNICOS EN EL DIAGNÓSTICO DE SALUD DE UNA COMUNIDAD....329

C-017 ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS EN EL SECTOR SANITARIO ZARAGOZA II....330

C-018 MODIFICACIÓN DE LA ACTITUD TERAPÉUTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA TRAS LA REALIZACIÓN DE LA MONITORIZACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA (MAPA)....331

C-019 EDUCACIÓN GRUPAL PARA LA SALUD EN HIPERTENSIÓN E HIPERLIPEMIA EN ATENCIÓN PRIMARIA....332

C-020 LAS DIETAS DEL PACIENTE DIABÉTICO: LA IMPORTANCIA DEL MENSAJE CONSENSUADO....334

C-021 PROYECTO DE ESTUDIO SOBRE DÉFICIT NUTRICIONAL EN ANCIANOS FRÁGILES....335

C-023 ANÁLISIS PREVIO AL INICIO DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS....336

C-024 CALIDAD DE VIDA EN POBLACIÓN DE 40 A 64 AÑOS EN EL MUNICIPIO DE CAMBRE (A CORUÑA)....337

C-025 FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN POBLACIÓN DE 40 A 64 AÑOS....339

C-026 LA TERAPIA DE VIBRACIÓN DE CUERPO COMPLETO EN EL PACIENTE CRÓNICO DE DOLOR DE ESPALDA BAJA NO ESPECÍFICO....340

C-027 ¿DIAGNOSTICO Y PREVENCIÓN DE LA EPOC EN UNA JORNADA?....341

C-028 EFECTIVIDAD DE LA EZETIMIBA EN EL CONTROL DE LA DISLIPEMIA EN EL PACIENTE DIABÉTICO....343

C-031 ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ASOCIADA AL SÍNDROME METABÓLICO: ESTUDIO SIMETRIC....344

C-032 MEJORAS EN LA COBERTURA DE RETINOGRAFÍAS EN LA POBLACIÓN DIABÉTICA, MEDIANTE LA IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DE RETINÓGRAFO ITINERANTE....345

C-034 PROGRAMA GLOBAL DE EDUCACIÓN Y APOYO A LA PERSONA CON DIABETES DIRIGIDO AL PERSONAL SANITARIO Y AL COLECTIVO DE PACIENTES....346

C-035 INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS RELEVANTES EN ANCIANOS POLIMEDICADOS Y ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS....348

C-036 ACEPTABILIDAD DE LA REALIZACIÓN DE LA COLONOSCOPIA COMO PRUEBA DIAGNÓSTICA EN LA POBLACIÓN CON RIESGO MEDIO A PADECER CÁNCER COLORRECTAL (CCR)....349

C-037 ESTUDIO SOBRE PACIENTE CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y COMPARACIÓN CON OTROS ESTUDIOS....350

C-038 FACTIBILIDAD Y EFECTIVIDAD EN LA PRÁCTICA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE OSAKIDETZA DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DT2 (DEPLAN)....351

C-039 PROGRAMA DE VACUNACIÓN INTENSIVO EN UN SERVICIO DE NEFROLOGÍA....353

C-041 CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN ANCIANOS ONCOLÓGICOS E HIPERTENSOS CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN ANCIANOS ONCOLÓGICOS E HIPERTENSOS....353

C-042 ESTATINAS Y FALLO RENAL AGUDO EN PACIENTE MAYOR. CASO CLÍNICO....354

E-Health, Sanidad 2.0 y TICs para el cuidado y apoyo de pacientes crónicos (D)

D-002 CARACTERÍSTICAS DE LA ASISTENCIA SANITARIA AL PACIENTE CRÓNICO EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD ELCHE-HOSPITAL GENERAL (LÍNEA BASE DEL PROGRAMA VALCRONIC).....356

D-003 SEMIAUTOMATIZACIÓN DE LA PERSONALIZACIÓN DE MEDICAMENTOS A PACIENTES CRÓNICOS Y POLIMEDICADOS.....357

D-004 PITES: PLATAFORMA DE INNOVACIÓN EN NUEVOS SERVICIOS DE TELEMEDICINA Y E-SALUD PARA PACIENTES CRÓNICOS.....358

D-005 WEB DE INFORMACIÓN SANITARIA A CIUDADANOS Y PACIENTES.....359

D-006 UTILIZACIÓN HOSPITALARIA DE PACIENTES CRÓNICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL, ANÁLISIS PREVIO A IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA VALCRONIC.....360

D-007 PLATAFORMA PITES: ENTIDAD CENTRO COORDINADOR DE INTERVENCIONES.....362

D-008 PITES: PLATAFORMA TECNOLÓGICA PARA EL DESPLIEGUE Y EVALUACIÓN DE NUEVOS SERVICIOS DE TELEMEDICINA Y E-SALUD DIRIGIDOS AL PACIENTE CRÓNICO.....363

D-009 CON OSABIDE GLOBAL, LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA ÚNICA DE OSAKIDETZA LOS SUEÑOS PUEDEN CUMPLIRSE Y LA UTOPÍA ALCANZARSE, Y LOS PACIENTES CRÓNICOS ESTÁN MEJOR ATENDIDOS.....365

D-010 GRACIAS A LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA, LOS EVENTOS ADVERSOS ATRIBUIDOS A LA MEDICACIÓN EN LOS PACIENTES CRÓNICOS YA NO OCUPAN EL 1º LUGAR, SINO EL 3º.....366

D-011 CÓMO INTRODUCIR CON ÉXITO NUEVAS TECNOLOGÍAS EN ENTORNOS DE MAYORES DEPENDIENTES: EL CASO DE LA ROBÓTICA SOCIAL.....368

D-012 EVITAMOS IR AL CENTRO DE SALUD A > DE 1.200.000 PERSONAS GRACIAS A LAS CONSULTAS NO PRESENCIALES VÍA TELÉFONO EN ATENCIÓN PRIMARIA.....369

D-013 CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE CRÓNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA AL ALTA HOSPITALARIA. TICS ENTRE ÁMBITOS ASISTENCIALES. "RIBERA AUTOMÁTICO".....370

D-014 VALIDACIÓN CLÍNICA DE UNA HERRAMIENTA DE AYUDA EN LA TOMA DE DECISIONES EN EL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE EN EL PACIENTE DE ALTO RIESGO VASCULAR.....372

D-015 LOS ESTUDIOS DE APNEAS DEL SUEÑO EN DOMICILIO CON TELEMONITORIZACIÓN A DOMICILIO DE PACIENTES CRÓNICOS REDUCEN LA DEMORA, AUMENTAN LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES Y LA EFICIENCIA DEL SISTEMA.....373

D-016 LAS CONSULTAS NO PRESENCIALES EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO MEJORAN LA CALIDAD DE VIDA Y LAS RELACIONES PRIMARIA-ESPECIALIZADA, Y ELLO ES POSIBLE POR LA HISTORIA ELECTRÓNICA ÚNICA.....375

D-018 REHABILITACIÓN DE PACIENTES CON EPOC EN SU DOMICILIO A TRAVÉS DE EJERCICIOS, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN FRENTE A LA TELEVISIÓN.....376

D-019 DESARROLLO DE UN PROYECTO DE TELEMEDICINA EN LA ATENCIÓN A PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS.....377

D-020 MEJORA EN LA ACCESIBILIDAD A RECOMENDACIONES SOBRE AUTOCUIDADOS.....378

D-021 INTERNET Y REDES SOCIALES: INNOVACIÓN EN EL CONTROL DEL PACIENTE CRÓNICO.....380

D-022 MEJORA DE LA ATENCIÓN A LOS NIÑOS ESCOLARIZADOS CON PARÁLISIS CEREBRAL GRACIAS AL APOYO DE LA TELEMEDICINA EN DIRECTO.....381

D-023 PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA VALCRONIC, CAPITULO ELCHE.....382

D-025 CONSULTA DE CRÓNICOS, ¿DÍGAME?.....383

D-026 PERFIL DEL PACIENTE POLIMEDICADO MAYOR DE 65 AÑOS DE UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA RURAL DE ANDALUCÍA.....384

D-027 ¿QUE PENSAMOS LOS MÉDICOS DEL USO DE INTERNET POR PARTE DE LOS PACIENTES?.....386

D-028 ¿UTILIZAN LOS PACIENTES LAS TICS?.....387

D-029 OPINIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE LA TOMA DE DECISIONES EN CONSULTA Y SU RELACIÓN CON LAS TICS.....388

D-030 LA TELEMONITORIZACIÓN DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN PACIENTES CRÓNICOS CON DESFIBRILADOR MEJORA LA VIDA DIARIA, Y LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES.....389

D-031 INNOVANDO EN PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA EL PACIENTE CRÓNICO GRACIAS A LA INCORPORACIÓN DEL HISTORIAL DOSIMÉTRICO A SU HISTORIA CLÍNICA.....391

Equipos y nuevos perfiles profesionales en la atención a crónicos (E)

E-001 ANÁLISIS DE MORTALIDAD EN UN HOSPITAL DE SUBAGUDOS....393

E-002 COORDINACIÓN ENTRE M. DE FAMILIA Y PSIQUIATRÍA: UNIDAD DE PSICOSIS TEMPRANA....394

E-004 COMPETENCIAS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO EN OSAKIDETZA....395

E-005 EFECTOS DE LAS SESIONES DE MUSICOTERAPIA SOBRE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL DE DÉNIA....397

E-006 EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA COMUNITARIO DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL PARA LA MEJORA DE LA SINTOMATOLOGÍA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA (A.P.): ESTUDIO PILOTO....398

E-007 LA MUSICOTERAPIA COMO TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO EN UNA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS....399

E-008 RESULTADOS DEL MANEJO INTEGRAL DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN MEDICINA INTERNA. EL PROGRAMA UMIPIC....401

E-010 NUEVOS ROLES ENFERMEROS: ENFERMERA GESTORA DE COMPETENCIAS AVANZADAS Y DE ENLACE HOSPITALARIO (EGCA/EGEH)....402

E-011 ¿CONOCEMOS EL IMPACTO ECONÓMICO DE LOS MEDICAMENTOS ACUMULADOS EN EL DOMICILIO DE PACIENTES POLIMEDICADOS?....403

E-014 HOSPITAL DE CRÓNICOS DE MISLATA: UN ESTUDIO POR UNIDADES FUNCIONALES....405

E-016 PROGRAMA PILOTO DE ATENCIÓN SANITARIA A LA POBLACIÓN INSTITUCIONALIZADA EN RESIDENCIAS GERIÁTRICAS EN BARCELONA....406

E-017 UTILIDAD DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA (VMNI) EN UN HOSPITAL DE SUBAGUDOS....407

E-018 SEGUIMIENTO DE PACIENTES ANTICOAGULADOS: UN EJEMPLO DE GESTIÓN COMPARTIDA DE LA DEMANDA EN UN CENTRO DE SALUD....408

E-019 EL TRABAJO EN EQUIPO Y LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN PACIENTES CRÓNICOS. ELEMENTO CLAVE PARA GARANTIZAR LA CALIDAD ASISTENCIAL....410

E-020 AYUDAR A LOS CUIDADORES....411

E-022 PAPEL DE LA ANTICOAGULACIÓN ORAL Y ANTIAGREGACIÓN EN LA DEMORA QUIRÚRGICA DE LOS PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL....412

E-023 EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DE ALUMNOS EN UNA ACCIÓN FORMATIVA ESPECÍFICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS COMPLEJAS A TRAVÉS DE UN ENTORNO VIRTUAL DE APRENDIZAJE....413

E-024 PRINCIPALES CONSIDERACIONES ANTE EL PACIENTE EN PREVENCIÓN SECUNDARIA DE ICTUS QUE REQUIERE EXODONCIAS....415

E-025 PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS ATENDIDOS EN DIFERENTES TIPO DE HOSPITAL ¿SON DIFERENTES?....416

E-026 CAPTACIÓN DE PACIENTES DOMICILIARIOS DESDE LA IMPLANTACIÓN DE LOS NUEVOS PERFILES DE ENFERMERÍA: ENFERMERA DE ENLACE HOSPITALARIO Y ENFERMERA DE GESTIÓN COMUNITARIA EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD ELCHE-HOSPITAL GENERAL....418

E-027 SATISFACCIÓN LABORAL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE TRABAJAN CON P. CRÓNICOS VS EN OTROS SERVICIOS....419

E-028 LA RED DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS CARDIOVASCULARES DE ATENCIÓN PRIMARIA (RECCAP). FOMENTADORA DE CUIDADOS CARDIOVASCULARES INTEGRALES....420

E-030 EXPERIENCIA DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE EMBARAZO Y ENFERMEDAD AUTOINMUNE SISTÉMICA EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE....422

E-033 LOS RETOS DE UN EQUIPO DE SOPORTE EXTERNO PARA EL ABORDAJE DEL PACIENTE CRÓNICO EN LAS RESIDENCIAS GERIÁTRICAS DE BARCELONA....423

E-036 INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON PACIENTES INFARTADOS. COMO PREVENIR FUTUROS INFARTOS....424

E-037 COLABORACIÓN SOCIOSANITARIA EN EL PACIENTE CRÓNICO: SI QUIERES LLEGAR RÁPIDO CAMINA SOLO, PERO SI QUIERES LLEGAR LEJOS CAMINA ACOMPAÑADO....426

E-038 PROYECTO IZARO: UNA HERRAMIENTA PARA LA ATENCIÓN NO PRESENCIAL DEL PACIENTE CRÓNICO, A TRAVÉS DEL CONSEJO SANITARIO EN OSAKIDETZA....427

Autocuidado y responsabilización de los pacientes (F)

F-002 EDUCACIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS.....429

F-003 COMUNICACIÓN EN PACIENTE JOVEN CRÓNICO.....430

F-005 ELABORACIÓN DE UN MANUAL PARA CUIDADORES DE ENFERMOS CON NECESIDADES PALIATIVAS.....431

F-008 ESTUDIO PILOTO SOBRE HEALTH LITERACY EN UNA MUESTRA DE PACIENTES MAYORES CRÓNICOS HOSPITALIZADOS.....432

F-010 PROYECTO: TALLER DE APRENDIZAJE PARA LA AUTOMEDIDA Y REGISTRO DE LA TENSIÓN ARTERIAL (AMPA).....433

F-011 ¿EL CAMBIO DE FORMATO EN LOS FÁRMACOS GENÉRICOS CONFUNDE A LOS MAYORES?.....434

F-012 LA IMPORTANCIA DE CONCILIAR MEDICACIÓN EN EL PACIENTE CRÓNICO.....436

F-013 PLANIFICACIÓN DE TRIAJE ENFERMERO EN UNA U.A.P.....437

F-014 DIABETES, OBESIDAD Y SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES EN ATENCIÓN PRIMARIA.....438

F-015 CONSEJO ASESOR DE PACIENTES COMO HERRAMIENTA DE PARTICIPACIÓN YCORRESPONSABILIDAD.....439

F-016 INHALADORES: ¿EXPLICAMOS CORRECTAMENTE EL MANEJO A NUESTROS PACIENTES?.....440

F-017 AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA.....441

F-018 PACIENTES MÁS ACTIVOS A TRAVÉS DE UNA GUÍA EDUCATIVA PARA JÓVENES Y ADULTOS CON DIABETES TIPO 1.....442

F-019 CONOCIENDO MI CUPO. ENFERMERÍA Y SU PAPEL EN LA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO DEL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO (PP).....444

F-020 PROYECTO TRIAP. RACIONALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS: DIABETES E HIPERTENSIÓN ARTERIAL..445

F-021 UNA NUEVA MANERA DE CUIDARTE.....446

F-022 UNA NUEVA MANERA DE CUIDARTE II (ASESORÍA DE SALUD ONLINE).....447

F-023 PROYECTO DE ESCUELA DE CAPACITACIÓN EN AUTOCUIDADOS CARDIOVASCULARES (ECAPA).....448

F-024 EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE DIABÉTICO.....449

Las comunicaciones con referencia B-096, C-005 y F-004 han sido retiradas a última hora del Congreso, por lo que no aparecen en el libro de comunicaciones

COMUNICACIONES ORALES

Políticas y estrategias regionales y locales frente a la cronicidad (A)

A-17 LA ATENCIÓN PRIMARIA Y RETO DEL ABORDAJE INTEGRAL DEL PACIENTE CRÓNICO (PCC) COMPLEJO (PCC)

C. Beni Pardo, M. Puigdollers García, I. Vallverdú Duch, M. Miro Orpinell, À. Guarga Rojas

Regió Sanitaria Barcelona-CatSalut. CatSalut. Barcelona

OBJETIVOS

El envejecimiento actual de la población, el incremento de las enfermedades crónicas hacen necesario un cambió de modelo de atención. El Plan de Salut de Catalunya 2011-2015 define una línea de actuación orientada a los pacientes crónicos, basada en: definición de procesos clínicos, programas de promoción, prevención y autorresponsabilidad, desarrollar alternativas asistenciales y programas de uso racional de los medicamentos. En la Región Sanitaria de Barcelona (RSB), con una Población de 5.063.118 de habitantes de los cuales 838.456 son mayores de 65 años, hay diferentes proyectos y se ha realizado un análisis descriptivo de cada uno de ellos. Objetivos: 1.Conocer las características de los diferentes proyectos y experiencias en cuanto a modelos de estratificación, clasificación de pacientes, recursos implicados, dispositivos específicos, modelos organizativos y evaluación de la intervención (diseño de indicadores de proceso i resultado utilizados) 2.-Aplicación de formulas de atención integradas que mejoren la calidad de atención al paciente crónico complejo de manera que sean más resolutivas, adecuadas, eficientes y satisfactorias.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis cualitativo mediante entrevistas realizadas a los responsables de 20 experiencias relacionadas con de abordaje del PCC en el territorio de la RSB. Los Ítems valorados han sido: 1. Características de la población diana (patologías, grupo de edad, dependencia, polimedicación y utilización de recursos: ingresos, días de estancia y urgencias hospitalarias) 2. Agrupadores de selección de PCC 3.Dispositivos implicados y lideraje del proyecto 3. Formules organizativas (gestión de casos, proactividad, acuerdos entre agentes implicados 4. Sistemas de información compartidos 5.- Resultados de evaluación.

RESULTADOS

De las 20 experiencias el 75% utilizan como criterios de selección de pacientes la pluripatología, multifrecuentación de servicios y polimedicación. El 90% de las experiencias han incluido en su inició a los pacientes con insuficiencia cardiaca. Un 25% utilizan agrupadores ACG y/o CRG para seleccionar los pacientes. En cuanto a los dispositivos implicados en el 100% participa la atención primaría y en el 94% participan los hospitales. En el 75% de los casos lidera las actuaciones territoriales la atención primaria y en el 25% lo lideran los hospitales. En un 75% participan los recursos sociosanitarios y en el 30% el servició de emergencias médicas y los centros de urgencias de atención primaría. Cinco de las experiencias disponen de dispositivos específicos (hospital de día o equivalente).Los sistemas organizativos comunes en todas las experiencias para la atención de los pacientes son mediante actuaciones proactivas que se abordan desde la gestión de casos, equipos específicos de profesionales. La mayoría de experiencias no disponen de una plataforma informática compartida. Cuatro de las experiencias han sido evaluados favorablemente y los resultados más destacables son: Maresme (250.000 habitantes) reducen un 7% de las urgencias médicas y un 5% los ingresos hospitalarios en pacientes >75 años pluripatológicos; Vallés Oriental (240.000 habitantes) reducen un 50% de las urgencias y un 17% los ingresos hospitalarios en pacientes crónicos reingresadores; Alt Penedés (100.000 habitantes) reducen un 45% en los ingresos urgentes, un 25% en las visitas a urgencias hospitalarias y un 50% las visitas a urgencias de atención primaria y en Barcelona ciudad la intervención en 92 residencias geriátricas reducen las urgencias hospitalarias en un 3% y los ingresos en un 15%.

CONCLUSIONES

Se hace necesario un sistema homogéneo de identificación y clasificación de pacientes. La implicación de atención primaria en el lideraje de las experiencias favorece la atención integral de los PCC. Disponer de dispositivos específicos para la atención al PCC en caso de descompensación ofrecen una cobertura horaria más amplia y son una alternativa a la hospitalización. Para una mejor organización y coordinación se ha visto la necesidad de establecer plataformas informáticas que permitan la comunicación on-line entre los diferentes agentes implicados. Hace falta homogeneizar y fortalecer sistemas de evaluación que nos permiten conocer los resultados de las intervenciones a fin de adecuar el modelo de atención para una mayor eficiencia.

A-39 NUEVO MODELO DE CONTRATACIÓN COMO PALANCA DE CAMBIO EN LA TRANSFORMACIÓN DEL MODELO DE PROVISIÓN SANITARIA EN EL PAÍS VASCO

P. Arratibel Ugarte, J. Mora Amengual, J. Begiristain Aranzasti, A. Olaskoaga Arrate, A. García de Alcaraz Pareja, J. Quintas Diez, C. Santarrosa Mateo, E. Alkiza Eizagirre

Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Vitoria (Álava)

OBJETIVOS

-El nuevo modelo de contratación y financiación (MC) del Sistema Sanitario Vasco, pretende alinear y orientara las organizaciones de asistencia sanitaria (OS) hacia la creación

de microsistemas, entendiéndose por ello, la coordinación de OS con responsabilidad compartida.-Establecer objetivos estratégicos con lógica poblacional según estratificación del riesgo.-Generar mejoras de atención y de salud, así como, generación de eficiencias. Dicha propuesta pretende aportar sostenibilidad al sistema sanitario a la vez que actuar como elemento incentivador para las OS, ya que parte de la generación de las eficiencias revierte a las organizaciones.

MATERIAL Y MÉTODO

Agrupación de las OS en 11 microsistemas según su población. Definición del MC: vinculación del 3% de la financiación de las OS de cada microsistema (comarca de atención primaria, hospital de agudos y subagudos), a Planes de intervención poblacionales (PIP) (2%), calidad (0,5%) e innovación (0,5%). Definición de Planes de Intervención Poblacionales priorizando las patologías más prevalentes y con mayor necesidad de coordinación entre niveles asistenciales. Utilización de la herramienta de estratificación para la selección de los grupos a intervenir proactivamente.

RESULTADOS

1. Un total de 44 PIP, 4 por microsistema: pluripatológico (gestión del caso) EPOC, IC y Diabetes (gestión de la enfermedad). Población diana a intervenir: 3.575 pluripatológicos, 5.294 EPOC, 10.984 Diabetes y 3.699 IC 2. Marco evaluativo para cada intervención y definición de los criterios de ponderación y reparto del dinero comprometido por cada microsistema para la consecución del Plan de Intervención.

DISCUSIÓN

El MC conlleva una serie de cambios respecto al actual: de objetivos individuales a objetivos compartidos entre las OS de un mismo microsistema, de una medicina reactiva a una medicina proactiva, del pago por actividad a medición por resultados en salud, de una atención generalizada a una atención adaptada a necesidades y morbilidad del paciente, entre otros. Estos cambios deben ser gestionados e interiorizados por las OS.

CONCLUSIONES

Los cambios introducidos en el MC persiguen el objetivo de ir hacia la integración y coordinación de todos los agentes que atienden a una misma población (incluyendo la Salud Pública como un agente más), con el objetivo de avanzar hacia un enfoque de provisión de servicios más centrado en el paciente, adaptado a la atención de sus necesidades y con una mayor coordinación entre niveles asistenciales que facilite la atención continuada que requieren los pacientes crónicos (atendiéndolos en el lugar más adecuado a su necesidad de salud). Como resultado se espera la mejora de la calidad de vida de los pacientes, así como, la consecución de eficiencias en el sistema derivadas de una menor fragmentación.

A-49 RECALIBRACIÓN DEL PALLIATIVE PROGNOSTIC INDEX PARA LA PREDICCIÓN DE MORTALIDAD DE UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADÍOS AVANZADOS

M. García Gutiérrez[1], A. Ruiz Cantero[2], M. Ollero Baturone[1], B. González Gisbert[3], L. Joya[4], M. Bernabéu Wittel[1], H. Llorente Cancho[5], en representación de los investigadores del Proyecto Paliar (Grupo PPPyEA de la SEMI)

[1]Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

[2]Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)

[3]Medicina Interna. Hospital Pare Jofre. Valencia

[4]Medicina Interna. Hospital de Leganés. Leganés (Madrid)

[5]Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca

OBJETIVOS

Analizar la precisión del Palliative Prognostic Index (PPI), aplicado a los pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en estadio avanzado incluidos en el proyecto PALIAR, y proceder a su recalibración para adaptarlo a las características de estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo observacional multicéntrico de 41 hospitales españoles, con inclusión de pacientes identificados durante la hospitalización, consultas, ú hospitalización domiciliaria entre Febr2009-Sept2010. Se incluyeron pacientes con una ó más de las siguientes condiciones: Insuficiencia cardiaca con disnea basal >=III de la NYHA; insuficiencia respiratoria con disnea basal >=III MRC y/o satO2<90% y/o O2domiciliaria; insuficiencia renal crónica estadio 4-5 de NKF; hepatopatía crónica escala Child-Pugh >7; y/o enfermedad neurológica con deterioro cognitivo/funcional establecidos (Pfeiffer>6 y/o MEC<=18 y/o Barthel<60). Se analizó la precisión del PPI en la predicción de la mortalidad a los 180 días; para lo cual se evaluó la calibración mediante el test de la bondad ajuste de Hosmer-Lemeshow sobre la probabilidad pronosticada de fallecer y el desarrollo final del evento, y el poder discriminativo mediante las curvas COR y el cálculo del área bajo la curva (AUC). La recalibración del índice se llevó a cabo analizando las puntuaciones en el PPI de cada cuartil ascendente de probabilidad de fallecer, construyendo ulteriormente curvas de Kaplan-Meier para cada estrato de riesgo; la comprobación de las diferencias en las trayectorias de supervivencia de cada estrato se analizó mediante el test del logaritmo del rango. Finalmente se comparó la precisión del PPI con la obtenida para el índice de Charlson. Todos los cálculos se llevaron a cabo utilizando el paquete estadístico SPSS 18.0.

RESULTADOS

La mortalidad global de los 1788 pacientes que finalizaron el seguimiento fue del 37.5%. La calibración en la predicción de mortalidad fue buena (bondad de ajuste con p=.21), oscilando la probabilidad pronosticada entre 0-0.25 en el primer cuartil de riesgo, y 0.48-0.8 en el último cuartil. La mortalidad en el grupo de pacientes con puntuaciones de 0-2 fue del 17.3% (supervivencia media=163±2.3 días); en aquéllos con puntuaciones 3-4 del 33% (supervivencia media=142±3.4 días); en aquéllos con puntuaciones 5-7 del 40% (supervivencia media=134±3.3 días); y en aquéllos con puntuaciones superiores a 7 puntos del 48% (supervivencia media=118±2.7 días; p<.0001 entre estratos).El poder discriminativo del PPI fue aceptable en la cohorte global (AUC=.69 [.665-.717]), p<.0001). La calibración del índice de Charslon fue buena (bondad de ajuste del modelo con p=.2), y el poder discriminativo (AUC=.52 [.49-.55], p=.06).

CONCLUSIONES

La recalibración del PPI para predecir la mortalidad de los pacientes incluidos fue buena en los 4 estratos de riesgo que se obtuvieron, y su poder discriminativo aceptable, superior al del índice de Charlson.

A-50 INDICE DE BARTHEL Y PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE. ¿CUÁL PREDICE MEJOR LA MORTALIDAD DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADÍOS AVANZADOS?

A. Ruiz Cantero[1], J. Murcia Zaragoza[2], E. González Escoda[3], L. Alvela[4], L. De la Higuera Vila[5], J. Praena Segovia[5], D. Nieto Martín[5], en representación de los investigadores del Proyecto Paliar (Grupo PPPyEA de la SEMI)

[1]Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)
[2]Servicio de Medicina Interna. Hospital Vega Baja de Orihuela. Alicante
[3]Servicio de Medicina Interna. Hospital San Vicente del Raspeig. Alicante
[4]Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca
[5]Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

Analizar la calibración, poder discriminativo y el punto de corte óptimo del índice de Barthel (IB) y el Palliative Performance Scale (PPS), para predecir la mortalidad a 180 días, en los pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en estadio avanzado incluidos en el proyecto PALIAR.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo observacional multicéntrico de 41 hospitales españoles, con inclusión de pacientes identificados durante la hospitalización, consultas, ú hospitalización domiciliaria entre Febr2009-Sept2010. Se incluyeron pacientes con una ó más de las siguientes condiciones: Insuficiencia cardiaca con disnea basal >=III de la NYHA; insuficiencia respiratoria con disnea basal >=III MRC y/o satO2<90% y/o O2domiciliaria; insuficiencia renal crónica estadio 4-5 de NKF; hepatopatía crónica escala Child-Pugh >7; y/o enfermedad neurológica con deterioro cognitivo/funcional establecidos (Pfeiffer>6 y/o MEC<=18 y/o Barthel<60). Se analizó la precisión del IB y el PPS en la predicción de la mortalidad a los 180 días; para lo cual se evaluó la calibración mediante el test de la bondad ajuste de Hosmer-Lemeshow sobre la probabilidad pronosticada de fallecer y el desarrollo final del evento, y el poder discriminativo mediante las curvas COR y el cálculo del área bajo la curva (AUC). Por último se determinaron la sensibilidad (S), especificidad (E), VPP, y VPN utilizando como puntos de corte para el IB una puntuación <60 (dependencia severa), y <20 (dependencia total); y para el PPS una puntuación <=50 (vida cama-sillón), y <=30 (encamado), utilizando como criterio de verdad el desarrollo del evento principal a los 30, 60, 90, 120, 150, y 180 días de seguimiento.

RESULTADOS

La calibración en la predicción de mortalidad fue buena para el IB (bondad de ajuste con p=.32), y subóptima para el PPS (bondad de ajuste con p=.002). El poder discriminativo de ambas escalas funcionales fue bajo, y discretamente mejor para el IB (AUC=.339 [.312-.365]), que para el PPS (AUC=.31 [.284-.335]). Los valores de S, E, VPP y VPN del IB fueron superiores cuando se utilizó como punto de corte el dintel de 60 puntos (85, 36, 20, y 93% a los 30 días; 83, 38, 28, y 88% a los 60 días; 82, 39, 34, y 85% a los 90 días; 80, 39, 38, y 81% a los 120 días; 80, 40, 41, y 80% a los 150; y 79, 40, 44, y 77% a los 180 días, respectivamente. La S, E, VPP, y VPN del PPS fue superior utilizando el dintel funcional <=50 (vida cama-sillón) (88, 36, 21, y 94% a los 30 días; 86, 38, 29, y 90% a los 60 días; 86, 39, 35, y 87% a los 90 días; 84, 40, 39, y 85% a los 120 días; 84, 41, 42, y 83% a los 150, y 83, 41, 46, y 80% a los 180 días, respectivamente).

CONCLUSIONES

Las escalas funcionales de Barthel y PPS son subóptimos predictores de mortalidad a los 180 días cuando son aplicadas a pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en estadíos avanzados.

A-52 EL ABORDAJE DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA EN LA REORDENACIÓN DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

C. Zara[1], A. Coma[1], A. Rubio[2], S. Pérez[2], C. Benet[3]
[1]Dirección Farmacia. Región Sanitaria BCN. Barcelona
[2]Farmacia y Dirección AP. CIS Cotxeres (CSC). Barcelona
[3]Secretaría Técnica. Región Sanitaria BCN. Barcelona

OBJETIVOS

Incrementar la eficiencia y seguridad de los tratamientos farmacológicos de los pacientes crónicos y/o polimedicados garantizando la sostenibilidad del sistema; Integrar la prescripción farmacéutica de todos los niveles asistenciales en un único plan terapéutico y facilitar el acceso y la utilización por parte del paciente; implantar programas de revisión y conciliación de la medicación crónica en el territorio Norte de Barcelona y mejorar la adherencia al tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño:¿De dónde nace?;disposición 5/07 del 2011 de la Conselleria de Salut de la Generalitat de Catalunya sobre el programa de prevención y atención a la cronicidad con vigencia(2011-2014);ENCARGO: A LA DIRECCIÓN DE FARMACIA DE LA REGIÓN SANITARIA DE BARCELONA sobre el abordaje integral de la prescripción farmacéutica en la reordenación de la atención al paciente crónico complejo(PCC);MÉTODO: Estudio descriptivo sobre polimedicación en el PCC; AMBITO DE ACTUACIÓN: TERRITORIO NORTE DE BARCELONA CIUDAD; SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN(PCC):personas>14años con 2 ó más ingresos hospitalarios no programados en el último año y que tienen como mínimo 1 ó más de los siguientes DX: ICC, CI, MPOC, DM, Neoplasias, AVC, DEMENCIAS, HEPATOPATÍA, TMS, SIDA Y que además consumen 10 o más Fármacos y los ingresos han generado 9 o más días de hospitalización; variables analizadas: número de principios activos por paciente, prescripción papel/receta electrónica, prescripción MHDA, adherencia terapéutica, adecuación del fármaco prescrito según el principio activo. Propuestas: Creación de un grupo de mejora de la utilización del medicamento en el PCC.

RESULTADOS

1.Hemos definido las características sociodemográficas, las patologías crónicas y la polimedicación de estos pacientes;2.Hemos realizado un estudio cualitativo y cuantitativo sobre los fármacos que tienen prescritos y su consumo;3.Destaca el alto número de principios activos prescitos facturados(promedio:13);4.Se han observado diferencias en el nº de prescripciones entre diferentes proveedores(intervalo 1-7);5.Duplicidades prescripción papel/receta electrónica;6.Predominan los grupos terapéuticos en patología cardiovascular y respiratoria;7. Alto consumo de productos sanitarios;8.Inadecuación en la prescripción de algunos fármacos;9. Falta de adherencia terapéutica;10.Hemos creado un grupo multidisciplinar de la utilización del medicamento.

DISCUSIÓN

El sistema sanitario dedica aproximadamente el 75% de los recursos a atender el 5% de la población donde están incluidos los PCC. El gasto farmacéutico en estos pacientes según el coste por cápita supone 9.000E versus 1.200E que supone la población total. Nuestro abordaje en farmacia no está basado tanto en temas economicistas sino fundamentalmente en la adecuación de la prescripción teniendo en cuenta la seguridad para mejorar la calidad y la eficiencia de la prescripción.

CONCLUSIONES

Consideramos que las estrategias a seguir en la prestación farmacéutica de los PCC serían:1. Revisión periódica del plan de medicación;2.Conciliación de la medicación(protocolizar las diferentes líneas asistenciales, comunicación AE-AP, Acceder a HCC);3.Seguimiento en la adherencia terapéutica;4.Grupos de mejora multidisciplinares de la utilización del medicamento (farmacéuticos, geriatras, enfermeras, médicos de familia...);5.Corresponsabilizar a los pacientes;6.Integración del plan de medicación en todos los niveles asistenciales;7.Incorporar sistemas de alerta automatizados(interacciones, duplicidades).

A-53 IMPACTO DE LA COMORBILIDAD Y EL CONSUMO DE RECURSOS EN PACIENTES CRÓNICOS. UTILIDAD DEL INSTRUMENTO CRG

R. Morral Parente[1], M. Figuerola[2], C. Juan Andrés[1], R. Gracia Escoriza[1], D. Monterde[1]
[1]Institut Català de la Salut. Direcció Atenció Primaria Metrop. ICS. Metropolitana Nord (Barcelona)
[2]Institut Català Oncología. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

OBJETIVOS

1-conocer los factores que explican la variabilidad en el uso de servicios y recursos. 2-agrupación de morbilidad poblacional para demostrar el gran impacto de las patologías concomitantes.3-diseñar modelos de atención adaptados a las necesidades de pacientes crónicos.

MATERIAL Y MÉTODO

Hemos podido analizar 4,2 millones de pacientes atendidos durante el 2010 en el Instituto Catalán de la Salud (prestador 80% de servicios de atención primaria de Cataluña). Las variables analizadas han sido: Edad, sexo, morbilidad medida mediante los Clinical Risk Groups, (CRG), número de visitas, gasto farmacéutico, ingresos hospitalarios, con sus respectivas estancias y complejidad medida según los Grupos Relacionados por el Diagnóstico, (GRD).

RESULTADOS

Un 44% de la población general atendida de todas las edades tiene una o más patologías crónicas (PC), En pacientes de más de 65 años se observa más de un 75% con alguna patología crónica (PC) importante. De todos ellos, la proporción con más de una PC es superior al 40%. Por patologías, sólo un 19% de los clasificados en alguno de los CRG relacionados con diabetes presentan únicamente esta enfermedad. En la Insuficiencia cardiaca es del 20%. Mientras que en el EPOC el 22%. Media de visitas anuales en pacientes con una PC de más de 65 años oscila entre 10 y 15. La frecuentación oscila entre 15 y 30 visitas anuales cuando coexiste más de una PC. El gasto en farmacia sin PC es de 60 euro/año. En pacientes con una única PC de más de 65 años oscila entre 500 y 750 euros/año. En aquellos casos con más de una PC, el gasto incrementa y oscila entre 800 y 1600 euros/año. En cuanto a los resultados hospitalarios, el 7.5% de los pacientes con una PC ha sido ingresado. Esto asciende al 15% en caso de tener dos PC, y supera el 25% en caso de padecer tres o más. En caso de padecer una PC la estancia media por ingreso es de 6 días con una complejidad media relativa de 2.

DISCUSIÓN

Gran valor de la clasificación de morbilidad del 80% de la población general atendida desde la atención primaria de Catalunya. La prevalencia de PC es elevada en pacientes de avanzada edad. Elevada comorbilidad con gran impacto en consumo de recursos. Necesidad de reorientar el abordaje de estos pacientes desde la Atención Primaria. Esta clasificación por morbilidad constituye el primer eslabón de un programa de crónicos que estamos elaborando y que cómo premisa fundamental integrará historia clínica de especializada-hospital con historia clínica de la atención primaria. El futuro, ya presente, se nos hecha encima y sino somos capaces desde la atención primaria de asumir este gran reto que se nos presenta, nuestra esencia se volatilizará...

CONCLUSIONES

1-Los factores que mejor explican la variabilidad en el uso de servicios y el consumo de recursos son básicamente la existencia de PC y/ su concomitancia. 2-Al agrupar por morbilidad poblacional, observamos el impacto que provocan las patologías crónicas, tanto en visitas, consumo de fármacos y en ingresos hospitalarios. 3-Necesidad imperiosa de establecer modelos adaptados a las necesidades de estos pacientes para poder aumentar su calidad de vida en el entorno más adecuado para ellos, la comunidad.

A-56 DESCRIPCIÓN Y COMPARACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO EN 4 COMUNIDADES AUTÓNOMAS. ESTUDIO EURHOMAP ETES

C. Nogueras Rimblas[1], S. Jiménez Panes[2], Y. López Colomer[1] y resto del Grupo Eurhomap (A. Ondiviela Cariteu, B. Bolíbar Ribas, C. Lacasa Plana, A. Moleras Serra, JC. Contel Segura, JM. Morales Asencio, JM. Taltavull Aparicio, F. Cegrí Lombardo, A. Pardo Casado, P. Enseñat Grau, M. Barcons Vilaplana, S. Serra Morro, E. Jiménez Zafra, R. Martín Peñacoba, FJ. Martín Santos, L. Moreno Sancho, E. Gonzalo Jiménez, I. Blasco González, FJ. Audera Merino, R. Magallon Botaya)

[1]UFISS Geriatría. Corporació Sanitaria Parc Taulí. Sabadell (Barcelona)

[2]UFISS Geriatría. H. Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona)

OBJETIVOS

Conocer la organización, los modelos de provisión, la financiación, las buenas prácticas profesionales, y los recursos disponibles para atender a los pacientes crónicos complejos en el domicilio en 4 CCAA españolas (Andalucía, Aragón, Cataluña, Baleares). Comparar dicha atención con la que reciben otros 5 pacientes prototipo: geriátrico, joven discapacitado, paliativo oncológico, demencia avanzada y paciente frágil. Analizar la repercusión de la implementación de la Ley de Dependencia.

MATERIAL Y MÉTODO

Proyecto EURHOMAP (Mapping home care in Europe) en 30 países europeos. Aprovechando la participación de España, estudio Eurhomap ETES en 2 fases: 1ª) Análisis descriptivo de la situación de la atención domiciliaria por el grupo asesor de cada CCAA. 2ª) Diseño observacional longitudinal: presentación de un caso de paciente crónico complejo (y los otros 5 prototipo de paciente) a panelistas expertos de cada CCAA en 2009 y 2010, para ver la evolución y cambios producidos con la implementación de la Ley de la Dependencia. Estudio cualitativo y estadística descriptiva.

RESULTADOS

Los recursos, tanto sociales como sanitarios, obtenidos en función de CCAA y municipio son similares excepto en cuanto a cobertura por Equipos de Soporte, a Rehabilitación Domiciliaria y la existencia de Trabajo Familiar. El paciente crónico complejo es el paciente que recibe menos recursos tanto sociales como sanitarios en el domicilio: 7% de los requeridos en 2009 y 14% en 2010 según los panelistas.

DISCUSIÓN

La Atención Domiciliaria, en general y al paciente crónico complejo, continúa teniendo problemas de fragmentación, coordinación y falta de proactividad. A pesar de la implementación de la Ley

Dependencia, la cobertura de las necesidades sigue siendo insuficiente (con el consecuente riesgo social y de salud) y los pacientes y sus familias no son suficientemente informados sobre el derecho a los recursos públicos existentes. Ello provoca la frecuentación hospitalaria y la sobrecarga de los cuidadores informales, también a nivel económico.

CONCLUSIONES

Se debe hacer un esfuerzo para mejorar la coordinación y fragmentación de la Atención Domiciliaria al paciente crónico complejo en las 4 CCAA. y Grupo Eurhomap ETES: Angels Ondiviela, Bonaventura Bolívar, Carme Lacasa, Anna Molerás, Joan Carles Contel, José Miguel Morales, Joanna Maria Taltavull, Francisco Cegrí, Agustín Pardo, Pilar Enseñat, Miquel Barcons, Sebastià Serra, Eva Jiménez, Raquel Martín, Francisco Javier Martín, Lucía Moreno, Eva Gonzalo, Isabel Blasco, Francisco José Audera, Rosa Magallón.

Atención integrada y continuidad asistencial (B)

B-3 ERRORES DE MEDICACIÓN AL ALTA EN PACIENTES ANCIANOS HOSPITALIZADOS

J. Herrero-Herrero, J. García-Aparicio
Servicio de Medicina Interna "Los Montalvos". Complejo Asistencial de Salamanca. Salamanca

OBJETIVOS

Los errores de medicación se producen frecuentemente en la prescripción médica, sobretodo en los casos de polimedicación y, en particular, durante la transición asistencial. El objetivo de este estudio fue identificar y caracterizar errores de medicación en ancianos hospitalizados analizando las diferencias encontradas entre el listado de medicación detallado en el informe de alta y el obtenido al ingreso, mediante la elaboración de la historia farmacoterapéutica.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio se llevó a cabo en el Servicio de Medicina Interna "Los Montalvos\" de Salamanca. El equipo investigador realizó la revisión de los informes de alta hospitalaria de pacientes con edad≥65 años, no seleccionados, durante un periodo de 6 meses. Se desarrolló el proceso de conciliación de la medicación mediante la comparación de los listados de medicación al ingreso y al alta. Se identificaron las diferencias, se clasificaron y se caracterizaron como errores de medicación o como discrepancias justificadas, en base al análisis del resto de la información clínica disponible (listas de medicamentos, resultados de pruebas de laboratorio, diagnóstico y evolución clínica).

RESULTADOS

Fueron analizados 832 informes de alta, que correspondían a 689 pacientes, ya que 142 casos (17.1% de los 832), correspondían a pacientes que habían ingresado más de una vez durante el estudio. El 61,0% eran hombres. La edad media fue de 83,7 (DE= 11,0) años. El 23,2% tenía algún grado de deterioro cognitivo y el 26,6% provenía de residencias de ancianos. El número de diagnósticos que constaban en los informes de alta fue de 6,6 (DE= 2,9). El diagnóstico más frecuente fue hipertensión arterial (53,0%), seguido de insuficiencia renal (42,2%) e insuficiencia cardiaca (41,3%). Los pacientes recibían una media de 6,3 (DE= 3,2) medicamentos permanentes al ingreso, que pasaba a ser de 6,9 (DE= 3,0) al alta y de 0,2 (DE= 0,5) medicamentos temporales al ingreso y 0.9 (DE= 0,9) al alta. La estancia media fue de 5,3 (DE= 3,2) días. En el proceso de conciliación de medicamentos, se encontraron discrepancias en 732 informes (88,1%). Se detectaron discrepancias justificadas en 713 informes (85,7%) y diferencias injustificadas (errores de medicación) en 49 (5,9%). La omisión de un medicamento fue el error de medicación más frecuentemente detectado (81,6%, 40

casos), seguido de la prescripción incompleta (10,2%, 5 casos), dosis errónea (6,1%, 3 casos) y duplicidad de medicación (2,0%, 1 caso). El número de diagnósticos, la estancia hospitalaria y el número de medicamentos permanentes al ingreso fueron las variables que más se asociaron con la detección de errores de medicación, en el estudio multivariante (P <0,01).

DISCUSIÓN

Se detectaron más errores de medicación al alta en aquellos pacientes que tenían mayor comorbilidad (pluripatológicos), en los que se les prescribieron más fármacos al alta y en los que estuvieron más tiempo ingresados en el hospital. Aún considerando las limitaciones del diseño del estudio, podemos destacar el bajo número de errores de medicación detectado. Este hecho podría explicarse, en parte, porque el trabajo se llevó a cabo en un servicio de medicina interna, donde el médico internista está especialmente sensibilizado con la importancia de elaborar una correcta historia farmacoterapéutica y con conciliar la medicación de los pacientes al alta.

CONCLUSIONES

Se detectaron escasos errores de medicación al alta. Se resalta la importancia de la correcta elaboración de historia farmacoterapéutica y del papel del médico internista en el proceso de conciliación de la medicación.

B-6 CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS

B. Rubio Cebrián[1], R. Catalá Pizarro[1], M. Segura Bedmar[1], C. Calderón Acedos[1], P. San Miguel Torvisco[1], N. Tarín Vicente[2], A. Fabero Jiménez[2]

[1]Farmacia, [2]Dirección Médica. Hospital de Móstoles. Móstoles (Madrid)

OBJETIVOS

Detectar las discrepancias existentes entre la medicación crónica del paciente y la medicación prescrita en el hospital y conocer su incidencia en el paciente ingresado.

MATERIAL Y MÉTODO

El farmacéutico responsable del área de Conciliación identifica a los pacientes mayores de 75 años que ingresan en el hospital de lunes a viernes, quedando excluidos los servicios de Medicina Intensiva, Psiquiatría y Hospitalización a Domicilio. Las fuentes de información empleadas son: aplicación informática de atención primaria HORUS®, historia clínica, informes procedentes de otros hospitales o centros residenciales y entrevista clínica con el paciente y/o familiares. Toda la información anterior se recoge en un impreso normalizado de conciliación donde quedan reflejados los datos del paciente, diagnóstico, comorbilidades, alergias, intolerancias, intervenciones quirúrgicas, medicación habitual del paciente, medicación sin receta, automedicación y fitoterapia. Una vez recopilada esta información, se procede a la detección de discrepancias entre la medicación crónica y la medicación prescrita en el ingreso, éstas pueden no requerir aclaración o por el contrario, pueden necesitar ser comentadas con el médico dando lugar a tres categorías de discrepancias: error de conciliación (cuando el prescriptor modifica el tratamiento de la orden médica tras la notificación de discrepancia), justificadas (cuando el médico no modifica el tratamiento) y no resueltas (cuando el facultativo no responde). Una vez tipificadas las discrepancias, se registra en la base de datos destinada exclusivamente al proceso de conciliación.

RESULTADOS

El número de pacientes conciliados mayores de 75 años durante el período de junio a diciembre de 2011 son 900, de los cuales el 56% son mujeres. Se detectaron un total de 1.064 discrepancias repartidas en las siguientes categorías: -discrepancias justificadas que no requirieron aclaración con el médico = 63%. -discrepancias justificadas que sí requirieron aclaración con el médico = 6%. -errores de conciliación (discrepancias no justificadas) = 16%. -discrepancias no resueltas = 15 %.Dentro de las discrepancias justificadas (tanto las que no requirieron aclaración con el médico como las que sí fue necesaria) destaca con un 36% la decisión médica de no prescribir un medicamento en base a la situación clínica del paciente y un 25% correspondiente a la sustitución terapéutica según la guía farmacoterapéutica del hospital. La causa más frecuente de error de conciliación fue la omisión de un medicamento crónico del paciente (77,5%) seguido de la prescripción de una dosis, vía o frecuencia errónea (17%).

DISCUSIÓN

La inclusión del proceso de conciliación en el hospital ha permitido detectar e interceptar errores de conciliación, interaccionar con el paciente y sus familiares, así como con el equipo médico. Por otro lado, la escasa respuesta de algunos facultativos ha generado un porcentaje elevado de discrepancias sin resolver, los pacientes e incluso los propios familiares no son conocedores de la medicación habitual y la aplicación informática que permite conocer la medicación prescrita en atención primaria no dispuso de la hoja de medicación hasta finales de año con lo que el proceso de recopilación de la medicación previa resultó muy complejo y laborioso.

CONCLUSIONES

Los errores de conciliación son evitables, pero frecuentes en el ingreso. La implementación de programas de conciliación es una necesidad y un estándar de calidad según las recomendaciones de organismos sanitarios internacionales y sobre todo, una garantía de seguridad para el paciente.

B-20 UTILIDAD DE LA VALORACIÓN INTEGRAL EN LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

I. Lanzeta Vicente[1], J. Landaluce Lauzurica[2], P. Legido Fuente[3], A. Arrospide Elgarresta[1], I. Ruiz Del Barrio[3], A. Zurutuza Auzmendi[3], M. Begiristain Igoa[3]

[1]Servicio de Medicina Preventiva, [2]UGS, [3]Servicio de Medicina Interna. OSI Goierri-Alto Urola. (Guipúzcoa)

OBJETIVOS

Evaluar la valoración integral realizada a los pacientes incluidos en un modelo de atención sanitaria integrada al paciente pluripatológico. Analizar la funcionalidad y la comorbilidad de estos pacientes y ver si se relaciona con la calidad de vida percibida.

MATERIAL Y MÉTODO

En abril de 2011 se implantó un nuevo modelo de atención sanitaria integrada al paciente pluripatológico basado inicialmente en una valoración integral consistente en una valoración clínica realizada por el médico internista de referencia y una valoración funcional, psicoafectiva, sociofamiliar y de calidad de vida, realizada por la enfermera de enlace. Se midió la funcionalidad en actividades básicas de la vida diaria mediante el Índice de Barthel; la comorbilidad mediante el índice de Charlson y la clasificación de Ollero en categorías clínicas; y la calidad de vida percibida mediante el Euroqol-5D. Se recogieron los datos clínicos y de proceso en una plataforma online de Google sites. Para el análisis estadístico se empleó SPSS v.19. Se realizó un estudio descriptivo de la valoración inicial y se calculó la diferencia de ingresos entre 2010 y 2011. La asociación entre los distintos aspectos recogidos en la valoración integral se analizó utilizando el estadístico chi-cuadrado para las variables cualitativas y el ANOVA para la comparación de medias. Se continuó con una regresión lineal para conocer el peso de las variables analizadas en relación con la calidad de vida. El nivel de significación estadística se estableció para un valor de p menor de 0,05. Las diferencias entre grupos se cuantificaron mediante el cálculo del riesgo relativo y la odds ratio utilizando los intervalos de confianza del 95%.

RESULTADOS

Se captaron 138 pacientes pluripatológicos pertenecientes a las 7 Unidades de Atención Primaria de nuestro ámbito de asistencia, a lo largo de 9 meses. Se realizó una valoración integral en el momento de su captación, con los siguientes resultados: Valoración completa: 62,3% de los casos; falta parte clínica: 20%. Índice de Barthel (cumplimentación: 94%): Independiente: 29%; Leve: 45,6%; Moderado: 9,4%; Severo: 5,8%; Total: 3,6%. Índice de Charlson (cumplimentación: 62,3%): 0: 2,2%; 1-3: 25,4%; >3: 34,8%. Número de categorías clínicas (cumplimentación 97%): 2: 55%; 3: 32,6%; Más de 3: 9,5%. No hay diferencias significativas entre el número de ingresos de 2011 y 2010: Menor: 45,2%; Igual: 13,5%; Mayor: 41,3%. La funcionalidad y la comorbilidad no están asociadas significativamente. La calidad de vida se relaciona con la funcionalidad (p<0,001)

DISCUSIÓN

El nuevo modelo de atención a los pacientes pluripatológicos tiene dificultades derivadas del cambio de cultura y de la implicación que no se reflejan en la calidad de las valoraciones realizadas. La valoración integral ayuda a la gestión sistemática, multidisciplinar, coordinada e integrada de la asistencia, favoreciendo la personalización y la continuidad de la misma y la mejora de la calidad asistencial a estos pacientes. Han disminuido los ingresos, pero hay pacientes que se han captado a finales de 2011 y que al ser pluripatológicos crónicos no van a curar, por lo que lo analizaremos comparando con un grupo control.

CONCLUSIONES

La valoración integral aporta una información inicial completa que permite centrar la atención en el paciente y adecuar la gestión de los recursos sanitarios y sociales en función de sus necesidades. El índice de Charlson no aporta información añadida a la clasificación según categorías clínicas. El Índice de Barthel aporta valor añadido al estar directamente relacionado con la calidad de vida de los pacientes y no así con la comorbilidad. Pero para adecuar las ayudas que necesitan en domicilio hay que tener en cuenta tanto el Barthel que nos orienta sobre la necesidad de cuidador como la comorbilidad, que nos da información clínica de un paciente que precisa continuidad.

B-44 NUEVA HERRAMIENTA DE DETECCIÓN DE RIESGO DE REINGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTES CRÓNICOS

A. Doñate Martínez[1], F. Ródenas Rigla[1], E. Zafra Galán[2], J. Garcés Ferrer[1]

[1]Instituto de Investigación Polibienestar - Universitat de Valencia. Valencia

[2]Dirección General de Ordenación y Asistencia Sanitaria. Agencia Valenciana de Salud. Valencia

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es proponer, de forma preliminar, las variables o factores que podrían incluirse en una nueva herramienta de detección de pacientes mayores con riesgo de sufrir futuros ingresos hospitalarios.

MATERIAL Y MÉTODO

En una fase previa del estudio se aplicaron, de forma retrospectiva, dos herramientas de detección de riesgo de reingreso hospitalario (Probability of Repeated Admission – Pra – y The Community Assessment Risk Screen – CARS –) a una muestra de 500 pacientes mayores de 65 años de la Comunidad Valenciana. Para la cumplimentación de los datos se utilizó el sistema de

información ambulatoria Abucasis, el sistema de información farmacéutica (GAIA) y el Conjunto Mínimo de Datos hospitalarios (CMBD) con referencia al año 2008 y 2009. Con la base de datos obtenida se han realizado análisis estadísticos de correlación y análisis de regresión para establecer qué variables y factores podrían incluirse en una nueva herramienta destinada a identificar pacientes mayores con enfermedad crónica y alto riesgo de reingreso hospitalario.

RESULTADOS

Los primeros resultados muestran que las variables que están estadística y significativamente relacionadas con la variable dependiente 'ingresos hospitalarios futuros' son: autoevaluación de la propia salud, medicamentos tomados bajo prescripción médica, hospitalizaciones en los 12 meses previos, hospitalizaciones o visitas a los servicios de urgencias en los 6 meses previos y diagnostico de enfermedad coronaria ($p<0,005$ en todos los casos). La variable edad también debería considerarse, ya que aquéllos pacientes que sí sufrieron hospitalizaciones futuras eran de mayor edad que aquéllos que no fueron ingresados ($t= 1,901$; $p=0,058$). Los análisis de regresión muestran factores que permiten plantear una nueva combinación de variables.

DISCUSIÓN

En la fase inicial las herramientas aplicadas, Pra y CARS, mostraron una eficacia diagnóstica moderada; resultados que pueden deberse a que dichos instrumentos han sido validados y están basados en muestras de pacientes de Estados Unidos, cuyo sistema sanitario posee unas características y peculiaridades muy diferentes al español. Por ello, llevar a cabo análisis como los que se presentan en este estudio son de gran relevancia dado que tienen como objetivo final definir variables y nuevos algoritmos que sean un buen predictor de hospitalizaciones futuras en nuestro sistema sanitario.

CONCLUSIONES

La nueva herramienta, propuesta a partir del estudio, con una alta sensibilidad y especificidad, puede ser incorporada en los sistemas de información sanitarios, y asociada a programas de intervención como Valcronic. Con su extensión a todo el sistema sanitario se podrían prevenir recaídas o retrasarlas en el tiempo, mejorando de esta forma la calidad de vida de los pacientes.

B-45 VALORACIÓN INTEGRAL DE FRAGILIDAD EN PERSONAS DE 75 AÑOS O MÁS EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

E. Kronfly Rubiano[1], S. Martínez Carmona[1], E. Beltrán Martínez[1], M. Fernández Fernández[2], Y. Rico García[2], B. Calderón Loren[1], J. Almeda Ortega[3] y Grup de Recerca Multidisciplinar en Fragilitat - CAP Pubilla Casas (L. Barranco Oliver, M. Bonfill Gabalda, J. Casals Fransi, R. M. Carrasco Coria, M. Comelles Villalba, I. Ortega Abarca, D. Rivilla Frias, M. Villanueva Villanueva)

[1]Servicio de Medicina de Família, [2]Diplomada d'Infermeria. CAP Pubilla Casas. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

[3]Unitat de Suport a la Recerca - IDIAP Jordi Gol. Direcció d'Atenció Primària Costa de Ponent. Cornellà de Llobregat (Barcelona)

OBJETIVOS

Se diseña estudio para conocer los factores que condicionan la situación de fragilidad de las personas mayores y para detectar problemas prevalentes sobre los cuales establecer posteriormente estrategias de intervención.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal dirigido a personas de >=75 años (2880 personas) atendidas en un EAP urbano. Cálculo de muestra: 296 personas (prevalencia estimada del 30%; precisión del 0,05; con un IC del 80%). CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: atención domiciliaria, terminales, quimioterapia, cirugía reciente, residencia temporal, retraso mental/enf. psiquiátrica grave. RECOGIDA DE INFORMACIÓN: historia clínica y cuestionario evaluación geriátrica integral, elaborado según revisión bibliográfica y por consenso de grupo. VARIABLES DE ESTUDIO: sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, médico adscrito) y valoración por áreas: Médica: enf. crónicas o invalidantes, consumo de fármacos, caídas e ingresos. Funcional: Test Up&Go, Índices de Barthel y Lawton-Brody. Nutricional: Mini Nutritional Assessment (MNA). Mental-Afectiva: test de Pfeiffer y escala de Goldberg. Social: >=80 años, vivir solo, convivencia, educación, actividad física, soporte social y actividades de ocio. CRITERIO DE FRAGILIDAD basado en 3 categorías: 1) problemas relevantes/graves; 2) problemas crónicos potencialmente graves; 3) problemas crónicos leves. La primera categoría y la asociación de las restantes determinan la fragilidad o no de cada individuo. Se realizó análisis descriptivo en relación con la fragilidad y pruebas de correlación con el factor de riesgo social \"vivir solo\".

RESULTADOS

N: 291 (mujeres: 64'9%). Media de edad: 79,9 (DE: 3,61). Población frágil: 74,9% (hombres: 64,7% mujeres: 80,4% $p<0,0001$). FRAGILIDAD TOTAL: Médica:54.3%; Funcional:12% (h:4.9%-m:15.9% $p<0.006$); Nutricional:2,1%; Mental-Afectiva: depresión:37.1%; Social:39.5% (h:21.6%-m:49.2% $p<0.0001$). POR ÁREAS: Médica: HTA:77'3%; dolor crónico:55%

(h:36'3%-m:65'1% p<0,0001); cardiov.:40'2%; DM2:29'2%; cáncer:12'7% (h:19'6%-m:9% p<0,010); Polifarmacia:6,15 (DE: 3,2); caídas:8'2%. Funcional: "Up&go" mod. -severo: 19'9% (h:9%-m:25,7% p<0,001); L-Brody: moderada:31% (h:74,3%-m:7,9% p< 0,001); severo: 9%. Barthel mod.-severo: 2,4%. Nutricional: riesgo malnutrición: 30,9%. Mental-Afectiva: det. cognitivo leve -moderado: 15,1% (h:7,8%-m:19,1% p<0,05); severo:2,1%. Goldberg-ansiedad:24'7% (h:11'8%-m:31,7% p<0,001); Goldberg-depresión:37'1% (h: 24'5% -m:43,9% p<0,001). Social: >=80 años: 47'8%, vivir solo: 26'8% (h: 5'9%-m: 38,1% p<0,0001); sin red social de soporte: 11'3%. ESTUDIO DE CORRELACIÓN entre variable social "vivir solo" y resto de áreas: Médica: enf. cardiovasc.:29,5%; Funcional: Up&go" severo: 24,7%; Nutricional: Riesgo de malnutrición: 30,8%; Mental–afectiva: Goldberg-ansiedad: 30,8% G-depresión:44,9%

DISCUSIÓN

Aportamos un criterio de definición de fragilidad basado en categorías que puede favorecer la elaboración de estándares y la comparación entre poblaciones. Encontramos una alta prevalencia de fragilidad a expensas de la comorbilidad del área médica, cuya valoración contiene aquellos problemas que en otros estudios se consideran como pre-fragilidad. También se explica porque nuestro estudio fue diseñado sobre una muestra de población visitada y no sobre muestra poblacional y porque la población de estudio 75 años y más condiciona una prevalencia más alta que los estudios hechos a partir de 65 años.

CONCLUSIONES

Hay clara relación entre enfermedad crónica y fragilidad en el anciano. Aportamos un criterio de definición de fragilidad integral, que podría servir para comparar poblaciones similares en AP. La detección de la vulnerabilidad social de las personas que viven solas, la alta prevalencia de depresión detectada y la importante proporción de ancianos con riesgo de malnutrición son los aspectos más relevantes susceptibles de intervención.

B-51 EFICACIA DE UNA UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

A. Igarzabal Jorqui[1], I. Benavente Claveras[1], A. Grocín Vidaondo[1], E. Moran Perianez[2], M. Elicegui Sarobe[2], M. Olarreaga Tellechea[2]

[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Medicina de Familia. Hospital Bidasoa. Guipúzcoa

OBJETIVOS

1. Valorar la eficacia de una unidad de continuidad asistencial (UCA) integrada por internistas de referencia, enfermera de enlace y profesionales médicos y de enfermería de atención primaria. 2. Describir las características de los pacientes pluripatológicos incluidos en la UCA.

MATERIAL Y MÉTODO

Muestra: Se analizan los pacientes incluidos en la UCA durante 9 meses. Se incluyen pacientes pluripatológicos que cumplen los criterios establecidos por Ollero y Cols. Intervención: Se trata de una intervención multifactorial en la que colaboran un internista de referencia, la enfermera de enlace hospitalario, la trabajadora social y los médicos y enfermeras de AP. Se establece un plan de continuidad asistencial que aborda tanto intervenciones médicas como sociales. Variables: Se recogen morbilidad, nº de fármacos, índice de Barthel, MEC Lobo y existencia o no de riesgo social. El análisis se realiza en los pacientes que llevan al menos 6 meses incluidos en el programa. Se miden visitas a urgencias, nº de especialistas e ingresos a partir de su inclusión en UCA y se comparan en el mismo periodo de tiempo, anterior a su inclusión en UCA. El análisis estadístico se realiza con el programa SPSS statistics 19.

RESULTADOS

Los pacientes (n=141) han sido captados en el 67% de los casos durante un ingreso en medicina interna, 22% desde AP y el 11% de urgencias. Son personas de edad avanzada, media 81,5 años (SD: 7,5), con una mortalidad elevada (19,6%) y polimedicados 9,05 (SD: 2,94).Los pacientes presentan una media de 4,75 (SD: 1,46) patologías, la más frecuente es la cardiopatía (91%), asociada al EPOC en un 46%. El grado de dependencia funcional y deterioro cognitivo que presentan es alto, 48% tienen dependencia funcional moderada-alta y el 42% deterioro moderado-grave. El año previo al ingreso en la UCA tuvieron una media de 3,51(SD: 2,6) visitas a urgencias y de 2,37(1,9) ingresos. Para valorar la eficacia de la UCA se ha realizado una comparación pre-post en los pacientes que llevaban más de 6 meses en la UCA, excluyendo los que habían fallecido y los que han sido captados durante un ingreso (para evitar sobreestimación de la intervención).En estos pacientes(n= 20) se ha observado una disminución del 20% en los ingresos hospitalarios.

DISCUSIÓN

Aunque en los resultados se observa que la UCA ha sido eficaz en disminuir el número de ingresos, hay que ser cautos a la hora de interpretar estos resultados, tanto porque la muestra es reducida como por el tipo de diseño del estudio. Se excluyeron los pacientes fallecidos así como los habían sido captados durante el ingreso porque sobreestimaba el efecto de la intervención, debido al sesgo de selección que introducíamos al incluirlos. Para valorar la eficacia de la UCA se ha realizado una comparación prepost, con las dificultades que entraña un diseño de este tipo. Es un tipo de comparación que aplicado a este tipo de pacientes puede llevar a errores al estimar el efecto del tratamiento. Estos pacientes se encuentran sometidos a una evolución y cambios continuos que no podríamos asegurar que se deban al efecto de la UCA. Son en general pacientes con enfermedades muy evolucionadas con mal pronóstico.

CONCLUSIONES

El trabajo en colaboración de atención primaria y especializada y la trabajadora social, mediante una unidad en la que los internistas participan en la continuidad asistencial de los pacientes pluripatológicos, se muestra como una medida eficaz para una atención integral y segura.

B-55 CAPACIDAD PREDICTIVA DEL ÍNDICE CARS EN EL PRONÓSTICO DE INGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

I. Candela García[1], M. Sánchez Mollá[2], A. López Requena[2], M. Antolinos García[3], Y. Ponce Samariego[2], I. Gallegos Juárez[2]

[1]Centro Salud Santa Pola, [2]Centro Salud Raval -Elx. Hospital General Universitario de Elche. Elche/Elx (Alicante)

[3]C.S. Crevillent. Hospital Vinalopó Salud. Elche (Alicante)

OBJETIVOS

Valorar el valor predictivo positivo, negativo, sensibilidad y especificidad del cuestionario CARS en cuanto al ingreso hospitalario y a la visita a urgencias hospitalaria en pacientes pluripatológicos. Los pacientes pluripatológicos definen una población de pacientes crónicos con una alta morbimortalidad y consumo de recursos sociosanitarios.

MATERIAL Y MÉTODO

Seleccionamos por muestreo consecutivo a 64 pacientes pluripatológicos (criterios del ministerio) de dos zonas básicas de nuestro departamento de salud. Valoramos de forma retrospectiva (cohorte retrospectiva) su escala CARS (The Community Assessment Risk Screen) en diciembre 2010 utilizando los datos registrados en su historia informática SIA. Registramos de forma retrospectiva utilizando nuestro visor de informe de alta hospitalaria los eventos acontecidos durante 2011(ingresos y visitas urgencias). La puntuación de CARS fue estratificada en dos niveles de riesgo utilizando el punto de corte de 4: los pacientes con puntuación >4 alto riesgo (test positivo) frente a los de 0-3 puntos riesgo bajo (test negativo). Calculamos el valor predictivo positivo, negativo, sensibilidad, y especificidad de esta prueba para dos variables ingreso hospitalario y visita en urgencias

RESULTADOS

Los pacientes con episodios de ingreso (p=<o.oooo1) y de visitas urgencia (p= 0,0135) en el 2011 presentaron un mayor puntuación en el índice CARS realizado en 2010. Siendo el valor predictivo positivo/ negativo/ Sensibilidad y especificidad para ingreso hospitalario de 23,4% / 100% /100% y 26,53% respectivamente y de 34,04%/ 100%/ 100%/ 29,55% para visita urgencia hospitalaria.

DISCUSIÓN

Los pacientes pluripatológicos definen una población de pacientes crónicos con una alta morbimortalidad y consumo de recursos sociosanitarios. Se pretende valorar la correlación entre el cuestionario CARS y su fiabilidad para detectar nivel de riesgo en los paciente pluripatológicos a los que se les ha realizado y si estos niveles se encuentran relacionados con la frecuentación a urgencias e ingreso hospitalario

CONCLUSIONES

Los pacientes pluripatológicos presentan un mayor riesgo de ingreso hospitalario ó de visita al servicio de urgencias medido por el índice CARS. Este índice muestra una muy alta sensibilidad y valor predictivo negativo mientras que la especificidad y valor predictivo positivo es muy bajo en nuestra muestra de pacientes pluripatológicos

B-57 INTERCONSULTAS NO PRESENCIALES ENTRE PRIMARIA Y ESPECIALIZADA EN TRAUMATOLOGÍA PARA PACIENTES CRÓNICOS: SE REDUCE LA DEMORA Y AUMENTA LA SATISFACCIÓN

L. Sanado Lampreave[1], R. Sánchez Bernal[2], E. Bárez Hernández[3], O. Álvarez Guerras[4], J. Armentia Fructuoso[5], M. Ogueta Lana[6]

[1]Servicio de Traumatología, [3]Dirección Médica, [5]Dirección Gerencia. Hospital Universitario de Álava. Vitoria (Álava)

[2]Osarean: Osakidetza no presencial, [4]Osarean: Osakidetza no Presencia,

[6]Subdirección de Calidad e Información Sanitaria. Dirección de Osakidetza. Vitoria (Álava)

OBJETIVOS

1. Crear un sistema de petición de interconsultas cuyo peticionario es el médico de primaria y el destinatario es el de especializada 2. Habilitar consultas no presenciales en la agenda del traumatólogo 3. Evitar el traslado físico de los pacientes y/o de sus solicitudes de en formato papel, tanto para ser citados como para ser atendidos. 4. Valorar la mejora de los tiempos de demora para la atención de los pacientes con dolor crónico. 5. Valorar la aceptación de los pacientes para ser atendidos mediante esta modalidad. 5. Buscar un perfil de paciente idóneo para consulta no presencial.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha creado una Agenda no presencial en la sección que va a recibir las consultas, con el nombre de la sección seguido de no presencial. Primaria, hace interconsulta desde Osabide AP y especializada le responde en Osabide Global, pudiendo ver la respuesta desde Osabide AP. Se registra la cita con la fecha y hora de la emisión de la Consulta no presencial solicitada por primaria. Lo escrito en la HªCª de Especializada está disponible de forma instantánea en soporte electrónico.

RESULTADOS

1. El número de citas realizadas desde el mes de Octubre 86. 2. La demora media en la respuesta ha sido de 2,6días en Traumatología, frente a los 30 días que hubieran tenido que esperar esos pacientes si se les hubiese pedido una primera consulta. 3. Las causas más frecuentes han sido fracturas, gonalgias y patología relacionada con la columna, etc. El % de resolución ha sido del 90%, siendo el 10% restante enviado a consultas tradicionales presenciales. 4. El 92% de los pacientes está satisfecho y el 100% de los profesionales que están implicados están encantados.

DISCUSIÓN

Se han evitado desplazamiento que hasta ahora eran habituales, siendo de especial interés en pacientes con domicilio lejano al centro y/o consultorio, pacientes con trabajo activo y pacientes y familiares con dificultad para el desplazamiento (silla de ruedas, andadores, muletas).

CONCLUSIONES

La utilización de consultas no presenciales, facilita la atención a los pacientes crónicos y asegura el registro de toda la información correspondiente al paciente, incrementa su satisfacción, se evitan los riesgos, incomodidades y costes correspondientes a los desplazamientos del paciente y acompañantes, y ayuda a la sostenibilidad del sistema.

B-58 PRESCRIPCIÓN INAPROPIADA DE FÁRMACOS EN ATENCIÓN PRIMARIA. ANÁLISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO DE LA APLICACIÓN STOPP-START

J. Hernández Perella, X. Mas Garriga, D. Riera Cervera, R. Quintanilla Castillo, J. Vázquez Morocho, J. Montes Aranguren

Atención Primaria. Institut Català de la Salut / EAP Sta. Eulàlia Sud. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

OBJETIVOS

Cuantitativos: conocer la prevalencia y características de prescripción inadecuada de fármacos (PIF) en mayores de 65 años (PM) atendidos por un equipo de atención primaria (EAP), utilizando la herramienta Stopp-Start. Cualitativos: Valorar sus puntos débiles y las ventajas del uso de un cuadernillo que protocoliza cómo buscar en la historia clínica (HC) los datos necesarios para cumplimentar los criterios Stopp-Start, versus la lectura, interpretación y cumplimentación individual del listado de criterios por cada investigador.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal. Centro de AP urbano (25.076 habitantes). Participantes: muestra de 363 pacientes >65 años atendidos en 13 consultas (muestreo sistemático aleatorio; PIF esperada 40%, precisión 5%, confianza 95%). 1) Revisamos la prescripción en las HC valorando el cumplimiento de los 64 criterios Stopp (PIF por exceso) y los 22 Start (PIF por omisión) en 2010. 2) Para las variables cualitativas utilizamos el grupo de discusión con los investigadores. Variables: sexo, edad, nº fármacos en prescripción crónica, PIF según criterios Stopp-Start.

RESULTADOS

Cuantitativos: 206 mujeres (56,7%), edad media 75,2 años (desviación estándar-DS-7,02). Promedio de fármacos en prescripción crónica: 4,9(DS 3,32).162 pacientes (44,6%) tienen alguna PIF (IC95%=39-49). PIF en hombres 42%(IC95%=34-49), en mujeres 46,6%(IC95%=39-53), sin diferencias significativas (D) entre ellos. Detectamos PIF por exceso en 123 pacientes (33,9%) (IC95%=29-38) y PIF por omisión en 73(20,1%) (IC95%=16-24,2), sin D entre sexos. Las PIF por exceso más frecuentes se observan en indicadores del sistema osteoarticular (50 pacientes,61 PIF, sobre todo la prescripción de AINE>3 meses o con insuficiencia renal crónica) y del sistema cardiovascular(47 pacientes,51 PIF, sobre todo el uso de dosis preventivas de AAS>150mg/día),y las PIF por omisión en los de endocrinología(48 pacientes,59 PIF, sobre todo la omisión de tratamiento con metformina o AAS en diabéticos)y cardiovascular(20 pacientes, 24 PIF).No encontramos D entre los 13 médicos del EAP y la PIF. Cualitativos: a) puntos débiles: rentabilidad limitada de algunos criterios Stopp por el escaso uso de algunos fármacos; déficit de registro en la HC de algunas enfermedades/condiciones infravalorando el cumplimiento de algunos criterios; contradicciones entre criterios Stopp-Start; paradoja en los criterios Stopp A9 y A11 que creemos deberían ser Startt; criterios no aplicables en AP por no disponibilidad de medios; desajuste entre protocolos propios y criterios Stopp-Start; falta de definición de alguna condición patológica; tiempo de aplicación prolongado; para algunos criterios no basta con revisar la medicación crónica sino toda la del período de estudio; etc. b) ventajas del uso del cuadernillo: aumenta la concordancia interobservador al aplicar la herramienta; evita tener que recurrir a los cursos clínicos ya que indica dónde deben buscarse los datos necesarios; abrevia y agiliza la búsqueda de datos en casos de fármacos poco utilizados; etc.

DISCUSIÓN

La polimedicación en ancianos es habitual, puede generar reacciones adversas y riesgos para la salud. Los criterios de prescripción de fármacos Stopp-Start constituyen una herramienta de detección actualizada, sistematizada y exhaustiva. Encontramos puntos débiles en su aplicación poco relevantes y que pueden mejorarse utilizando un cuadernillo de protocolo de búsqueda

CONCLUSIONES

La aplicación de la herramienta Stopp-Start en nuestro CAP ha detectado y sistematizado prescripción inadecuada de fármacos en un 44,6% de nuestros pacientes mayores. Pese a algunas dificultades en su aplicación creemos que su uso es factible en AP y puede traducirse

en estrategias de mejora de la prescripción. Proponemos el uso de un cuadernillo que facilita y protocoliza su aplicación.

B-59 EVALUACIÓN DE LOS CIRCUITOS ASISTENCIALES PARA PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA AVANZADA EN LOS HOSPITALES DE VALLECAS

M. Barrasa Rodríguez, T. Bellver Álvarez, B. Escolano Fernández, J. Casado García, F. Pérez Rojas, C. Criado Dabrowska, M. Pérez Contreras, B. Viña Carregal
Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Torre. Madrid

OBJETIVOS

Evaluar el funcionamiento de los circuitos asistenciales para enfermos crónicos avanzados, establecidos entre el Hospital Universitario Infanta Leonor (HUIL), el Hospital Virgen de la Torre (HVT) y Atención Primaria (AP) durante el año 2011.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo de la actividad asistencial generada por los pacientes incluidos en el Programa de Enfermos Crónicos Avanzados (PECA) durante el año 2011. En nuestro centro se ha implementado este programa con el fin de garantizar la continuidad asistencial y mejorar la eficiencia en los cuidados de estos pacientes. Es objetivo prioritario del programa que las hospitalizaciones se produzcan en el hospital de apoyo (HVT). Para ello buscamos un sistema integrado entre el servicio de Urgencias del Hospital General de Agudos (HUIL), el Hospital de Apoyo (HVT) y AP. Se diseñaron dos circuitos: el Circuito A -Circuito Preferente-, establecido entre domicilio y HVT que, gracias a la relación directa entre AP y HVT, posibilita ingresos directos sin contacto con urgencias de HUIL; Circuito B -Circuito Alternativo-, que gestiona los ingresos en HVT a través del servicio de urgencias del HUIL. El número de pacientes de la cartera del PECA fue de 204 durante el año 2011, con una edad media superior a 80 años, todos ellos pluripatológicos y con enfermedad crónica avanzada de al menos un órgano.

RESULTADOS

En 2011 el PECA generó 293 contactos, de los que el 93% utilizaron adecuadamente los circuitos establecidos. Circuito A: 94 contactos (32% del total) se generaron directamente entre Atención Primaria y HVT. Circuito B: 199 contactos (68%) a través de urgencias de HUIL. De ellos, 89 fueron dados de alta y 110 cursaron ingreso, el 82 % (91 enfermos) en HVT y el resto en HUIL.

DISCUSIÓN

La enfermedad crónica es, en la actualidad, la primera causa de ingreso hospitalario y es responsable del 80% del gasto sanitario. El envejecimiento de la población y el aumento de la prevalencia de estas patologías hacen imprescindible un cambio en los sistemas sanitarios, así como el desarrollo de nuevas estrategias en el manejo de la cronicidad, con el fin de lograr un avance en la mejora de la calidad de vida de estos pacientes. Para ello en nuestro centro llevamos a cabo un Programa de Atención al Enfermo con Enfermedad Crónica Avanzada, cuyo objetivo es adecuar los circuitos asistenciales a las necesidades de estos pacientes, integrando Atención Primaria, Urgencias y Hospital de Apoyo.

CONCLUSIONES

El programa ha logrado mejorar la continuidad asistencial de estos pacientes, realizando la mayoría de los ingresos hospitalarios en el hospital de apoyo (HVT). Por otro lado, continuamos detectando dificultades importantes en la relación directa entre Atención Primaria y nuestro centro, lo que obliga a los pacientes del programa a acudir al Servicio de Urgencias, no empleando todo lo que sería deseable el Circuito Preferente.

B-60 RESULTADOS EN SALUD DEL PROGRAMA COMPARTE. ATENCIÓN COORDINADA A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS COMPLEJAS

A. Fernández Moyano[1], J. Páez Pinto[2], I. Vallejo Maroto[1], E. Martín Sánchez[2], C. Palmero Palmero[1], M. *Álvarez Alcina[1], M. Benticuaga Martines[1], R. Lara Romero[1]*
[1]Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)
[2]Distrito Sanitario de Atención Primaria. Aljarafe. Sevilla

OBJETIVOS

Principal: Mejorar la calidad en la atención a pacientes con enfermedades crónicas complejas, mediante un programa de coordinación asistencial interniveles, que implique a todos los profesionales en todos los ámbitos del paciente. Secundario: Estratificar el riesgo de reingreso de la población. Homogeneizar la aplicación de los planes de cuidados y tratamientos farmacológicos eficaces en base a la mejor evidencia disponible. Establecer un programa de educación en autocuidados. Mejorar la conciliación farmacológica. Mejorar los sistemas de transmisión de información entre profesionales. Desarrollar competencias profesionales a través de la realización de un programa formativo propio en entorno virtual de aprendizaje. Conseguir una alta satisfacción de los profesionales con la aplicación del programa.

MATERIAL Y MÉTODO

Desarrollo del programa entre Hospital y Atención Primaria a través de la operativización de 11 intervenciones: Identificación de pacientes, evaluación y atención integral, homogeneización de procedimientos, uso racional de medicamentos, educación en autocuidados, sectorización de la planta de hospitalización y consultas, transferencia al alta, vinculación de historia clínica digital, seguimiento en atención primaria, atención a las reagudizaciones y desarrollo de competencias profesionales. Se ha realizado una evaluación de resultados intermedios, resultados en salud, satisfacción de los profesionales con el desarrollo del programa y un análisis de costes directos.

RESULTADOS

Se muestran parcialmente en la tabla.

CONCLUSIONES

1.-El desarrollo del programa se ha asociado a una reducción relativa del 27 % en la ratio de reingresos al año sin asociarse a un incremento en la mortalidad. No hemos identificado disminución de reingresos al mes. 2.-Con estos datos, el ahorro estimado en el periodo contabilizado ha sido de un total de 194.846 € 3.-La encuesta de satisfacción a profesionales médicos y enfermeros del Hospital y Atención primaria, muestra una alta satisfacción global con el modelo de continuidad asistencial y de la mejora que ha habido en la cooperación entre profesionales desde su puesta en marcha. Igualmente con la mayoría de los aspectos organizativos del programa y de la formación recibida.

Tabla. RESULTADOS EN SALUD. Se muestran resultados parciales del 1º y 3º periodo (B-60)

	1º periodo Abr-Sep 2009	3º periodo Abr-Sep-2010
Pacientes incluidos (n)	472	246
Reingresos (episodios) al mes de inclusión en Comparte Total (n)	35	16
Ratio pacientes con reingreso al mes/ pacientes incluidos	0,06	0,05
Reingresos (episodios) al año de inclusión en Comparte Total (n)	143	54
Ratio episodios de reingreso al año/ pacientes incluidos	0,303	0,220
Exitus al año	199	111
Letalidad al año/pacientes incluidos en comparte (x100)	42.2	45.4

B-62 PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRADA EN LA FASE FINAL DE LA VIDA: PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO A PACIENTES AL FINAL DE LA VIDA EN SITUACIÓN DE AGONÍA

C. Domingo Rico, C. Esparta Echevarria, R. Roca Castro, V. Landa Petralanda, A. Abaunza, P. Vazquez Naveira, N. Abando, L. Galarraga
Osakidetza. Comarca Interior. Comarca Interior Vizcaya (Vizcaya)

OBJETIVOS

JUSTIFICACION La falta de continuidad en la atención a los pacientes al final de la vida en los horarios fuera de la cobertura de los equipos de atención primaria supone un déficit en la atención a pacientes que requieren una atención intensiva para control de síntomas o apoyo ante situaciones en el entorno de la muerte, ocasionando derivaciones innecesarias a otros servicios. OBJETIVOS Mejorar la atención continuada a los pacientes y familiares de pacientes en situación de final de la vida. Contribuir a mantener al paciente y a la familia en su entorno, si así lo desean, garantizando la continuidad asistencial.

MATERIAL Y MÉTODO

La Comarca Interior, en colaboración con Enfermería de atención telefónica de Consejo Sanitario-Emergentziak, la empresa de Atención Domiciliaria concertada SHD y los hospitales de Santa Marina y Galdakao ha puesto en marcha un procedimiento para prestar una atención integrada y continuada a pacientes en situación de fase final de la vida. Población diana: pacientes al final de la vida con expectativa de muerte cercana (sobre 10 días) controlados por su médico y enfermera de familia en los que se prevé necesidades disruptivas o de soporte fuera del horario de cobertura del Equipo de Atención Primaria. El Equipo de Atención Primaria asigna tareas a Enfermería de Consejo Sanitario para realizar actividades de seguimiento telefónico de forma preventiva o para realizar intervenciones programadas, siguiendo las indicaciones pautadas en la Historia Clínica compartida. Establecimiento de un sistema de acceso a los familiares a Enfermería de Consejo Sanitario-Emergentziak. Movilización de recursos en caso necesario y traslado de información adecuada a los profesionales de otras organizaciones. Pilotaje. Una vez valorada la funcionalidad de la operativa y las experiencias positivas, tanto por parte de los profesionales como por parte de las familias de los pacientes, se tomó la decisión de extenderlo a toda la Comarca. Se realizaron sesiones de comunicación e implantación del procedimiento a nivel de toda la Comarca.

RESULTADOS

El pilotaje comenzó en Julio de 2011. La extensión a toda la Comarca se realizo en noviembre de 2011. Hasta el 15 de enero de 2012 se han captado 29 pacientes. El 41 % eran pacientes oncológicos. La media de edad en ambos sexos era de 80.5 años, con un rango de edad de 51-96 años. El 62% de las pacientes eran mujeres y el 38% varones. El tiempo medio hasta el fallecimiento fue de 3.5 días.

DISCUSIÓN

Las enfermeras de atención telefónica facilitan la continuidad asistencial y el apoyo a las familias en un momento de gran dificultad, tanto de cuidados como de soporte emocional. Junto al resto del equipo, contribuyen a mejorar la continuidad y mantener al paciente en su entorno siempre que es posible. El procedimiento, basado en la cooperación, resulta un potente estímulo para que los profesionales de atención primaria asuman el cuidado de estos enfermos.

CONCLUSIONES

Este sencillo procedimiento de coordinación consigue un gran impacto en la continuidad asistencial, tan importante para este tipo de pacientes y para sus familias. Somos conscientes que necesitamos una evaluación cualitativa más estructurada y una evaluación de utilización de recursos para comprobar la efectividad del programa.

B-68 INFLUENCIA DEL GÉNERO EN EL DETERIORO FUNCIONAL, COGNITIVO Y MORTALIDAD DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

P. Bohórquez Colombo[1], M. Ortiz Camúñez[1], A. Cuberos Sánchez[2], V. Rodríguez Pappalardo[1], B. Pascual De La Pisa[2], M. Nieto Martín[3], M. Ollero Baturone[3]

[1]UGC Camas. DSAP Aljarafe. SAS. Camas (Sevilla)

[2]UIDSAP Aljarafe. Unidad de investigación. DSAP Aljarafe. SAS. Camas (Sevilla)

[3]UCAMI. Medicina Interna. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

Analizar el deterioro cognitivo, funcional y mortalidad de los pacientes pluripatológicos con la perspectiva de género, teniendo en cuenta factores como la comorbilidad y la polifarmacia.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio Prospectivo multicéntrico provincial de cohortes. Se incluyeron 336 pacientes con criterios de pluripatológicos (definidos según criterios de la Consejería de Salud- identificados en población general, enrolada prospectivamente mediante censado activo). Variables analizadas: número de enfermedades intercurrentes, sexo, número fármacos que toma, índice de Barthel, Pfeiffer y Lawton Brody. Análisis estadístico: Análisis de comparación de medias Chi cuadrado. SPSS 18.0.

RESULTADOS

La media de edad de los pacientes pluripatológicos es de 74, 25 años con una desviación típica del 11, 56%. De los cuales el 53,6% son varones y el 45,8 % son mujeres. En el estudio de mortalidad a los dos años en cuanto al género observamos que 19,8% de los hombres y el 16,4% de la mujeres fallecieron (si significación estadística). El número de fármacos es de 8,97 para varones y de 9,63 para las mujeres (sin significación estadística). El número de enfermedades intercurrentes (independientes al criterio de pluripatológico) es de 2,41 para hombres y de 2,42 en la mujeres. Barthel en varones de 77,92 y de 32,88 en mujeres con $p<0.005$ así como el Pfeiffer 1.82 en varones y 3.03 en mujeres. El número de ingresos hospitalarios es de 0.26 en varones y de 0.22 en las mujeres.

DISCUSIÓN

Los resultados apuntan a que la mayor supervivencia de las mujeres pluripatológicas conlleva una mayor grado de dependencia, posiblemente relacionado con la presencia en mayor proporción de enfermedades correspondientes a grupo osteoarticular y neurológico (demencias), cuya prevalencia en mujeres es mayor.

CONCLUSIONES

No evidenciamos diferencias en cuanto a género en los pacientes pluripatológicos en cuanto a morbilidad, número de ingresos hospitalarios, número de fármacos prescritos y numero de enfermedades intercurrentes., pero sí observamos diferencias en cuanto a deterioro funcional (medido por el índice de Barthel) y cognitivo, siendo mayor el nivel de dependencia el de las mujeres que en los hombres

B-75 EVALUACIÓN DEL NIVEL DE DESARROLLO DEL MODELO DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD EN LA RED DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA

M. López Ortiz[1], C. Pereira Rodríguez[1], M. Echebeste Portugal[1], A. Rodríguez Iturrizar[1], J. Uriarte Uriarte[1], M. Larrinaga Vélez[1], V. Guillén Cañas[1], N. Toro Polanco[2]

[1]Red de Salud Mental de Bizkaia. Vizcaya

[2]Instituto Vasco de Innovación Sanitaria (O+Berri). Sondika (Vizcaya)

OBJETIVOS

Realizar una evaluación del modelo asistencial de la RSMB al objeto de (1) pilotar la herramienta de autoevaluación IEMAC y su aplicación al ámbito de la Salud Mental (2) determinar el grado de orientación de la RSMB hacia la atención de la cronicidad e (3) identificar intervenciones a incorporar para avanzar en la gestión de la cronicidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Se utiliza el cuestionario IEMAC 1.0, herramienta de autoevaluación basada en el Chronic Care Model del Instituto McCall y adaptada al ámbito del SNS. Permite conocer el posicionamiento de una organización respecto a su abordaje de la cronicidad y establecer un plan de mejora. Se estructura en torno a 6 dimensiones (Organización del sistema de salud, Salud comunitaria, Modelo asistencial, Autocuidado, Apoyo en la toma de decisiones clínicas y Sistemas de información), 27 componentes y 80 intervenciones. El equipo evaluador consensúa la puntuación de cada intervención (entre 0 y 100 puntos) en función de su grado de implantación, evaluación e introducción de mejoras. La puntuación total es la suma de puntos de las intervenciones (entre 0 y 8.000). Se crea un equipo evaluador compuesto por D. Gerente, D. Médico, D. Enfermería, Jefe UGC-TMG, Coord. Trabajo Social, A. Investigación y Subd. Innovación y Sistemas, que reciben con antelación el cuestionario para su lectura. Se realiza la evaluación en una reunión de 6 horas, facilitada por dos técnicos del Instituto Vasco para la Innovación Sanitaria (o+berri) que dan instrucciones sobre la utilización del cuestionario IEMAC. El equipo decide por consenso la puntuación de cada ítem en función del grado de acuerdo con la descripción de la afirmación asignada a la matriz de respuesta y las evidencias halladas. Las facilitadoras elaboran el informe de evaluación, que resume la situación de la organización en cada dimensión y reporta las puntuaciones por intervención, componente, dimensión y global.

RESULTADOS

El grado de desarrollo del modelo de cronicidad es de un 25% (Puntuación global: 2.020). Destaca de manera positiva la dimensión de Salud Comunitaria con 45,8 puntos, Organización del Sistema de salud con 38,8 y Modelo Asistencial con 27,6. Se obtiene una puntuación más modesta en Autocuidado (17,8) y son significativamente más bajas Sistemas de información (14,2) y Apoyo en decisiones clínicas (10).

DISCUSIÓN

Las fortalezas de la RSMB se basan en la alineación de su estrategia con la gestión de la cronicidad, las alianzas desarrolladas en el ámbito sociosanitario para el desarrollo de recursos comunitarios, y la integración de los dispositivos de atención a la salud mental bajo un modelo comunitario equilibrado dirigido a que el paciente permanezca en su entorno con la mejor calidad de vida posible. Este modelo, no obstante, tiene aún una implantación incipiente. Las mejoras deben ir dirigidas a la activación del paciente según principios de recuperación personal y social, así como al desarrollo de sistemas de información para el apoyo en la toma de decisiones clínicas, integración de información clínica del paciente y la conexión entre profesionales y entre profesionales y pacientes. A excepción de la intervención relativa a la atención al final de la vida, se constata que el IEMAC es perfectamente aplicable al ámbito de la salud mental.

CONCLUSIONES

El equipo evaluador valoró la alta utilidad de la autoevaluación para el desarrollo del modelo asistencial de la RSMB ya que permite identificar y priorizar mejoras a introducir en los planes de gestión anual. Además, la realización periódica de autoevaluaciones facilitará evidenciar el avance.

B-81 PROGRAMA DE MEJORA PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS COMPLEJAS. SATISFACCIÓN DE PROFESIONALES

R. Fernández Ojeda[1], R. Lara Romero[1], D. Montes Porras[1], E. Doncel Rodríguez[1], J. Páez Pinto[2], E. Martín Sánchez[2], S. González Limones[2], A. Fernández Moyano[1]

[1]Servicio de Medicina Interna. Formación y Recursos Humanos. Informática Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

[2]Atención Primaria. Distrito Sanitario de Atención Primaria. Aljarafe (Sevilla)

OBJETIVOS

Las enfermedades crónicas son enfermedades que producen un gran impacto para el paciente, su familia y la sociedad, que generan un elevado consumo de recursos y que se benefician de programas de integración asistencial. Nuestra área sanitaria ha desarrollado un modelo asistencial (Programa COMPARTE) que atiende estas necesidades. Se ha realizado una reciente encuesta para conocer el grado de satisfacción de los profesionales de los diferentes niveles asistenciales.

MATERIAL Y MÉTODO

Se elabora una encuesta anónima desarrollada en entorno Web, a través de la dirección URL:http://www.hsjda.es/foormtools/aljarafe/Encuesta_General_MFyC_htm La elaboración de las encuestas ha sido raliza por un equipo de mandos intermedios de ambos niveles, con testado previo por profesionales asistenciales. Las áreas de actividad sobre las que se solicitaba opinión, desarrollaban las mismas preguntas cuando eran comunes a más de un colectivo profesional o nivel asistencial, con el objetivo de facilitar su comparación. Cada cuestionario estaba formado por entre 28 y 36 preguntas tipo test, con respuestas tipo likert. Junto a éstas había 3 preguntas de opinión de texto libre. En todas las cuestiones que interrogan sobre el grado de satisfacción de los profesionales, se ha usado una escala de 1 a 5, donde 1 indica el mayor grado de insatisfacción y 5 la manifestación de una plena satisfacción.

RESULTADOS

Las áreas sobre las que se solicitaba opinión, incluían cooperación entre médicos, enfermeros y trabajadores sociales y educación en autocuidados. Mostramos los resultados parcialmente (tablas 1 y 2).

CONCLUSIONES

Resaltar la alta satisfacción global con el modelo de continuidad asistencial y la mejora en la cooperación entre profesionales desde su puesta en marcha. Igualmente, con la mayoría de los aspectos organizativos del programa.

Tabla 1. Tasa de respuesta de la encuesta (B-81)

Tasa de respuesta de la encuesta	Nº de destinatarios	Nº de encuestas contestadas	Tasa de respuesta
Internistas	20	20	100
MFyC	133	36	27,1
Ehospital	140	50	35,7
EAprimaria	127	22	17,3

Tabla 2. Resultados destacados de la encuesta de satisfacción (B-81)

Resultados destacados de la encuesta de satisfacción	Puntuación:	4-5	3	1-2
1-Considero que desde el inicio del modelo de Continuidad Asistencial, la cooperación ha mejorado	Internistas	80	15	5
	MFyC	97	3	0
2-Consideras que desde el inicio del modelo de Continuidad Asistencial, la transmisión de continuidad de cuidados ha mejorado	Enfermera hospital	83	17	0
	Enfermera primaria	67	20	13

B-89 LAS INTERCONSULTAS NO PRESENCIALES SON COSTE EFECTIVAS PARA EL MANEJO DE LOS PACIENTES CRÓNICOS

M. Antolinos García[1], M. Medina Martínez[2], C. Catalán Oliver[2]
[1]CS Crevillente, [2]Dirección Continuidad Asistencial. Departamento de Salud del Vinalopo. Elche-Crevillente (Alicante)

OBJETIVOS

1.- Determinar el uso que hacen los profesionales de un centro de salud de las interconsultas no presenciales (INP) y ver si son útiles para el manejo de pacientes crónicos 2.- Determinar la calidad de la gestión de los pacientes a través de las INP. 3.- Determinar el ahorro que supone la gestión de estos pacientes a través de las INP.

MATERIAL Y MÉTODO

MATERIAL: En el departamento de Salud del Vinalopó disponemos de una Historia clínica electrónica (HCE) compartida entre el Hospital y Atención Primaria (AP), Florence, que permite una integración asistencial a todos los niveles. Las interconsultas no presenciales (INP), se realzan vía on line, sobre la HCE del paciente y tienen un tiempo medio de respuesta de 24-48 horas. MÉTODO: Se han evaluado las INP realizadas por los 13 médicos de familia del centro de salud de Crevillente a las especialidades médicas más frecuentes (neurología, cardiología, neumología, medicina interna y digestivo), en relación al manejo y seguimiento de los pacientes crónicos atendidos en AP durante el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de octubre de 2011 al 24 de enero de 2012. De este estudio hemos obtenido 149 interconsultas, revisándose la finalidad y el resultado de las mismas. Hemos aplicado la Ley de Tasas vigente en nuestra Comunidad para conocer el coste económico de las visitas en CCEE, tanto para primeras (63E) como para sucesivas (38E) y ver el ahorro conseguido mediante este sistema de gestión de casos.

RESULTADOS

La edad media de los pacientes consultados fue de 71,57 años, siendo el 49% hombres. De las INP realizadas 50 fueron a cardiología (33.55%), 41 a neurología (27,5%), 25 a medicina interna (16,77%), 17 a digestivo (11,4%) y 16 a neumología (10,7%). El 61, 07% (91) de las INP fueron planteadas en relación al manejo diagnóstico- terapéutico del paciente mientras que el 38,9% (58) fueron por temas administrativos (55,17 % (32) petición de realización de visados de medicamentos, 44, 82% (26) otros temas administrativos (dudas administrativas, comunicación médico AP-especialista sobre derivación, citas de consultas o pruebas perdidas). Las INP realizadas en relación al manejo diagnostico-terapéutico pueden resolverse de dos formas: a) resueltas: el médico de familia desde la consulta puede gestionar al paciente (83,5% (76)), b) el especialista recomienda petición de pruebas y citación posteriormente en consultas externas (16,48% (15)). Si aplicamos la ley de Tasa sobre las IC resueltas en AP (suma de INP sobre manejo diagnostico-terapéutico y realización de visados) calculamos que la gestión de estos pacientes en AP ha supuesto un ahorro total de más de 5000 euros en los 3 meses estudiados.

CONCLUSIONES

-Las INP son costo-efectivas ya que la gran mayoría (108 (72,48%) se resuelven sin necesidad de derivar a consultas externas con el beneficio que esto supone en la calidad y continuidad asistencial y satisfacción del paciente. -El resto de INP también son eficientes ya que el contacto directo con el especialista mejora la calidad asistencial.

B-92 MODELO DE ATENCIÓN EN BASE A LA POBLACIÓN DE REFERENCIA DE BADALONA SERVEIS ASSISTENCIALS

X. Frías Garrido[1], S. Martínez Gálvez[1], C. Bultó Serra[1], A. Sicras Mainar[3], M. Reverter Verdú[1], A. Villanueva Alonso[2], M. Gómez Rodríguez[1]
[1]Servicio Atención Primaria. Badalona Serveis Assistencials - Atención Primaria. Badalona (Barcelona)
[2]Gerencia. Badalona Serveis Assistencials - Participación Ciudadana. Badalona (Barcelona)
[3]Dirección de Planificación. Badalona Serveis Assistencials - Innovación y Proyectos. Badalona (Barcelona)

OBJETIVOS

El objetivo del estudio fue describir el modelo de atención en base a la clasificación de personas y adaptar las líneas asistenciales de prevención primaria, secundaria y terciaria en función del grado de complejidad/fragilidad de la población.

MATERIAL Y MÉTODO

Badalona Serveis Assistencials es una Organización Sanitaria Integral. Se realizó un estudio observacional naturalístico durante los años 2010 y 2011 sobre la población atendida mayor de 15 a. de 7 ABS de Badalona, Montgat y Tiana, de 90.521 hab. (OMIAP) Principales medidas: variables demográficas (edad, sexo), clasificación de la población, modelo de intervención

en base a estratos y fragilidad. El modelo predictivo para cuantificar la clasificación de la población se realizó en función del coste sanitario (variable dependiente). El coste fue obtenido a partir de las visitas realizadas, pruebas diagnostico, derivaciones y medicación (uso de los recursos y asignación de tarifa). Variables dependientes: edad y comorbilidad crónica (CC), según la Clasificación Internacional Atención Primaria (CIAP-2). Se consideró fragilidad el cumplir alguna de estas variables: Edad≥ 85 años. Inclusión en programa ATDOM, Test de Barber+, Polifarmacia, Riesgo social, más de 2 ingresos hospitalarios / año, enfermedades incapacitantes: El análisis estadístico: descriptivo, bivariante y regresión lineal múltiple para la predicción del modelo, p<0,05.

RESULTADOS

Se contabilizaron 90.521 personas atendidas durante el período de estudio. Se identificaron 177 CC de los que 76 fueron los seleccionados en base a la prevalencia de la enfermedad, diferentes niveles de atención, características y necesidades propias de cada grupo. Además, se elaboró una página Web a tiempo real, con acceso desde la historia clínica que permite visualizar dos componentes: a) una que hace referencia a datos de la persona atendida y b) otro, que cuantifica y sitúa en cada nivel la población asignada por profesional, médico y enfermera (datos agregados). Se han creado 3 grupos de trabajo multidisciplinares para desarrollar los contenidos de cada nivel (estrategias de intervención).

CONCLUSIONES

Disponemos de un modelo que nos permite identificar a la población por niveles. Esto permite adaptar e integrar los servicios asistenciales que favorecen la continuidad, definiendo nuevos modelos de participación ciudadana en los procesos de salud y enfermedad. Este trabajo continua con la evaluación sobre el aumento de los resultados de salud, la optimización de los recursos del sistema y el aumento de la capacidad del autocuidado de las personas. Con el fin de garantizar una atención correcta en cada situación y a lo largo de la trayectoria vital de cada persona.

B-99 IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA INTERNIVELES DE ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS (PLAN COMPARTE). EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE CALIDAD Y SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES

E. Martín Sánchez[1], M. Fernández Gamaza[2], N. Herranz Carmona[2], J. González Vargas[2], R. Perejón González[2], B. Pascual De La Pisa[2], Y. Marín Fernández[3], L. Rodríguez Benjumeda[4]

[1]Dirección de Salud, [2]U. G. C. Bormujos, [4]Unidad de Epidemiología. Distrito Aljarafe. Sevilla

[3]Servicio Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios de El Aljarafe. Sevilla

OBJETIVOS

La puesta en marcha, hace 3 años, de un programa interniveles de atención a pacientes crónicos (Plan Comparte) en Distrito Sanitario de Atención Primaria (AP) Aljarafe y en Hospital San Juan de Dios Aljarafe (HSJD-Sevilla), hace necesario conocer la repercusión de la implantación. Nos planteamos conocer el grado de cumplimiento de los indicadores de calidad definidos en el Plan Comparte y la participación y satisfacción de profesionales de AP implicados.

MATERIAL Y MÉTODO

1) Estudio descriptivo en UGC de AP Bormujos. Sujetos: Pacientes ingresados en HSJD en 2011 con inclusión en Plan Comparte según diagnóstico principal al alta (Insuficiencia cardiaca, EPOC severo, Pluripatológicos y Paliativos Oncológicos).Tamaño muestral: Universo muestral (n=35). Mediciones: Audit en historia clínica electrónica por profesional externo a la UGC de indicadores de calidad del Plan Comparte: adecuación de la inclusión en Plan según criterio diagnóstico; realización de visita conjunta médico-enfermera de pacientes en menos de 48 horas hábiles tras el alta; y evaluación y adecuación del tratamiento médico prescrito al alta. 2)Encuesta de satisfacción ad hoc tipo Likert para médicos y enfermeras de centros incluidos en Plan Comparte (n= 29).Variables: Cooperación, continuidad de cuidados, Calidad de Atención, Satisfacción global, Planes de cuidados, Transmisión de formación entre profesionales de distintos niveles asistenciales, Educación en autocuidados, Resolución de conflictos, Formación, Valoración de Visita a Domicilio conjunta y Revisión de botiquín. Análisis estadístico: descriptivo univariante por distribución de frecuencias.

RESULTADOS

1) De 35 pacientes incluidos según alta hospitalaria en Plan Comparte en Hospital, en 23% no consta en historia clínica de AP información sobre su inclusión. Por diagnóstico principal en informe de alta se incluyeron un 34% de pacientes pluripatológicos, un 29% de pacientes oncológicos, un 17% con EPOC y 9% con insuficiencia cardiaca. En un 11% de pacientes incluidos en el Plan por el Hospital, no constaba ninguno de los criterios diagnósticos llaves. De 27 pacientes incluidos en comparte en AP, el 96% constaba en historia clínica la realización de visita conjunta y en el 93% la evaluación en domicilio de tratamientos prescritos. 2) El número de profesionales que respondieron la encuesta fue 58 (36 médicos y 22 enfermeros). El 80% de los médicos manifestaron puntuaciones altas (rango 4-5; alta satisfacción) para todas las variables excepto autocuidados y formación. Aproximadamente el 60% de los enfermeros manifestaron puntuaciones altas (rango 4-5; alta satisfacción) en las variables de Continuidad de cuidados, educación en autocuidados de pacientes y cuidadores así como la importancia de la visita a domicilio.

DISCUSIÓN

El programa supone para los profesionales de AP un cambio en el manejo de pacientes crónicos con criterios de inclusión. Se encuentra en fase de análisis el impacto en el resto del Distrito, con mediciones como calidad de vida, incidencia de reagudizaciones y efectos secundarios por mal cumplimiento del tratamiento, e implicación de pacientes y cuidadores en el seguimiento de su patología.

CONCLUSIONES

Tras 3 años de implementación del Plan Comparte y con una evaluación positiva en cuanto al cumplimiento de indicadores de calidad en una UGC y de satisfacción de los profesionales, pensamos que se han cumplido los objetivos marcados en la fase de diseño del programa y se refuerza la necesidad de consolidar las líneas de comunicación interniveles establecidas y la medición del impacto de resultados en salud.

Intervenciones de promoción de salud y prevención enfermedades crónicas (C)

C-2 EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA DOMICILIARIA EN LA MEJORA DE LAS CONDICIONES DE LAS VIVIENDAS DE LAS PERSONAS MAYORES PARA REDUCIR EL RIESGO DE CAÍDAS: RESULTADOS DEL ESTUDIO EPICA

A. Pérez Trujillo[1], A. Martínez Orozco[2], B. Cadenas De Llano Iraola[1], V. Rodríguez Navarro[3], J. Martínez de la Iglesia[3], C. Arias Blanco[3]

[1]Centro de salud S. Rosa, [2]Centro de Salud L. Norte, [3]Unidad Docente Medicina Familia. Hospital Reina Sofía. Córdoba

OBJETIVOS

Comprobar el efecto de una intervención domiciliaria para reducir los factores de riesgo de caídas en personas mayores.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio antes-después, multicéntrico, realizado por 15 médicos y enfermeras de familia en 6 Centros de Atención Primaria de Córdoba (España) durante el año 2008 a una muestra de 129 pacientes a los cuales se les realizó una valoración de riesgos en sus viviendas y se les dio recomendaciones para corregir los riesgos detectados. Posteriormente a los 9 meses se llevó a cabo una nueva valoración para comprobar los cambios producidos. Los criterios de inclusión fueron: Mujeres y hombres de 70 años de edad o más, residencia habitual (más de 9 meses al año) en el área de cobertura del Centro de Salud participante, deambulación independiente (puede caminar por exteriores sin necesidad de ayuda de otra persona). Los criterios de exclusión: Enfermos terminales (<6 meses), enfermos inmovilizados o encamados, enfermedades psiquiátricas graves, desplazados con menos de 3 meses, personas institucionalizadas, actividad física contraindicada o negativa a participar. Las variables independientes estudiadas fueron las socio-demográficas (edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, nivel de instrucción, situación familiar). La variable dependiente fue la modificación de riesgos en el domicilio. Se realizó un análisis estadístico descriptivo e inferencial.

RESULTADOS

A los 9 meses se evaluaron 120 domicilios después de la valoración domiciliaria inicial y se obtuvieron los siguientes resultados: En el 11,6% de las viviendas había alfombras y el 8,3% de los mayores caminaban alrededor de muebles que dificultaban el paso. No había suficiente iluminación en el 2,5% de las casas. En el 5% había objetos en las escaleras que dificultaban el paso. En el 6,6% de los domicilios es difícil llevar al interruptor desde la cama y el 11,7% no tienen todos los elementos necesarios al alcance de la mano. Los pasillos oscuros al baño tras la valoración inicial fueron del 5%. El 60,8% dispone ahora de agarraderas en la bañera y el 64,1% de algún elemento de ayuda en el baño. El 12,5% no utilizan calzado

adecuado en su domicilio. En esta valoración el número de animales sueltos en casa se redujo al 7,5%.Tras la intervención domiciliaria, el 69,2% de los pacientes realizaron alguna modificación, reduciéndose los problemas detectados (promedio de modificaciones/vivienda: 3,0±1,9 -desviación estándar-)

DISCUSIÓN

Los resultados indican que una intervención domiciliaria puede ser eficaz ya que se constata una mejoría de las condiciones de las viviendas que favorecen la prevención de las caídas. Cabe destacar como con la intervención se comprobó que a los 9 meses muchos de los mayores habían realizado cambios en sus viviendas de acuerdo con las recomendaciones dadas en la visita domiciliaria de intervención, en función de los déficit detectados. Con la visita de revisión se ha comprobado una mejora en todos y cada uno de los puntos valorados.

CONCLUSIONES

Estos resultados sugieren la eficacia de la intervención domiciliaria realizada en personas ancianas encaminada a la prevención de caídas. Por tanto se pone de manifiesto la necesidad de que los profesionales de la salud se impliquen en la prevención de dichos riesgos así como políticas encaminadas a favorecer las condiciones del entorno domiciliario a estos sectores de la población.

C-3 INTERVENCIÓN INTENSIVA SOBRE EL TABACO EN PACIENTES CRÓNICOS FUMADORES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ESTABLECIDA O ALTO RIESGO DE DESARROLLARLA: EL PROGRAMA EUROACTION PLUS

J. Navarro[1], J. De Velasco[1], D. Wood[2], C. Bixquert[1], V. Priego[1], C. Tirado[1]
[1]Instituto de Investigación Sanitaria INCLIVA. Hospital Clínico. Valencia
[2]International Centre for Circulatory Health. Imperial College. London

OBJETIVOS

El objetivo principal del estudio (un ensayo clínico aleatroizado) fue determinar si el programa Euroaction de prevención cardiovascular en atención primaria coordinado por enfermería (Lancet 2008, 317:1999-2012), con una intervención intensiva sobre tabaquismo (incluyendo el uso de vareniclina), frente a la habitual, es más efectiva para dejar de fumar en fumadores persistentes con enfermedad cardiovascular establecida o alto riesgo de desarrollarla.

MATERIAL Y MÉTODO

Ensayo clínico aleatorizado con un total de 696 pacientes (137 vasculares y 559 de alto riesgo) y 109 parejas. Seguimiento: 16 semanas. Intervención (enfermeras profesionalmente entrenadas): programa multifactorial dirigido a mejorar los estilos de vida, abandonar el tabaco, dieta sana y aumento de la actividad física, junto con la valoración y el tratamiento de otros factores de riesgo cardiovascular. Ámbito europeo: España, Holanda, Italia y Reino Unido.

RESULTADOS

Para el objetivo principal hubo diferencias significativas en el abandono del tabaco (51,2% vs 18,8%, OR 4,53, IC95% 3,20 a 6,39, P<0,0001) y en lograr los objetivos relacionados con la dieta mediterránea (OR 4,67, IC95% 1,92 a 11,48, P<0,001), la actividad física (16,2% vs 7,2%, P>0,002), el control de la presión arterial (52,4% vs 42,9%, P<0,03) y la calidad de vida.

CONCLUSIONES

Este estudio europeo ha demostrado que el Programa Euroaction de prevención cardiovascular coordinado por enfermería de atención primaria, con una intervención intensiva sobre el trabajo que incluya opcionalmente vareniclina, ayuda más a los pacientes vasculares y de alto riesgo a dejar de fumar y a alcanzar mejor otros objetivos de prevención cardiovascular que la atención médica habitual.

C-22 QUE LA COMIDA SEA TU ALIMENTO Y EL ALIMENTO TU MEDICINA. SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES OBESOS Y DIABÉTICOS.

A. Colinet Moreno[1], A. Tabernero Sahuquillo[2], M. Sánchez Cruzado[3], R. González Padilla[1], M. Rodríguez Martínez[4], M. Sáez Martínez[5]
[1]Atención Primaria. Hospital General Virgen de la Luz. Cuenca
[2]Hospital General de Tomelloso. Tomelloso (Ciudad Real)
[3]Centro Salud Tomelloso [2], 5Centro de Salud El Toboso. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real)
[4]Centro Salud Bogarra. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete

OBJETIVOS

OBJETIVOS PRIMARIOS: -Mejorar el seguimiento de los pacientes diabéticos y obesos -Fomentar una correcta relación médico-paciente -Evaluar la adherencia de los diabéticos a los consejos dietéticos y al tratamiento en Atención Primaria y Especializada.

MATERIAL Y MÉTODO

Se recogen variables de 1262 pacientes diabéticos de tres áreas de salud distintas (Mancha Centro, Cuenca y Albacete) acerca de parámetros y perfiles de control de la diabetes mellitus (sexo, edad, IMC, hábitos tóxicos y HbA1c) y tipo de tratamiento (antidiabéticos, insulina y/o ambos).

RESULTADOS

-Los pacientes diabéticos y obesos tienen HbA1c más descompensadas. Los diabéticos no obesos suelen tener mejor HbA1c. -Los pacientes diabéticos y obesos toman más medicación que los diabéticos NO obesos. -Los pacientes diabéticos y obesos tienen hábitos menos saludables y acuden menos a controles de enfermería y medicina.

DISCUSIÓN

Los pacientes diabéticos y obesos suelen acudir menos a los controles periódicos realizados en la consulta de medicina y enfermería, tienen peores cifras de HbA1c, toman más medicación (varios antidiabéticos orales ó antidiabéticos más insulina) y acarrean un mayor gasto sanitario. Entre los pacientes que acuden a los controles periódicos hay menos obesos, más mujeres, tienen mejores cifras de HbA1c y toman menos medicación.

CONCLUSIONES

Los pacientes con mayor adherencia a los tratamientos y que acuden a los controles tanto de medicina como de enfermería asimilan más su enfermedad, toleran y siguen más los consejos dietéticos que se les da. Esta mejor educación diabetológica se constata en una menor tasa de obesos, menos gasto farmacológico y mejores hábitos de vida saludable. Los pacientes diabéticos, obesos y varones suelen ir menos a los controles requeridos, consumen más medicamentos y tienen mayor proporción de hábitos no saludables.

C-29 EL INGRESO POR NEUMONÍA EN ANCIANOS: UNA OPORTUNIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE REINGRESOS

O. Torres[1], C. Pacho[1], E. Gil[1], M. Mateo[2], M. Seres[2], S. Benito[2], J. Casademont[1], D. Ruiz[1]

[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Urgencias. Hospital de Sant Pau. Barcelona

OBJETIVOS

Estudiar los reingresos a corto y largo plazo entre los ancianos ingresados por neumonía y analizar los factores predictores.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo de pacientes >=65 años(a) atendidos en Urgencias por neumonía entre Dic2009-E2011. Se registraron datos demográficos, clínicos, analíticos, microbiológicos, Índice (I) de Fine, I Barthel e I Charlson. Se revisaron los reingresos a los 30 días (d) y 6 meses (m) en registros electrónicos y tras contacto con pacientes. Se realizaron análisis de regresión logística múltiple y curvas ROC.

RESULTADOS

Se estudiaron 141 ancianos de 82 a (IC95% 81-83) ,66% varones. Un 33% fueron neumonías asociadas al ámbito sanitario. El I Fine fue 124 (118-130). El 89% ingresaron en el hospital y 8% en otros centros. La estancia fue 11 d (9-12). A los 30 d el 10% de los pacientes fueron exitus y el 7% reingresaron. A los 6 m el 11% fueron exitus y reingresaron el 25% (1-3 ingresos). El reingreso a los 30 d fue por la propia neumonía en 75%, por comorbilidades 12% o ambas 12%. Los reingresos a los 6 m fueron por infecciones respiratorias de vías bajas (IRVB) 46%, otras enfermedades agudas 21%, comorbilidades 17% o comorbilidades con IRVB 17%. Los pacientes con reingresos a los 30 d fueron más obesos (37 vs. 10%, p=,054), menos autónomos para caminar (50 vs. 72% p=,029) y sus estancias hospitalarias fueron más prolongadas (15 vs 10 d, p=,053). Los pacientes con reingresos a los 6 m fueron más obesos (22 vs 9%, p=,087), tenían menor saturación de oxígeno (83 vs. 88%, p=,018), mayor I Fine (129 vs. 118, p=,05), se les detectaron menos factores de riesgo de aspiración (7 vs 29%, p=,033) y la estancia fue más prolongada (14 vs. 9 d, p=,02). En el resto de variables no se observaron diferencias significativas. En el análisis multivariado se asociaron a reingreso a los 30 d la obesidad, la dificultad para caminar y la estancia hospitalaria prolongada (punto de corte >=9 d), con área bajo la curva 0,87 (0,78-0,97) y a reingreso a los 6 m la obesidad, el I Charlson, el no detectar factores de riesgo de aspiración y la estancia hospitalaria (punto de corte>=6 d), con un área bajo la curva 0,76 (0,65-0,87).

DISCUSIÓN

La neumonía es la enfermedad infecciosa que representa un mayor coste económico para los sistemas de salud y esto se correlaciona muy estrechamente con la estancia hospitalaria. Pero además en los ancianos se ha demostrado que un ingreso por neumonía puede provocar declive funcional y aumenta la mortalidad a largo plazo. Probablemente en el pronóstico de estos pacientes los reingresos jugaran un importante papel y sin embargo se trata de un tema escasamente estudiado. En nuestro estudio las IRVB fueron el principal motivo de reingreso lo que nos plantea la posibilidad de intervenciones preventivas. Los datos obtenidos nos señalan a quien dirigir especialmente las intervenciones: ancianos obesos, con dificultades para caminar y/o mayor comorbilidad. Nos ha llamado la atención que no detectar factores de riesgo de aspiración sea un factor predictor de reingresos, posiblemente fuera atribuible a que el dato se obtenía de la valoración inicial en Urgencias y una valoración más detallada pudiera poner de manifiesto el riesgo de aspiraciones en estos pacientes. Por último, es de utilidad práctica que la propia duración de la estancia hospitalaria, dato objetivo y de fácil obtención, sea un predictor de reingresos posteriores. Aquellos ancianos con un ingreso por neumonía con una estancia >=6 d merecerán una intervención posterior para prevenir reingresos. El seguimiento más intensivo en los primeros 30 d estará especialmente indicado en los que presenten estancias superiores a 9 d.

CONCLUSIONES

Uno de cada cuatro ancianos ingresados por neumonía reingresará en los siguientes 6 m, siendo la principal causa de reingreso las IRVB. Debieran plantearse intervenciones preventivas entre los ancianos ingresados por neumonía, especialmente dirigidas a los pacientes obesos, con mayor comorbilidad y estancias prolongadas.

C-30 CUMPLIMIENTO Y VARIABILIDAD DE PRÁCTICAS PREVENTIVAS EN ATENCIÓN PRIMARIA. EVOLUCIÓN 2007-2011 EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

F. Aizpuru[1], A. Latorre[1], I. Vergara[1], K. Latorre[1], J. Pz De Arriba[2], B. Ibáñez[3], E. Millán[4], J. Bilbao[4]

[1]*Investigación. Osakidetza. Vitoria-Gasteiz (Álava)*
[2]*CS Leza. Comarca Araba. Álava*
[3]*Investigación. Fundación Miguel Servet. (Navarra)*
[4]*Asistencia Sanitaria. Osakidetza Central. (Álava)*

OBJETIVOS

Conocer la adherencia a recomendaciones preventivas para problemas crónicos tras la generalización de las alarmas electrónicas en atención primaria. Determinar la variabilidad entre las distintas Unidades de Atención Primaria (UAP).

MATERIAL Y MÉTODO

A partir de la información registrada en la historia clínica electrónica de todos los médicos de AP de Osakidetza -1685, incluyendo 303 pediatras-, se compara la evolución del cumplimiento de actividades preventivas propuestas por el Plan de Salud –cribado y criterios de buena atención- relacionadas con diversos problemas crónicos –diabetes, hipertensión arterial, obesidad, asma infantil y del adulto, EPOC- en 2007 y en el cuarto trimestre de 2011. Se describe la variabilidad observada, mediante los estadísticos apropiados: razón de variación, componente sistemático de variación (CSV).

RESULTADOS

En 2011, el cribado propuesto para la detección precoz de HTA y de diabetes han alcanzado, respectivamente, al 42,5% y al 63,7% de la población diana, frente al 33,7% y 37,1% de 2007. Durante este periodo, el resultado de la atención a hipertensión arterial y a diabetes ha mejorado según los indicadores examinados. Entre los hipertensos, 37,8 frente a 36,3% en 2007 mantienen sus cifras de TA por debajo de 140/90. El porcentaje de diabéticos con la HbA1c por debajo de 7% es de 36,7, frente al 35,2 anterior, cuando el criterio de buen control era de 7,5%. También entre diabéticos, el control de la TA (<130/80) se alcanza en 30,1% (19,7% en 2007). Los indicadores de proceso también han registrado aumentos, tanto en el control de enfermedades cardiovasculares como respiratorias –realización de espirometrías en asmáticos de 13,5% a 45,4%, espirometría en EPOC de 14,2% a 45,9%, comprobación de las técnicas de inhalación de 32,5% a 85,2%. En todos los casos, la variabilidad entre UAPs es pequeña (CSV<0,10) y se ha reducido desde 2007.

DISCUSIÓN

En este estudio observacional se constata un aumento del registro y realización de actividades preventivas para problemas crónicos en AP, coincidiendo con la generalización de alertas electrónicas. Parte del aumento puede deberse a la consolidación del uso de la historia clínica electrónica y a otras causas como la implantación de nuevas Guías de Práctica Clínica, o a otras herramientas de gestión, como incentivos a profesionales, por ejemplo. Sin embargo, la adherencia a las recomendaciones sigue estando lejos del ideal (el 100%) en todos los casos, incluso en los procesos con más larga tradición de atención en AP. Por otra parte, la disminución observada en las variaciones entre UAPs sugiere que se está llegando a un techo. Si bien el diseño utilizado no permite confirmarlo, estos resultados coinciden con hallazgos previos según los que las alertas electrónicas son efectivas, pero no suficientes para optimizar este aspecto de la atención preventiva. Deben diseñarse intervenciones más activas en el seno de las UAPs para tratar de mejorar este aspecto clave del manejo de las enfermedades crónicas.

CONCLUSIONES

La adherencia a las recomendaciones preventivas basadas en evidencia ha mejorado entre 2007 y 2011. Se constata un aumento de la población cribada y una mejoría en los indicadores de resultado -enfermedades cardiovasculares- y también en los de proceso -en todos los problemas crónicos. Este aumento puede atribuirse parcialmente a la generalización de las alertas electrónicas, pero está lejos de ser óptimo. Deben diseñarse y evaluarse intervenciones proactivas para mejorar todavía más el cumplimiento de estas recomendaciones.

C-33 HIPERTENSIÓN ARTERIAL ¿SABEMOS REALMENTE CUÁNTOS HIPERTENSOS ESTÁN BIEN CONTROLADOS?

M. Galparsoro Goikoetxea[1], C. Barriola Lertxundi[2], M. Garmendia Iturrioz[2], A. Olano Zabala[3], A. Carrera Etxeberria[4], E. Aguirre Canflanca[5], A. Errasti Muguruza[6]

[1]*Osakidetza. Centro de Salud de Zumarraga. Zumarraga (Guipúzcoa)*
[2]*Osakidetza. Centro de Salud de Tolosa. Tolosa (Guipúzcoa)*
[3]*Osakidetza. Centro de salud de Azkoitia. Azkoitia (Guipúzcoa)*
[4]*Osakidetza. Centro de Salud de Alegi. Alegi (Guipúzcoa)*
[5]*Osakidetza. Centro de salud de Lizartza. Lizartza (Guipúzcoa)*
[6]*Osakidetza. Centro de Salud de Azpeitia. Azpeitia (Guipúzcoa)*

OBJETIVOS

Conocer la proporción real de hipertensos bien controlados teniendo en cuenta que los hipertensos con Hipertensión arterial enmascarada se consideran mal controlados.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal. Población: 158 pacientes hipertensos diagnosticados elegidos aleatoriamente de 16 cupos pertenecientes a una comarca de atención primaria. A cada paciente el primer día se le realizaron 3 tomas de tensión arterial (TA) y se le colocó un

monitor ambulatorio de TA (MAPA). Al día siguiente se le retiró la MAPA y se realizaron otras 3 tomas de TA. A los 15 días se le volvió a tomar nuevamente la TA 3 veces. Se consideró la TA en consulta la media de las nueve tomas realizadas tanto de la TAS como de la TAD. Se consideró que el paciente presentaba HTAE y por lo tanto mal control de su HTA, cuando la media de la TAS en consulta estaba por debajo de 140 y la TAD de 90 y la media diurna de la obtenida por la MAPA era superior o igual a 135 de TAS o 85 de TAD.

RESULTADOS

Se investigaron 158 hipertensos diagnosticados, de los que un 45% eran hombres. La edad media era de 72,2 años. (Rango 42-85 años y DE: 7,8). Un 5% fumaban, un 20% eran exfumadores y el 75% no había fumado nunca. Un 50% era abstemio, un 48% bebedor moderado y un 2% bebedor de riesgo. Un 20% era sedentario. Un 26% era diabético. El tiempo medio de evolución de la hipertensión era de 10 años. Sólo un 13,9% de nuestros pacientes estaban bien controlados (TA en consulta y por la MAPA normales). Un 7 % presentaba HTA de bata blanca (TA en consulta elevada y por la MAPA normal). Un 58,2% estaba mal controlado (TA en consulta y por la MAPA elevadas) y un 20,9 % presentaba HE (TA en consulta normal y alta por la MAPA).

DISCUSIÓN

Un 20,9 de nuestros pacientes presentaba HTAE, por lo que son pacientes mal controlados, y deben ser objeto de cambio de medicación ya que estos pacientes tienen más lesiones en órganos diana y peor pronóstico. De esta manera sólo un 13,9% de nuestros pacientes estaban bien controlados frente a un 34,8 % (13,9 + 20,9) que es lo que hubiésemos considerado si únicamente hubiésemos tenido en cuenta las cifras obtenidas en consulta. Teniendo en cuenta que la selección de pacientes se realizó de manera aleatoria y en número importante de cupos de enfermeras, creemos que los datos pueden ser extrapolables al ámbito de hipertensos diagnosticados y registrados en atención primaria.

CONCLUSIONES

El control de nuestros hipertensos es muy bajo y mucho menor de lo referido en la mayoría de estudios y evaluaciones de los diferentes servicios de salud de nuestro país, en parte porque muchos de ellos se consideran que están bien controlados y en realidad presentan HTAE. Dada su elevada prevalencia, el peor pronóstico y el riesgo de afectación de órganos dianas en estos enfermos deberíamos emplear más frecuentemente tanto el AMPA como la MAPA para detectarlos y tratarlos adecuadamente.

C-40 EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE INMUNIZACIÓN INTENSIVA EN PACIENTES VIH

A. Valdivia[1], S. Sánchez[2], P. Martín[3], M. Segarra[4]
[1]Servicio de Medicina Preventiva, [2]Farmacia, [3]Servicio de Medicina Interna, [4]Salud Laboral. Hospital de Dénia. Dénia (Alicante)

OBJETIVOS

Valorar la efectividad de un programa intensivo de vacunación en pacientes VIH.

MATERIAL Y MÉTODO

El protocolo de vacunación en pacientes VIH se desarrolló a partir de las guías de práctica clínica vigentes, adaptadas a nuestro entorno por consenso entre Medicina Interna, Medicina Preventiva, Farmacia y Salud Pública. Nuestro protocolo contempla la inmunización universal frente a gripe y Neumococo, recuerdo del Tétanos, y cobertura frente a hepatitis A (VHA) y/o hepatitis B (VHB) en función de factores de riesgo (fundamentalmente coinfección por hepatitis C). Los pacientes acuden periódicamente a revisiones en las consultas de enfermedades infecciosas, pasando mensualmente a recoger su medicación a la Unidad de farmacia de pacientes externos (UFPE). Desde aquí el farmacéutico los remitía, acompañándolos en la mayoría de los casos, a la consulta de vacunas. En ésta un equipo de facultativo y DUE se encargaba de revisar el historial de vacunación, informar al paciente y administrar inmediatamente las vacunas indicadas según protocolo.

RESULTADOS

Durante 7 semanas (octubre-diciembre de 2011) pasaron por la consulta 131 pacientes, que suponen 2/3 de la población VIH identificada en nuestro Departamento. Las coberturas vacunales basales fueron del 37% para la gripe, 18% para una dosis de Neumococo en los últimos 5 años y 40% para una dosis de Tétanos en los últimos 10 años. El 47% de los pacientes precisaban al menos una dosis de vacuna del VHA, y el 53% al menos una dosis de vacuna del VHB. Durante este periodo se administraron 403 dosis de vacuna, 383 como primoinmunización y 20 como continuación de una serie de vacunas del VHB. La cobertura vacunal entre los pacientes que acudieron a la consulta alcanzó el 91% para la gripe, el 96% para Neumococo y el 98% por Tétanos. La cobertura entre aquellos que precisaban vacuna del VHA alcanzó el 95%, y entre aquellos que precisaban vacuna del VHB alcanzó el 98%.

DISCUSIÓN

Los pacientes VIH tienden a solicitar cita para vacunación en Atención Primaria con menos frecuencia que otros grupos de riesgo. Una vez confirmado este dato en el Registro de Vacunas, decidimos aprovechar cada contacto con el entorno hospitalario para ofrecer una evaluación en la consulta de vacunas. El acuerdo entre Servicios permitió que el mensaje dirigido a los pacientes fuera coherente, la evaluación rápida, y la administración de vacunas inmediata a

la indicación. La confianza en el equipo que atiende a estos pacientes habitualmente ha sido probablemente fundamental para que prácticamente todos aceptasen pasar por la consulta de vacunas.

CONCLUSIONES

El programa de inmunización intensiva de nuestro Hospital ha resultado muy efectivo, alcanzando rápidamente coberturas excelentes en la población VIH que acude a nuestras consultas. Para obtener estos resultados ha sido fundamental la implicación del personal de todos los Servicios que participaron en el programa.

E-Health, Sanidad 2.0 y TICs para el cuidado y apoyo de pacientes crónicos (D)

D-1 TELEMONITORIZACIÓN DE PACIENTES CRÓNICOS-PLURIPATOLÓGICOS DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA, PROYECTO TELBIL A

I. Martín Lesende[1], M. Cairo Rojas[1], M. Romo Soler[1], J. Larrañaga Garitano[1], R. Abad García[1], E. Orruño Aguado[2], J. Bayón Yusta[2], E. Reviriego Rodrigo[2]

[1]Comarca Bilbao de Atención Primaria de Osakidetza. Atención Primaria. Bilbao (Vizcaya)

[2]OSTEBA. Agencia Vasca de Evaluación de Tecnologías Sanitaria. Gobierno Vasco. Álava

OBJETIVOS

Disminuir los reingresos y estancia hospitalaria, y mejorar la atención y percepción de calidad de vida, a través de la implantación de un protocolo en atención primaria con telemonitorización y reorganización asistencial en pacientes crónicos-pluripatológicos, basado en una experiencia previa (estudio TELBIL)

MATERIAL Y MÉTODO

POBLACIÓN DIANA E INCLUSIÓN DE PACIENTES. Pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) y/o broncopatía crónica, o pluripatológicos (ambas patologías previas o una de ellas junto a otra definida que además condiciona dependencia para ABVD), con al menos 2 ingresos hospitalarios los 12 meses previos y dificultad para salir del domicilio. CAPTACIÓN por profesionales del Centro de Salud (CS), tras ingresos hospitalarios o programa de pluripatológicos del Hospital de subagudos, o por enfermera gestora (EGCA). ASPECTOS TÉCNICOS, TELEMONITORIZACIÓN. Envío diario desde el domicilio -PDA táctil- a un Gestor Web de parámetros clínicos individualizados para cada paciente, de una potencial batería (fr respiratoria/cardiaca, TA, satO2, peso, cuestionario, etc.). Facilitado por sistema de alertas con dos niveles de importancia, tratando de actuar precozmente ante las descompensaciones. ESTRATEGIA ORGANIZATIVA Y SEGUIMIENTO: profesionales del CS revisan datos y manejan la telemonitorización, coordinadores del proyecto controlan el despliegue y evaluación, y colaboran otros profesionales (hospitalarios, EGCA, etc.). Consentimiento informado y VALORACIÓN DE PACIENTES (con I. de Barthel y EuroQol 5D) cada 4 meses. EVALUACIÓN de cobertura, actividad y proceso del programa, y descriptivo de pacientes incluidos; satisfacción de pacientes y consideraciones de profesionales; estudio antes-después y comparación con los resultados y tendencia en los pacientes del estudio TELBIL, respecto de los ingresos y estancia hospitalaria, y urgencias; evolución y cambios en la funcionalidad (Barthel) y calidad de vida (EuroQoL-5D).

RESULTADOS

El ensayo clínico precedente, estudio TELBIL, demostró disminución de ingresos hospitalarios (RR al año de 0,662, IC95% 0,441-0,993, a favor del grupo intervención (GI); NNT para evitar 1 ingreso: 4 (2-28); disminución de 2,6 días/ingreso en el GI (53 ingresos) frente al GC (68); 80,8% de pacientes/familiares/cuidadores estaban muy satisfechos; los pacientes transmitieron el 71,5% de días posibles, y los profesionales revisaron 70,7% de días. Se analizarán resultados del TELBIL-A a los 6 y 12 meses de su inicio (comienzo en marzo-2012).

DISCUSIÓN

Esperamos superar los buenos resultados del estudio TELBIL, contando con la mejora en la intervención, plataforma Web y reorganización asistencial. Prevemos captar 50 pacientes en esta fase.

CONCLUSIONES

PECULIARIDADES RELEVANTES del proyecto: -Protagonismo en el control de la telemonitorización por los profesionales del CS (fundamental enfermería). -Visión integral de los pacientes incluidos y niveles asistenciales, de enfermedad a visión de pluripatología y coordinación. Implicación de profesionales de otros niveles. -Atención de los pacientes más allá de la propia telemonitorización. -Esperamos efectividad mayor que la obtenida en el estudio TELBIL. -Modelo fácilmente extensible. (El proyecto dispone de una ayuda del Centro de Excelencia en Cronicidad Kronikgune, Gobierno Vasco)

D-17 TELEMONITORIZACIÓN DOMICILIARIA EN PACIENTES CON EPOC GRAVE. ESTUDIO PROMETE

G. Segrelles Calvo[1], C. Gómez Suárez[2], E. Zamora García[1], A. González Gamarra[3], M. González Béjar[4], A. Jordán[2], E. Tadeo[2], J. Ancochea Bermúdez[1]

[1]Servicio de Neumología. Hospital Universitario La Princesa. Madrid

[2]Carburos Médica. Madrid

[3]Atención Primaria. Centro de Salud Goya. Madrid

[4]Atención Primaria. Centro de Salud Montesa. Madrid

OBJETIVOS

Determinar la utilidad de un sistema de telemonitorización domiciliaria en pacientes EPOC grave, medido como número de ingresos, visitas a Urgencias y éxitus durante el periodo del estudio.

MATERIAL Y MÉTODO

Ensayo clínico aleatorizado en dos grupos, asistencia convencional y telemedicina, con 30 pacientes en cada rama. Realizado por el servicio de Neumología del H. Universitario La Princesa (Madrid) y coordinado con 4 centros de Atención Primaria (Goya, Montesa, Lagasca y Castelló). El equipamiento, servicio a domicilio, apoyo técnico y centralita de triaje la realiza Carburos Médica. Se incluyeron de forma sucesiva a los pacientes EPOC grado IV de la GOLD con OCD actual, que tuviesen, al menos, un ingreso por agudización en el año previo del estudio. Monitorizamos tensión arterial, frecuencia cardiaca, saturación oxígeno y pico-flujo.

RESULTADOS

En el cuestionario CAT la puntación media fue de 17,11. El cuestionario GOLDBERG dio una puntuación para ansiedad de 3,52 (límite 4) y para depresión de 3,62 (límite 2) y un índice de Barthel de 88 (dependencia moderada). Todos nuestros pacientes estaban polimedicados y presentaban varias comorbilidades. Del total del grupo de pacientes de telemedicina 21 tenían cuidador, con un sobrecarga medida con el test de Zarit de 48,08 puntos (moderada). En los primeros 3 meses de seguimiento, se detectaron 74 alertas rojas (50 llamadas telefónicas, 12 visitas a domicilio y 12 consultas hospitalaria). El grupo intervención tuvo 10 visitas a Urgencias por agudización de EPOC, 6 ingresos (44 días de ingreso) y un éxitus, mientras que en el grupo control presentó 30 visitas a Urgencias, 21 ingresos (239 días de ingreso), 1 ingreso en UCI y 2 pacientes requirieron VMNI, 3 pacientes de este grupo fallecieron. El grado de aceptación del sistema fue elevado en nuestros pacientes, que le otorgan una puntuación de 8.95.

CONCLUSIONES

La telemonitorización (TLM) es útil en el seguimiento de pacientes EPOC grave, reduciendo de forma considerable el número de ingresos y visitas a Urgencias en comparación con el grupo control. Nuestros pacientes presentan una buena aceptación con el sistema de TLM y no se han registrado abandonos por la dificultad de uso de los aparatos de TLM.

D-24 USO DE LAS TICS PARA SEGMENTACIÓN DE PACIENTES Y VALORACIÓN DEL FEED-BACK DE LA INFORMACIÓN EN LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA REGIÓN SANITARIA DE GIRONA

M. Canet, M. Quesada, E. Balló, E. Avellana, F. Germán, S. Rodríguez

Dirección Atención Primaria. Institut Català de la Salut (ICS). Girona

OBJETIVOS

1. Detectar pacientes crónicos complejos (PCC) a partir de las bases de datos (BD) sanitarios.
2. Valorar el impacto del feed-back en los profesionales de los equipos de atención primaria (EAP)

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: Estudio descriptivo transversal. Intervención de feed-back. Periodo: Noviembre-2011 a Enero-2012. Ámbito: 26 EAP Gerencia Territorial de Girona del ICS. Población asignada: 572.000 habitantes. Fuentes de información y variables para la selección de PCC: -CMBD

hospitalario (Servei Català de la Salut) incluyendo pacientes con >=2ingresos/año y sus diagnósticos en ACSC (Ambulatory Care Sensitive Conditions) -BD ICS con los CRG (Clinical Risk Groups) del 2010 seleccionando los pacientes de los grupos 7(Enfermedades Crónicas moderadas-dominantes en >=3sistemas) o 9 (Condiciones Catastróficas). - Datos de historias clínicas informatizadas(e-cap) con pacientes de edad>65a. o en Atención Domiciliaria o Institucionalizados o con alta Comorbilidad (Charlson >=4)o con Dependencia severa-total (Barthel<=35) Selección de PCC con criterio amplio (Todas las variables de selección aportan casos) o con criterio restringido (Solo se incluyen pacientes con >=2 ingresos hospitalarios) Intervención: Facilitar a todas las direcciones de EAP los PCC priorizados con criterio restringido por profesional. Variables de impacto sobre profesionales: Estimación de la difusión de la información y de las acciones asistenciales especificas emprendidas. Análisis estadístico descriptivo con SPSS

RESULTADOS

Prevalencia de PCC con criterio amplio: 1,1%; con criterio restringido: 0,31%. Los siguientes resultados corresponden a PCC con criterio restringido: 5 PCC de media por médico; 53,6% Hombres (Edad media: 78a.); 46,4% Mujeres (Edad media: 80a.); 14,5% con CRG grupo 7; 0,9% con CRG grupo 9; 3% en Atención Domiciliaria; 9,6% Institucionalizados; 38% con Comorbilidad alta y 14,2% con Dependencia Severa-Total. La información se ha difundido en el 80% de los EAPs y se han emprendido acciones asistenciales específicas en un 54% de los EAPs.

DISCUSIÓN

Como perfil de PCC, predominan los hombres entre 75-80años, multiingresadores, con alta comorbilidad y muy dependientes. Consideramos bajos los porcentajes de pacientes en el programa de atención domiciliaria e institucionalizados, creemos que pueden deberse a un infraregistro. El número de PCC priorizados permitiría ser proactivos, seleccionando las intervenciones más eficientes, efectuando un abordaje multidisciplinar que permita establecer un plan terapéutico coordinado y un seguimiento individualizado. El objetivo seria garantizar la continuidad asistencial. Aunque en la valoración del impacto del feed-back en los profesionales de los EAPs observamos que el porcentaje de la difusión es elevado, las acciones asistenciales específicas emprendidas disminuyen. Seria necesario estudiar como se trasmite la información y que estrategias utilizar para mejorar su impacto. Asimismo medir otras variables como los reingresos y/o deterioro en el tiempo.

CONCLUSIONES

Las TIC permiten segmentar a los pacientes en función del riesgo. Mejorar los registros sanitarios con información de calidad y fiable es clave. Debería incorporarse una valoración de riesgo social en la selección de PCC. Utilizar estrategias para mejorar la transmisión de la información. Incorporar análisis de coste-efectividad y consensuar una metodología para los futuros estudios

Equipos y nuevos perfiles profesionales en la atención a crónicos (E)

E-3 ENFERMERA DE GESTIÓN DE CASOS: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

E. Legorburu Manterola[1], L. Franciso Monteso[2], A. Cervera Pitarch[3], A. Badenes Forés[4], F. Climent Fenollosa[5]

[1]Centre de Salut Carinyena. Enfermera Gestión de Casos, [2]Enfermera Enlace Hospital, [3]EGC Centre de Salut Burriana I, [4]EGC Centre de Salut de Nules, [5]EGC Centre de Salut La Vall d'Uixó I. Hospital de la Plana. Villarreal/Vila-real (Castellón)

OBJETIVOS

Existe un Programa de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana para la implantación de la Enfermería de Gestión de Casos (EGC). Enfermería que tiene como función mejorar la atención sanitaria a pacientes crónicos complejos, que por la complejidad de su patología, son tratados continuamente entre la Atención Primaria y la Hospitalaria, con el consecuente sufrimiento para los pacientes y un gran dispendio para el sistema publico de salud. El objetivo del presente escrito es mostrar un caso clínico paradigmático de la función del la EGC.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente con antecedentes de DM tipo 2, HTA y dislipemia. En el año 2009 sufre un accidente de trabajo que le produjo una hemorragia cerebelosa, dejando como secuelas un tetraparesia, incontinencia de esfínteres, una traqueotomía y una sonda gástrica percutánea (PEG) Ha estado ingresado en diversos hospitales hasta el 29/11/2011, cuando es dado de alta por la Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD), pasando su control al Centro de Salud. En el domicilio el paciente debe recibir toda una serie de cuidados, habiéndose acondicionado para facilitar su vida y cuidados, principalmente de su traqueotomía, alimentación por PEG, incontinencia de esfínteres, riesgo alto de ulceras por presión, manejo de nebulizador y aspiración de secreciones. Así mismo debe acudir al Hospital al Mar de Valencia para RHB, al Hospital Clínico de Valencia para decanulización, y a cuatro consultas externas del Hospital de La Plana.

RESULTADOS

La EGC del Hospital La Plana capta al paciente al alta de la UHD, y lo deriva a la EGC del Centre de Salut Carinyena-La EGC del CS Carinyena acude al domicilio del paciente donde realiza las siguientes actuaciones: -Presentación al paciente y a su familia.-Recaba datos biográficos generales, genograma, identifica al cuidador principal.-Datos biográficos sanitarios: diagnósticos y hospitalizaciones.-Datos del microambiente: condiciones de la vivienda y condiciones higiénicas-Patrones funcionales: nutricional-metabólico, eliminación, rol-relaciones, actividad-ejercicio.-Realiza tests de Gordon, Barthel, Pfeiffer, Norton y Bradem.-Activa alertas de Cruz Roja y paciente inmovilizado a domicilio. En contacto con Coordinador

de UHD de HLP gestiona interconsultas a Digestivo, Neurología, ORL y RHB para ser visitado de forma coordinad un una mañana. Gestiona los volantes de ambulancia para acudir al Hospital al Mar de Valencia, que los debe realizar el Médico de Atención Primaria y firmada su autorización por el Gerente del HLP.

DISCUSIÓN

La vuelta al hogar del paciente crónico complejo después de años de hospitalización, puede ser muy complicada, tanto por la dificultad de sus cuidados, la carga de trabajo y emocional que supone para su entorno, la complejidad del sistema sanitario, con un alto grado de burocratización. Así mismo es complicado para la Atención Primaria, por el aumento de trabajo que suponen estos pacientes, en un sistema siempre falto de tiempo. La EGC supone en estos casos una inestimable ayuda tanto al paciente como al propio sistema sanitario.

CONCLUSIONES

La Enfermería de Gestión de Casos, es una gran ayuda para la atención de los pacientes crónicos complejos.

E-9 ENFERMERAS GESTORAS; PROGRESANDO EN EL CUIDADO AL CRÓNICO

R. González Macho[1], O. Telletxea Rodríguez[2], S. Alfambra Vicente[3], I. Sarduy Azcoaga[4], M. Begiristain Igoa[5], P. Moreno Herrero[6]

[1]DUE. C.S. Alango. Getxo (Vizcaya)
[2]DUE. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya)
[3]DUE. C.S. Begoña. Bilbao (Vizcaya)
[4]DUE. Hospital Santa Marina. Bilbao (Vizcaya)
[5]DUE. Hospital de Zumarraga. Zumarraga (Guipúzcoa)
[6]DUE. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea. Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa)

OBJETIVOS

Dentro de los 14 Proyectos de la Estrategia para afrontar el reto de la Cronicidad en Euskadi, OSAKIDETZA esta desarrollando las Nuevas Competencias Avanzadas de Enfermería, teniendo como objetivos: Cuidar y Formar pacientes activos Trasladar los cuidados al domicilio. Involucrar a pacientes y cuidadores en la enfermedad. Favorecer los cuidados en el continuo de la enfermedad. Evitar reagudizaciones e reingresos.

MATERIAL Y MÉTODO

Para la consecución de los objetivos la actuación de las nuevas figuras consiste fundamentalmente en la captación, coordinación y seguimiento en la especializada por la Enfermera Gestora de Enlace Hospitalario (EGEH). Planificación de la adecuada transición al domicilio junto con la enfermera gestora de competencias avanzadas (EGCA) y seguimiento intensivo en el domicilio por la misma. Para todo ello la comunicación con médicos y enfermeras de ambos niveles asistenciales y familia y paciente son fundamentales e imprescindibles.

RESULTADOS

Actualmente nos encontramos en la fase de evaluación, pero podemos adelantar algunos datos: -Reducción del número de pacientes que reingresan. (Tabla adjunta)-Los pacientes que reingresan lo hacen menos.-Aumento de satisfacción y seguridad tanto de profesionales implicados como de pacientes y cuidadores.-Coordinación con Hospitalización a Domicilio para intervenciones en domicilio evitando reingresos.-Ingresos directos en la unidad de hospitalización evitando lo que supone el paso innecesario por el urgencias.-Gestión y unificación de múltiples citas.-Resolución de dudas/problemas en informes al alta.-Coordinación con Osakidetza en Red para seguimiento de pacientes.

DISCUSIÓN

Optimizar la comunicación interniveles, garantizar la continuidad de la atención integral, unificar servicios de enfermería, junto con la educación sanitaria temprana y continuada, aumentan la capacitación y responsabilidad de pacientes y cuidadores en el autocuidado, disminuyendo reagudizaciones y reingresos y mejorando su calidad de vida.

CONCLUSIONES

Con los datos obtenidos podemos concluir que se ha conseguido uno de los principales objetivos que es la reducción de reingresos y reagudizaciones, además de otros beneficios también muy importantes. A falta de todos los datos definitivos se percibe la costo efectividad del programa.

Tabla. Comparativa ingresos (E-9)

INGRESOS POR PACIENTES	TOTAL	MEDIA DE INGRESOS POR PACIENTE
PREVIOS A LA INTERVENCIÓN	185	3,9
POSTERIORES A LA INTERVENCIÓN	42	0,8

E-12 GESTIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO. EXPERIENCIA EN EL CASE MANAGEMENT

M. Segura Parra, M. Vila Vall-Llovera, A. Soler Sendra, G. Pérez Jiménez, I. Vidal Castell, C. Alfonso González, E. Llargués Rocabruna

Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Granollers. Granollers (Barcelona)

OBJETIVOS

Evaluar la implantación de un programa de gestión de enfermedad crónica en pacientes con pluripatología y multireingresadores.

MATERIAL Y MÉTODO

Pacientes: se seleccionan los pacientes con 2 o más enfermedades crónicas y 2 o más ingresos en el servicio de Medicina Interna durante el año 2010. Se incluyen en un programa de atención

ambulatoria liderado por una enfermera y un médico (1/2 jornada). El modelo de atención es el 'case management' con consulta de enfermería y facultativo. Se establecen objetivos individuales centrados en la atención y en la educación sanitaria: información sobre las enfermedades, hábitos de salud, adherencia al tratamiento, y detección precoz de síntomas. Los pacientes disponen de contacto telefónico para consultas, y concertar visitas preferentes en caso de descompensación.

RESULTADOS

Se han incluido 65 pacientes (49 hombres), con una edad de 76.5 ± 7.0 años. La media de Dx es de 8.1 ± 2.6, número de fármacos 10.4 ± 2.8, índice de Barthel 85.9 ± 17.3, índice de Charlson 4.6 ± 2.0. 38 pacientes tienen un nivel cultural bajo y 26 medio. Once pacientes han fallecido. En la tabla se exponen los resultados asistenciales (columnas) del año previo al ingreso, del periodo de seguimiento (una media de 8.1 ± 2.75 meses), y la comparación de los datos estimados al año en relación al año previo a la inclusión en el programa (1), a excepción de la diferencia de estancia media.

DISCUSIÓN

Los pacientes incluidos en el programa presentan un perfil de poca dependencia y alta comorbilidad, reflejada por el índice de Charlson y la mortalidad observada en los ocho meses de seguimiento. La educación sanitaria, la detección precoz de síntomas y la respuesta asistencial precoz permiten reducir de forma muy importante las visitas a urgencias, los ingresos y las estancias hospitalarias. 20 ingresos (37%) se realizaron de forma programada-preferente. La atención personalizada a través del 'case management' proporciona respuestas a las necesidades de los pacientes, y reduce el uso recursos asistenciales.

CONCLUSIONES

Un programa centrado en el 'case management' con una atención proactiva de pacientes con pluripatología mulitireingresadores, basado en la educación sanitaria y una respuesta rápida a las necesidades de salud de los pacientes reduce de forma importante las necesidades de atención a urgencias, los ingresos y los días de estancia hospitalaria.

Tabla. Resultados (E-12)

	Año previo a entrar en el programa	Periodo registro -seguimiento	Diferencia de datos estimados al año (1)
Visitas a urgencias	269	50	-194 (-72.1%)
Ingresos desde urgencias	158	34	-107 (-67.7%)
Ingresos hospitalarios	158	54	-77 (-48.7%)
Días de ingreso	1993	571	-1148 (-57.0%)
Estancia media	12.6	10.6	-2

E-13 LA ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO EN UN HOSPITAL DE DÍA DE MEDICINA INTERNA

I. Vidal Castell, M. Segura Parra, A. Soler Sendra, C. Alfonso González, G. Pérez Jiménez, M. Vila Vall-Llovera, E. Llargués Rocabruna
Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Granollers. Granollers (Barcelona)

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia de un programa de atención al paciente con pluripatología multifrecuentador de urgencias o atención primaria (no reingresador) controlado en un Hospital de Día multidisciplinar.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis transversal de una muestra de pacientes con enfermedad crónica atendidos en un Hospital de Día multidisciplinar. Se analizan las variables demográficas de salud, las visitas al servicio de urgencias y los ingresos hospitalarios. Se comparan el periodo previo al registro de actividad con el inicio de periodo de seguimiento del programa del enfermo crónico, periodo en el que se facilita y prioriza la atención - visita en Hospital de Día, con soporte a demanda de enfermería.

RESULTADOS

La muestra la componen 41 pacientes (26 hombres) con una edad de 72.3 ± 11.7 años, la media de Dx es de 7.3 ± 2.9, número de fármacos 8.3 ± 4.2, índice de Barthel 96.3 ± 10.5, índice de Charlson 3.1 ± 1.7. En la tabla se exponen los resultados asistenciales (columnas) del año previo al registro, del periodo de seguimiento (una media de 4.6 ± 1.2 meses), y la comparación de los datos estimados al año en relación al año previo del registro sistemático (1), a excepción de la diferencia de estancia media.

DISCUSIÓN

Se trata de pacientes controlados habitualmente en Hospital de Día por su patología crónica. Son pacientes sin dependencia con un índice de comorbilidad elevado (Charlson alto, pluripatología: número de Dx elevado y polifarmacia: número de fármacos elevado). El recurso de Hospital de Día evita la visita a urgencias de pacientes que están controlados en el mismo, aunque en este caso hemos observado un aumento de visitas y una reducción del número de ingresos desde urgencias. Se observa una reducción de ingresos hospitalarios, días de estancia hospitalaria y estancia media.

CONCLUSIONES

El facilitar el acceso a Hospital de Día y dar mayor soporte asistencial a enfermos crónicos, no se ha visto acompañado de una reducción de visitas a urgencias (al contrario, sí de un aumento), pero si que se evidencia una reducción de ingresos desde urgencias. Se ha observado una reducción global de los ingresos hospitalarios y de las estancias hospitalarias.

Tabla. Resultados (E-13)

	Año previo al registro	Periodo de seguimiento	Diferencia de datos estimados al 1 año (1)
Visitas a Urgencias	25	15	14 (+56%)
Ingresos desde urgencias	21	6	-5 (-25.7%)
Ingresos programados	5	2	0
Ingresos hospitalarios	26	8	-5 (-19.2%)
Días de estancia	392	77	-192 (-48.7%)
Estancia media	15.1	9.6	-5.5

E-15 IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE CRÓNICOS EN EL DEPARTAMENTO DE DENIA

M. Ferrando Carbó, M. Mas Lull, J. Llopis Arnau, C. Espín Abellán, C. Bohigues Escrivá, B. Moral Vañó, V. Pérez García, M. Vidosa Acín
Departamento Denia. Marina Salud Denia. Denia (Alicante)

OBJETIVOS

Conseguir un mejor control de los pacientes diagnosticados de patología de ICC a través de la educación para el autocuidado, cubriendo las necesidades del paciente con el fin de disminuir los reingresos hospitalarios mejorando así su calidad de vida.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo realizado en el departamento de Denia con una población de 171.000 habitantes. El equipo multidisciplinar que constituye el programa de crónicos está formado por internistas del Hospital,
médicos de las zonas básicas de salud, una enfermera gestora de casos ubicados en el Hospital, una enfermera de enlace en cada centro de salud y las enfermeras adscritas a los centros. Se ha implantado una vía clínica en el departamento

RESULTADOS

La implantación en los 12 centros de salud ha sido progresiva consiguiendo estratificar a los pacientes. Los Centros de Salud de Denia, Calpe, Pedreguer y Verger han derivado los pacientes de nivel 3 a la gestora de casos con las primeras visitas de enfermería realizadas.

DISCUSIÓN

Implantación de un programa de crónicos para el control y seguimiento de los pacientes diagnosticados de ICC y posterior estratificación. La metodología empleada para la estratificación de los pacientes se ha realizado a través de dos procedimientos, mediante extracción de datos del CMBD correspondiente a los ingresos del último año con el diagnostico de ICC y cada médico del centro de salud realiza una consulta a Abucassis para extraer los pacientes con diagnóstico de ICC de su cupo. Con estos resultados cada médico realiza una encuesta denominada CARS que prioriza el riesgo de hospitalización o visita a urgencias. El resultado de esta información es trasladada a la enfermera de enlace ubicada en cada centro de salud, la cual clasifica a los pacientes según la escala de Káiser permanente con lo que se obtiene el resultado de pacientes que tiene que priorizar para el seguimiento telefónico y control de síntomas. A los pacientes de nivel 3 de Káiser se les programa una visita concertada en el centro de salud adscrito o en domicilio en la que se proporciona toda la información y material sobre el programa y autocuidado de su enfermedad. Tras esta visita este grupo de pacientes es derivado a la enfermera gestora de casos ubicada en el Hospital quien realiza el seguimiento telefónico para la consecución de objetivos marcados. Los pacientes del nivel 1 y 2 son controlados por las enfermeras de equipo de cada centro de salud, la evolución se realiza con una hoja de seguimiento diseñada para pacientes de ICC y con la adhesión a la vía clínica implantada. La vía de captación de nuevos pacientes se realiza desde dos vertientes, una de ellas es a través de la consulta médica en atención primaria y la otra desde el informe de de continuidad de cuidados que realiza la enfermera de especializada y que es remitido a la enfermera de atención primaria incluyéndolo en el programa de crónicos. La atención al paciente crónico se realiza desde tres vertientes diferentes, gestión de casos, gestión de la enfermedad y soporte al autocuidado. Esto conlleva un cambio en el rol de enfermería de primaria, teniendo que adaptarse las actuales consultas de enfermería para proporcionar tanto educación sanitaria al paciente como al cuidador.

CONCLUSIONES

Con la inclusión de los pacientes al programa de crónicos se espera un mayor nivel de autocuidados de los pacientes crónicos, una menor frecuentación al servicio de urgencias, disminución de reingresos hospitalarios y con todo ello una mejor calidad de vida

E-21 IMPACTO DE LOS NUEVOS ROLES DE ENFERMERÍA EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

M. Begiristain Igoa[1], I. Iza Arnaiz[2], M. Moreno Herrero[3], M. Pueyo Zubiria[1], M. Tellechea Rodríguez[4], I. Sarduy Azcoaga[5], I. Lanzeta Vicente[6]
[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Atención Primaria. OSI Goierri-Alto Urola. Zumarraga (Guipúzcoa)
[3]Enfermería Planta. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea. Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa)
[4]Servicio de Cardiología. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya)
[5]Servicio de Medicina Interna. Hospital Santa Marina. Bilbao (Vizcaya)
[6]Medicina Preventiva. OSI Goierri-Alto Urola. Guipúzcoa

OBJETIVOS

Introducir competencias de enfermería adaptadas a las necesidades de pacientes crónicos. Favorecer la continuidad asistencial de dichos pacientes Describir la actividad realizada por estos nuevos roles de enfermería

MATERIAL Y MÉTODO

Se formó a 2 enfermeras en nuevas competencias: enfermera gestora de enlace hospitalario (EGEH) y enfermera gestora de competencias avanzadas (EGCA). Se definió paciente pluripatológico (PP).Población diana, PP de las 7 UAP. Se realizó una selección muestral aleatoria a través del CMBD hospitalario, en base a criterios de inclusión y de exclusión. La captación se realizó desde el hospital. Simultáneamente se fueron captando pacientes en la hospitalización. La recogida de los datos e informatización, online, en Google sites. Se introdujeron los informes de continuidad de cuidados (ICC) al alta hospitalaria entre la EGEH y la enfermera de planta, coordinación entre la EGEH y la EGCA y de éstas con el médico y la enfermera de AP. La EGEH y la EGCA activaron los recursos necesarios. Se ha realizado un análisis estadístico descriptivo mediante SPSS.

RESULTADOS

En el CMBD de 2010 se identificaron un total de 209 pacientes pertenecientes a las 3 UAP. Se seleccionaron y captaron 71 pacientes en un plazo de 8 meses: Lazkao 14, Ordizia 25 y Beasain 32.Captados 23 en consulta, 34 en ingreso hospitalario, 14 restantes en AP. Los captados en consulta generaron 6 ingresos, los de AP 4 ingresos. Los captados en la hospitalización, reingresaron hasta 24 veces. Han fallecido 12 pacientes, 5 de ellos en el hospital, 2 fueron ingresos programados. En 4 casos, dados de alta a Hospitalización a Domicilio (HD) Se generaron 51 ICC. Hubo 17 casos en los que no se realizó: en los casos de éxitus y en ausencia de la EGEH por vacaciones ó libranza. La EGCA generó a su vez nuevos ICC (54) hacia la enfermera de referencia de primaria. H D también generó tres ICC hacia la EGCA. Hubo 12 casos de activación de la EGCA por parte del MAP. Se realizaron ingresos programados. Se programó una paracentesis evacuadora en hospital de día. Existieron 48 contactos con la trabajadora social (TS). Tanto la EGEH, EGCA e IR fueron fáciles de localizar (buscas y móvil)

DISCUSIÓN

Las nuevas figuras de enfermería están consolidadas y tienen unas competencias de actuación bien definidas, conocidas y aceptadas Hay mucha información relativa al papel de los nuevos roles de enfermería, pero creemos que es necesario aportar datos concretos de la actividad que desempeñan.

La coordinación a todos los niveles garantiza la continuidad asistencial. Se intenta mantener estos pacientes el mayor tiempo posible en su domicilio.

CONCLUSIONES

Estas nuevas figuras garantizan la Atención Integral del paciente pluripatológico en el continuo asistencial. La EGCA detecta a tiempo la inestabilidad en el domicilio y actúa para estabilizarlo y/o gestionar junto con la EGEH el ingreso programado. La EGEH facilita la accesibilidad al medio hospitalario.

E-29 PERFIL FARMACOTERAPÉUTICO DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PARA PACIENTES CRÓNICOS

A. Gómez Gigirey, R. Jorge Sánchez, L. Casal Iglesias, A. Dopico López, P. Sesma Sánchez

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

OBJETIVOS

Conocer el perfil farmacoterapéutico de los pacientes ingresados en la Unidad de Crónicos del Área Sanitaria de Ferrol (La Coruña).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo de pacientes consecutivos ingresados en la Unidad de Crónicos del Hospital Naval de Ferrol del 1 de octubre al 31 de diciembre de 2011. Se recogieron los datos epidemiológicos básicos, clasificación pluripatologías según la escala de Ollero et al; la escala de Barthel y los fármacos utilizados al ingreso del paciente. El tratamiento de los datos se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS versión 13.0.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se recogieron 208 pacientes (105 mujeres, 103 hombres), con una media de edad de 79,6 años (rango 26-98). El Barthel medio de los pacientes analizado fue de 55,8 con un 17% de los pacientes con una dependencia total (Barthel < 20). Sólo 40 pacientes de los 208 (19,2%) no sufría ninguna patología crónica, cumpliendo criterios de pluripatología el 47,1% de los enfermos (98). Se aprecia un elevado consumo de fármacos por paciente: 6,7, con un 25% de pacientes que toma 10 ó más fármacos diferentes. El número medio de genéricos fue de 1,8 con un ratio genérico/no genérico de 0,33. Entre los pacientes con criterio de pluripatología, el consumo de fármacos fue estadísticamente superior que los que no cumplían criterios (8,4 frente a 5,3, $p<0,001$). También se encontró una correlación estadísticamente significativa entre el Barthel y el consumo de fármacos (r -0,32, $p < 0,001$). De los diferentes fármacos utilizados, el 63,5% de los pacientes tomaba algún tipo de antihipertensivo/diurético, seguido en orden de frecuencia por los psicofármacos, con un 53,8%. Del total de pacientes, un 37% tomaba alguna benzodiacepina, y un 18,3% algún neuroléptico. En tercer lugar, el 52,4% de los pacientes estaba antiagregado o anticoagulado.

De los restantes fármacos registrados, un 45,2% tomaba algún tipo de gastroprotector, un 32,2% algún hipolipemiante, un 21,2% algún tipo de analgésico, y un 18% algún tipo de laxante. Respecto del porcentaje de genéricos, los IECAS alcanzaron el 91% (frente a un 30% de ARA II), seguidos por las estatinas con un 64,1%, el clopidogrel con un 61,5%, las benzodiazepinas con un 55,6% y los neurolépticos con un 54,5%. Entre los antidiabéticos, la metformina genérica alcanzó el 45%, y entre los analgésicos, el paracetamol el 43,5%.

CONCLUSIONES

Se aprecia un elevado consumo de fármacos, más llamativo en aquellos con pluripatología y con Barthel más bajo. Con un porcentaje de genéricos muy heterogéneo entre los grupos farmacológicos prescritos, es muy llamativo el elevado porcentaje de psicofármacos utilizados.

E-31 EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA QUE DERIVAN A UNA UNIDAD DE PACIENTES CON PLURIPATOLOGÍA CRÓNICA DENTRO DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Zamarrón, M. Revuelta, C. Velasco, J. Cámara, R. López, M. Muizulis, S. Elrahabi
Atención Primaria. Centro de Salud Baviera. Madrid

OBJETIVOS

El envejecimiento poblacional lleva a que en gran número de pacientes coexistan diferentes patologías crónicas, y tengan que ser atendidos por varios especialistas, con reiterados desplazamientos al hospital y baja calidad percibida. Por otra parte el médico de familia, se encuentra en ocasiones limitado para atender a estos pacientes con más de una patología crónica. Una de las quejas habituales de los médicos de familia es la escasa coordinación que existe entre atención primaria y especializada, por lo que el crear una unidad de atención en la que la comunicación directa es un pilar básico se presupone una oportunidad de mejora OBJETIVOS -Valorar la necesidad de una comunicación directa entre médicos de familia y médicos internistas en la atención de pacientes con varías patologías crónicas, -Evaluar la existencia real de pacientes subsidiarios de ser incluidos en un servicio de estas características -Conocer el grado de satisfacción de los procedimientos de trabajo utilizados en esta Unidad

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizaron encuestas autocumplimentadas a los médicos de familia pertenecientes a uno de los centros de salud adscrito a esta Unidad. La encuesta constaba de 7 preguntas, que evaluaban los distintos objetivos: Preguntas 1 y 2, la necesidad de comunicación entre Atención Primaria y Atención Especializada, preguntas 3 y 4 la existencia de pacientes para derivar a esta unidad, preguntas 5,6,7 sobre los procedimientos empleados en la Unidad.

RESULTADOS

Se obtuvieron el 100 % de las encuestas enviadas (9 médicos de familia). Los médicos consideraban muy importante la necesidad de una comunicación fluida entre atención primaria y especializada y la existencia de modelos de atención integral a los pacientes. A las preguntas de si los pacientes se estaban beneficiando de este proyecto la mayoría de médicos contestó que sí y en cuanto a la cuantificación del número de pacientes derivados las respuestas se repartían entre 3 y 10 pacientes por médico. En cuanto a los procedimientos de comunicación (teléfono, fax, correo electrónico y sesiones quincenales en el centro de salud) los médicos se sentían muy satisfechos.

DISCUSIÓN

El hecho de que se hayan respondido el total de encuestas enviadas creemos que se debe al pequeño tamaño de la muestra y al conocimiento personal de los médicos integrantes de la Unidad, lo que nos lleva a tener en cuenta el posible sesgo en las contestaciones. Por otra parte dado que esta Unidad cubre una necesidad percibida en Atención Primaria puede justificar el alto grado de satisfacción con el funcionamiento de la Unidad.

CONCLUSIONES

El grado de satisfacción de los médicos que derivan a la Unidad es muy elevado. La mayoría de médicos creen que sus pacientes con varías patologías crónicas se beneficiarían de la atención en esta Unidad.

E-32 INTERVENCIÓN SOCIAL EN LA UNIDAD DEL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA

C. Arranz Morillo[1], M. Martínez Martín[1], M. Sarriá Sánchez[2], D. Fernández Roses[3], J. Galván Román[1], N. Ruiz-Giménez Arrieta[1], C. Suárez Fernández[1], M. Santamaría Pastor[4]
[1]Servicio de Medicina Interna, [4]Servicio de Trabajo Social y Atención al Paciente. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid
[2]Atención Primaria. Centro de Salud Baviera. Madrid
[3]Estudiante de Grado. Escuela Universitaria de Trabajo Social (UCM). Madrid

OBJETIVOS

Describir la situación social y las intervenciones sociales llevadas a cabo en los primeros 7 meses de funcionamiento de la UPHUP y demostrar su importante vinculación con la atención integral del paciente pluripatológico.

MATERIAL Y MÉTODO

En la UPHUP, se desarrolla una actividad de coordinación entre el Servicio de Medicina Interna del HUP y los dos Centros de A.P inicialmente elegidos para el proyecto (C.S Baviera y C.S Ciudad Jardín).Se realiza valoración social de todos los pacientes mayores de 75 años que ingresan en el Servicio de Medicina Interna, independientemente de su procedencia. También se valora a los pacientes de la UPHUP derivados por del Facultativo responsable del proyecto

HUP y a demanda del Facultativo del Centro de A.P, tanto si esta ingresado o es atendido en consulta externa. Para recoger los datos de la valoración social se utiliza el documento incluido en el protocolo de Trabajo Social del HUP. El Trabajador Social, como parte del equipo, aporta el diagnóstico social que complementa el diagnóstico médico y proporciona información social para la intervención con el paciente.

RESULTADOS

82 pacientes atendidos en la UPHUP, 37 de ellos han sido valorados por la Trabajadora Social (18 mujeres y 19 hombres).La edad media es de 83,5 años y el 94,59% son Pp. El grado de dependencia medido con el I.B es de 66,45, el 21% de ellos con un índice menor a 50. 17/37de los pacientes no necesitaron intervención social debido a: Independientes Actividades Básicas Vida Diaria (8/17), Paciente Dependiente con Cuidador contratado (4/17), Paciente Dependiente Actividades Básicas Vida Diaria con Cuidador Familiar (2/17), residencia de mayores (2/17). 20/37 necesitaron Intervención Social, fueron informados de Recursos Sociales [información L.D (6/20), Información general (3/20), Derivación SS. SS (4/20), Teleasistencia (3/20), Revisión L.D (2/20), I.S Agilizar Tramites (2/20), Revisión C.D (1/20),SADP (2/20), Reintegro Gastos y Ortopedia (2/20)] Nueva valoración social (1/20) Apoyo Familiar (6/20), Escucha y Contención de emociones (5/20), Tramitación de voluntariado intrahospitalario (4/20) Apoyo al Cuidador (3/20), Detección situación de riesgo (1/2)Coordinación otras instituciones (1/20), Gestión Hospital Continuidad de Cuidados (1/20),Seguimientos (2/20).

DISCUSIÓN

La valoración social del paciente de la UPHUP es una actuación profesional para la mejor comprensión de la incidencia de la enfermedad en los factores psicosociales y la repercusión de la situación social en el tratamiento del Pp. Hemos creado un nexo de unión entre HUP y A.P, por lo que defendemos que completando el diagnóstico clínico con el diagnóstico social ofrecemos una atención ajustada al paciente y a sus familiares ante la cronicidad de la enfermedad. Con este proyecto hacemos hincapié en que la salud está vinculada con la situación social tal como refiere la definición de Salud de la OMS.

CONCLUSIONES

La figura del trabajador social dentro del equipo multidisciplinar de la UPHUP, es necesaria para poder ofrecer una atención integral al paciente, prevenir situaciones de riesgo social y tratar los problemas sociales derivados de la enfermedad, activando los recursos sociales adecuados a las necesidades de los pacientes.

E-34 GRADO DE SATISFACCIÓN DEL TRATAMIENTO CON SINTROM EN UN CENTRO DE SALUD

B. Lagaron Cabello[1], J. Gil Serrano[2], E. Zamora Carrillo[3]
[1]*Osasunbidea. Centro de Salud Cintruenigo. Cintruénigo (Navarra)*
[2]*Osasunbidea. Centro de Salud Corella. Corella (Navarra)*
[3]*Mutua Navarra. Tudela (Navarra)*

OBJETIVOS

Conocer el grado de satisfacción de los pacientes anticoagulados con Sintrom en nuestro centro de salud.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional realizado en nuestro centro de salud a los pacientes que toman Sintrom con control del INR en ambulatorio, a partir de una encuesta en dónde se incluyen seis ítems. La encuesta fue realizada a todos los pacientes que acudieron a control de INR durante un período de cuatro semanas. Los ítems que valoramos fueron: 1- ¿Valoraría positivamente un nuevo tratamiento que no requiriera control? 2- Satisfacción en general del control en el ambulatorio. 3- Tiempo de espera para los resultados. 4- Satisfacción respecto a que los resultados dentro de rango sean controlados por enfermería. (En nuestro centro de salud, los controles de los INR que están dentro de rango los realiza enfermería y solamente son derivados a medicina los que están fuera de rango). 5- Accesibilidad del personal sanitario para resolución de dudas sobre su tratamiento. 6- Satisfacción con la técnica de toma de muestra capilar con respecto a venopunción. La escala de valoración de los ítems se basó en tres posibles respuestas: “muy de acuerdo”, “de acuerdo” y “no de acuerdo”. Las posibles respuestas se hicieron teniendo en cuenta al rango medio de edad de los pacientes que se encuentran en tratamiento con ACO.

RESULTADOS

Tras el análisis de los resultados en la encuesta, se objetiva, que en el ítem relacionado con valorar positivamente un nuevo tratamiento que no requiera control, el 75% “muy de acuerdo”, 10% “de acuerdo” y el 15% “no de acuerdo”. La satisfacción del control del INR en el ambulatorio, en el 85% están “muy de acuerdo” y en el 14,5% “de acuerdo”. Con respecto al de tiempo de espera para resultados, el 95% “muy de acuerdo” y el 5% “ de acuerdo”. En el ítem sobre el control por enfermería de los pacientes con INR dentro de rango, el 30% “muy de acuerdo”, 40% “ de acuerdo” y el 30% “no de acuerdo”. La accesibilidad del personal para resolución de dudas, el 80% “muy de acuerdo”, 15% “de acuerdo” y 5% “no de acuerdo”. Y en el ítem de satisfacción de toma de muestra capilar con respecto a venopunción, el 100% están “muy de acuerdo”.

CONCLUSIONES

Los pacientes que son controlados en nuestro centro de salud tienen un alto grado de satisfacción en general, valorando sobre todo la accesibilidad del personal sanitario y el menor tiempo requerido para la realización y obtención de resultados respecto al hospital. Resaltar, la alta satisfacción que ha obtenido el ítem sobre el nuevo tratamiento que no requiere controles y la valoración positiva de la toma de sangre capilar frente a la venopunción. Con estos resultados, se permite que el equipo de atención primaria asuma con éxito la globalidad del paciente anticoagulado.

E-35 PROMIC. RESULTADOS PRELIMINARES DE UN PROGRAMA COLABORATIVO MULTIDISCIPLINAR DE GESTIÓN DE CUIDADOS EN PACIENTES DE ALTO RIESGO CON INSUFICIENCIA CARDIACA

C. Domingo Rico[1], F. Aros Borau[2], P. Latorre García[3], J. Torcal Laguna[1], J. Oyanguren Artola[1], I. Lekuona Goya[4], I. Beistegi Alejandre[5], A. Otxandategi Sarrionaindia[1]

[1]*Osakidetza. Comarca Interior. Amorebieta (Vizcaya)*
[2]*Osakidetza. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz (Álava)*
[3]*Osakidetza. Unidad de Investigacion de Atencion Primaria de Bizkaia. Bilbao (Vizcaya)*
[4]*Osakidetza. Hospital de Galdakao. Galdakao (Vizcaya)*
[5]*Osakidetza. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz (Álava*)

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad de PROMIC en cuanto a la disminución de eventos relacionados con la enfermedad: fallecimiento/reingreso por causa cardiovascular.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cuasi-experimental, prospectivo de seguimiento a un año de pacientes > de 40 años con Insuficiencia Cardiaca en estadios funcionales NYHA II a IV, ingresados en los hospitales de Galdakao, Santa Marina, Txagorritxu y Santiago (HUA), procedentes de centros de salud de intervención y de control de la Comarca Interior y de la Comarca Araba de Osakidetza. Captación consecutiva. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Incapacidad de autocuidado o cuidado externo en domicilio. Supervivencia menor de 3 meses. Alta a residencias. Imposibilidad de contacto telefónico. Deterioro cognitivo severo Los pacientes procedentes de los centros de intervención son tratados y seguidos de acuerdo al programa PROMIC. Los pacientes del grupo control reciben cuidados habituales. PROMIC es un programa de gestión de cuidados implementado por un equipo multidisciplinar de enfermeras, médicos de familia, cardiólogos, farmacéuticas y trabajadoras sociales, liderado por enfermeras clínicas de competencias avanzadas, que optimizan el tratamiento según las Guías de Practica Clínica y los cuidados, para mejorar la atención y la calidad de vida de los pacientes mediante el manejo de las descompensaciones, el manejo de la comorbilidad y el entrenamiento para el autocuidado en contactos presenciales y telefónicos.

RESULTADOS

Hasta el momento disponemos de datos de 113 pacientes (55 nodo Araba y 58 nodo Bizkaia) de los cuales 66 pertenecen al grupo de intervención (PROMIC) y 47 al de cuidados habituales (Control). La edad de los pacientes es similar en los dos grupos (78 años +/-12 PROMIC vs 79+/-12 Control; p: n.s.). Los dos grupos son similares en cuanto a la comorbilidad (índice de Charlson) y en conocimiento sobre su enfermedad (Self Behaviour Scale). Un 40,4% de los pacientes del grupo control presentaron un evento relacionado con la enfermedad (fallecimiento/reingreso por causa cardiovascular) frente a un 19,7% en el grupo PROMIC. La Tasa de incidencia fue de 10 eventos/6827 pacientes-día en el grupo PROMIC vs 15/1490 pacientes-día en el grupo Control (Razón de incidencias: 0,34 IC95%:0,13-0,81) (p<0,0085). El tiempo de supervivencia fue mayor en el grupo PROMIC que en el Control (ver figura adjunta, Curvas de supervivencia de Kaplan-Meier Log-rank test p<0,02). Al estimar el riesgo asociado al programa mediante un modelo de regresión de Cox se obtiene un Hazar ratio de 0,40. (IC: 95%: 0,18-0,89).

DISCUSIÓN

Aunque se trata de un análisis preliminar con pocos pacientes y un corto tiempo de seguimiento los resultados parecen prometedores (40% de reducción del riesgo de fallecimiento o reingreso en el grupo PROMIC)

CONCLUSIONES

El grupo PROMIC parece presentar menor tasa de eventos que el grupo control

Autocuidado y responsabilización de los pacientes (F)

F-1 ANÁLISIS PRELIMINAR A LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN GRUPAL SOBRE LA ADHERENCIA FARMACOLÓGICA EN EL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Abizanda, C. Martínez-Gaitero, A. Álvarez-Carrera, L. Calderero
PAMEM. Institut de Prestacions Assistència Mèdica al Personal Municipal. Barcelona

OBJETIVOS

Conocer la prescripción farmacológica prevalente en el paciente crónico complejo (PCC) en la atención primaria (AP).

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: Estudio descriptivo transversal con población de estudio formada por el total de PCC asignados a tres centros de atención primaria (CAP) de Barcelona. Población estudio: Todos los PCC que cumple >4 criterios de la escala de valoración de complejidad (EVC). Criterios inclusión: [1] Edad >17 años, [2] diagnosticado de diabetes, [3] >4 criterios EVC, [4] pertenecer al CAP y [5] residir en la zona del CAP. Criterios exclusión: [1] Edad <18 años, [2] institucionalizado, [3] desplazado <9 meses, [4] <5 criterios EVC y [5] enfermedad terminal. Selección/tamaño muestral: PCC que cumpla con criterios de inclusión/exclusión de registros sobre hospitalización y urgencias. Un 0.5% de la población general serán objeto de estudio. Variables de estudio: Edad, sexo, CAP, código ATC (sistema de clasificación anatómica, terapéutica, química), valor intrínseco y adecuación en mayores de 75 años. Análisis estadístico: Descriptivo univariante. Las variables cuantitativas se describen con media y desviación estándar (SD) y el resto con proporción.

RESULTADOS

Se evaluaron 262 individuos clasificados como PCC según EVC del Institut Català de la Salut, donde un 48,9% eran mujeres. La edad media es de 73,9 ±12,2. Los resultados se plantean: [1] Prescripción médica y comparación de uso entre CAPs (figura 1): El 51,4% de pacientes tiene prescrito omeprazol, un 43,3% metformina y AAS, un 38,5% paracetamol y un 26,9% lágrimas artificiales. [2] Tendencias de uso por principio activo: La comorbilidad asociada del PCC hace que la distribución farmacológica sea de gran variabilidad, 318 fármacos diferentes, aunque el 45,4% de todas las prescripciones (figura 2) se reduce a 20 principios activos y el 99,0% de todos los pacientes tiene prescrito al menos uno de estos (figura 3). [3] Adecuación de la prescripción: Un 96,3% del total de prescripciones farmacéuticas presentan un valor intrínseco elevado (VIE) y un 3,7% un valor intrínseco no elevado (VINE). Las tres especialidades farmacéuticas VINE más utilizadas son la diosmina combinada (Daflon) con un 0.5%, el diclofenaco tópico con un 0.5% y el etofenamato tópico con un 0.4%. Considerando el listado de medicamentos inadecuados en pacientes >75 años (Servei Català de Salut) se observa su uso en 26 personas (12,5%). Los fármacos más prescritos respecto al total de fármacos inadecuados son el diazepam con un 22,6%, la pentoxifilina con un 13,2% y el clorazepato de potasio con un 11,3%.

DISCUSIÓN

Los PCC precisan de un alto grado de control respecto al consumo de fármacos y la adherencia farmacológica. El PCC presenta una media de fármacos prescritos de 10,1 ± 4,3. El presente estudio ayuda a conocer la prescripción farmacológica del PCC.

CONCLUSIONES

En el tratamiento farmacológico del PCC se utiliza una amplia variedad de fármacos. Un grupo reducido de fármacos es utilizado por la gran mayoría de estos pacientes. Este estudio encamina una iniciativa para promover los programas de educación sanitaria grupal en adherencia farmacológica basada en grupos fármacos.

F-6 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE PACIENTES CRÓNICOS QUE PARTICIPAN EN PROGRAMAS EDUCATIVOS PARA EL FOMENTO DEL AUTOCUIDADO

R. Santesmases Masana[1], E. Beltrán Martínez[2], Y. Rico García[3],
S. Martínez Carmona[2]
*[1]Enfermera Familiar y Comunitaria. Profesora asociada EUI Sant Pau (UAB),
[2]Médico de Familia, [3]Enfermera Familiar y Comunitaria. Institut Català de la Salut (ICS). Cap Bobila. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)*

OBJETIVOS

Conocer la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes crónicos. Antes, después y los tres meses de participar en un programa educativo para el fomento del autocuidado

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cuasi-experimental, prospectivo, pre-post intragrupo. n= 29 pacientes, que participaron en todas las sesiones del curso "Tomando control de tu salud". Variables de estudio: edad y sexo, nivel de estudio, patología de base, procedencia, puntuaciones en función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental (antes, después ya los 3 meses del final del curso). El instrumento para medir la calidad de vida relacionada con la salud, fue el cuestionario de salud Short Form-36 versión 1.4 Para la explotación de los datos se utilizó el programa SPSS-17. Se realizó estadística descriptiva y análisis de datos apareados de las variables: (puntuaciones en Función Física, en Rol físico, en Dolor corporal, en Salud General, en Vitalidad, en Función Social, en Rol Emocional y Salud mental). Para comprobar las hipótesis sobre el efecto del programa educativo se aplicó

el análisis de la varianza (Modelo Lineal General) para medidas repetidas con contrastes a posteriori y la prueba de Friedman y de Wilcoxon en el caso de distribuciones no normales

RESULTADOS

Para el total de la muestra, los pacientes crónicos mejoran el rol emocional después de haber participado en un programa educativo para el fomento del autocuidado y esta mejoría se mantiene a los 3 meses de haberlo finalizado (p = 0,026). Los hombres mejoran el rol físico (p = 0,032), la percepción de dolor corporal (p = 0,048) y el rol emocional (p = 0,042). Los pacientes menores de 55 años, mejoran la función física (p = 0,015) después de haber participado en el programa. Los pacientes de 55 a 64 años mejoran el rol físico (p = 0,032) y la percepción de salud general (p = 0.03) después de haber participado en el programa.

DISCUSIÓN

Los pacientes del estudio forman parte en su mayoría de una asociación de pacientes y más de la mitad, tienen estudios de bachiller o superiores. Estos resultados coinciden con los que definen Jovell et al en su artículo; uno de los factores que determina este cambio de modelo es el aumento del nivel educativo de la población española, otro factor que describen los autores es el aumento de asociacionismo entre las personas que padecen una patología crónica. Limitaciones del estudio En los diseños cuasi-experimentales se ha de tener especial precaución con una serie de amenazas potenciales a la validez interna: la historia, la maduración, la adaptación a las pruebas, pérdidas no aleatorias

CONCLUSIONES

La formación de pacientes en habilidades y competencias específicas para la gestión de las enfermedades crónicas promueve una toma de decisiones más informada y una mejor autocuidado de la salud.

F-7 "PACIENTE ACTIVO" EN LA DIABETES TIPO 2: EVALUACIÓN DE LA PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA EN LOS 223 PRIMEROS PARTICIPANTES

E. Gamboa[1], L. Ochoa De Retana[1], K. Piñera[2], J. Arbonies[1], M. Rua[1], E. Del Campo[1], M. Urquiza[3], L. Gorostidi[1]

[1]Atención Primaria. Osakidetza. San Sebastián (Guipúzcoa)

[2]O+Berri. Bioef. Bilbao (Vizcaya)

[3]C.S. Gazalbide-Txagorritxu. Osakidetza. Vitoria (Álava)

OBJETIVOS

General: Evaluación de la puesta en marcha del programa "Paciente Activo" (PA) en pacientes diabéticos tipo 2 (DM2) en una comunidad autónoma. Específicos: 1.Descripción basal de los pacientes.2.Evaluación de métodos de captación y satisfacción de participantes y formadores

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio: Descriptivo transversal sobre características basales y prospectivo sobre participación y satisfacción en 174 pacientes del estudio piloto y en los 49 del grupo experimental del ensayo clínico sobre la efectividad del PA. Sujetos a estudio: Adultos con DM2 > de 18 y < 80 años de 4 comarcas de atención primaria captados a través de medios de comunicación, carta y equipos de atención primaria (AP). Intervención: 6 sesiones grupales semanales de 150' de duración realizada por pacientes DM2 y sanitarios. Cada grupo fue conducido por 2 "líderes" previamente formados según la metodología de la Universidad de Standford. Variables: Edad, sexo, años de evolución de DM2, micro y macroangiopatía, HbA1c, IMC, presión arterial sistólica/diastólica, Método de captación, Auto eficacia, Calidad de la dieta, Grado de satisfacción de pacientes y formadores

RESULTADOS

La intervención se realizó entre febrero y noviembre de 2011. Asistieron 366 pacientes, el 79,5% completaron los cursos (4 o más sesiones) y el 16% manifestaron su deseo de formarse como "lideres". Los "lideres" fueron 19 sanitarios y 3 pacientes. El 46 % son mujeres, edad media 63,3 años. La media de los años de evolución de la diabetes es de 10.2. El 20.6% presenta macroangiopatía y el 9.9% microangiopatía. La PA media es de 137/78.9 y el 36.3% presenta cifras de buen control. La HbA1c media es de 7.2 estando el 46.6% dentro de cifras de buen control. El IMC medio es de 30.19. El 30,5 % refiere comer 5 o más raciones de fruta y verdura al día. El 78,9 % fue captado por su equipo de atención primaria y el 13,5 % por carta. La media en la escala de autoeficacia fue de 6,7 (DS=1,7) (valor máximo 10). Sobre una escala de 5 la satisfacción de los pacientes fue de 4,5 y la de los formadores fue de 4,42

DISCUSIÓN

Los participantes son representativos de la población DM2 de nuestra comunidad. El alto grado de satisfacción de pacientes y "líderes" es similar al conseguido por el programa en otros entornos y la tasa de abandonos es ligeramente inferior. Una de las dificultades del estudio es conseguir que un mayor número de pacientes intervenga como líder. Parece necesario que nuestro sistema sanitario incentive y facilite esta participación. La evaluación de los métodos de captación demuestra que es esencial en el éxito del programa la colaboración del médico de familia y enfermera de cada paciente.

CONCLUSIONES

El programa paciente activo sobre DM2 es factible de realizarse en nuestro sistema de atención primaria. Para garantizar el éxito en la ejecución del ensayo clínico deberemos: 1.Reforzar el papel de equipo de atención primaria habitual en la captación y seguimiento y estudiar nuevas fórmulas de captación 2.Diseñar una estrategia para aumentar la participación de los pacientes como líderes

F-9 IDENTIFICACIÓN DE LOS PACIENTES CRÓNICOS Y ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA POBLACIÓN ASIGNADA A UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

A. Fuertes Fortea[1], V. Palop Larrea[2], M. Prosper Sierra[3], J. Galán Bernardino[4], N. Capilla Bolinches[5], M. Soler Revert[5]

[1]Subdirección Asistencial Atención Primaria, [2]Subdirección Asistencial, [3]Técnico ABUCASIS-Médico Familia, [4]Jefe Zona Básica-Médico Familia, [5]Médico de Familia. Hospital de la Ribera. Alzira (Valencia)

OBJETIVOS

Identificar a los pacientes crónicos de una población asignada a un centro de salud mediante la evaluación de sus procesos mórbidos y la estratificación del riesgo, con el fin de establecer programas adecuados de gestión, control y seguimiento de los pacientes con mayor riesgo para incrementar la calidad asistencial y de vida estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal. Se analizó una muestra de 13.273 pacientes de ambos sexos pertenecientes a 8 cupos Médicos de una zona básica de salud. Seleccionamos la población mayor de 65 años. Mediante consulta a la base de datos de la historia clínica electrónica (ABUCASIS) se obtuvo un listado de la morbilidad asociada. Se diferencian tres grupos: grupo I pacientes pluripatológicos (con 2 o mas enfermedades Crónicas pertenecientes a 2 o más categorías clínicas según la definición de Paciente Pluripatológico de la Consejería de Salud de Andalucía). Grupo II, Pacientes de riesgo (una categoría de la clasificación y/o con factores de riesgo) y Grupo III, sin categorías ni factores de riesgo.

RESULTADOS

El total de pacientes mayores de 65 años fue de 2.496 (18,80%). La edad media fue de 75 años (rango 65-102). La distribución por grupos de edad fue: de 65-70: 760 (30,45%) de 71-75: 587 (23,52) de 76 a 80: 551 (22%) de 81 a 85: 377 (15%) y mayores de 86: 220 (9%). El 39 % Hombres y el 61 % mujeres. Al grupo I (pluripatológicos: dos o mas categorías) pertenecían 1.373 pacientes. La distribución por categorías fue: 326 (23 %) pertenecían a la Categoría A, a la B: 176 (12,5 %), a la C: 280 (19,75%), a la D: 130 (9,2 %) a la E: 310 (22%), a la F: 690 (48,7 %) y a la G: 212 (15%). El 95 % tenían 2 ó 3 categorías diferentes (1038 dos categorías y 308 tres categorías) y solo 27 (5 %) tenia mas de tres categorías (21 pacientes con 4 categorías, 3 pacientes con 5, 2 pacientes con 6 y un pacientes con 7). En el grupo II habían 1001 (con una sola categoría y/o factores de riesgo) El 18 % eran diabéticos, el 45% dislipémicos, el 10 obesos, el 3 % fumadores y el 62 % hipertensos. En el Grupo III, sin categorías, ni factores de riesgo 122 (10,9%) pacientes.

DISCUSIÓN

El número de pacientes mayores de 65 corresponde a un 18,8% de la población estudiada y es similar al porcentaje visto en otros estudios. El 10 % de la población pertenece al grupo de mayor de 65 años y Grupo I (pluripatológico) es decir pacientes de alta complejidad. De ellos 27 (2%) podríamos calificarlos de “muy alta complejidad” por tener entre 4 y 7 categorías. Todos son porcentajes similares a los vistos en las revisiones bibliográficas previas. Estos pacientes requerirán de una gestión de casos con una atención integral Hospitalaria-Primaria. En los pacientes del Grupo II actuaremos mediante gestión de la enfermedad y medidas de autocuidado y autogestión. Con los pacientes del grupo III, aplicaremos al igual que con el grupo II medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

CONCLUSIONES

En definitiva, la identificación y estratificación según riesgo de los pacientes nos va a permitir aplicar las intervenciones adecuadas para disminuir las complicaciones, reagudizaciones e ingresos y mejorar la calidad de vida y asistencial de los pacientes.

F-25 EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN PACIENTES CON INFARTO: PROGRAMA PROPRESE-ALICANTE

E. Ruescas[1], A. Navarro[2], M. Gaubert[3], M. Núñez[4], L. Cruz[3], E. López[1]

[1]Centro de Salud. Alicante-Pla. Alicante

[2]Centro de Salud. Alicante-Cabo Huertas. Alicante

[3]Centro de Salud Campello. Alicante

[4]Dirección de Enfermería. Departamento de San Juan de Alicante. Alicante

OBJETIVOS

Evaluar en pacientes que han sufrido un proceso isquémico cardíaco la efectividad de una intervención educativa basada en la toma de decisiones compartidas y el tratamiento por objetivos en cuanto a grado de control y frecuentación.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de intervención realizado en 3 Centros de Salud y Hospital (Servicio de Cardiología). 78 pacientes que han sufrido un infarto de miocardio; mediciones: grado de control de factores de riesgo; intervenciones: programa de educación terapéutica dirigido a pacientes y de actualización dirigido a profesionales (médicos y enfermeras de AP). Un año de seguimiento. Se presentan resultados de Alicante.

RESULTADOS

Número de visitas 2009/2010 13,04 vs 8,16; p=0,000. Reducción del 37,4%. Varones (74,1%), edad (68,9 + 8,3), rango 46-85 años. Valores previos y al año de la intervención. TAS; 133,7; vs132,12; p=0,000; TAD; 75,59; vs 73,39; p=0,000; LDL_colesterol; 99,40; vs; 91,48; p=0,00;

glucemia; 105,67 vs 99,13; p=0,009; HbA1c; 6,400; vs 6,400; p=0,002; IMC; 28,09; vs 28,19; p=ns; P_Abdominal; 106,9 vs 97,5 p=0,000; Consta dieta 59% vs 71,7% y ejercicio 61.5% vs 74.6% cumplimiento 56.4% vs 58,2%. Pacientes con betabloqueantes (80,9% vs 82,9%), AAS o clopidogrel (81,7% vs 91,7%; p=0,00); tabaquismo (20,3% vs 11,9%; p=0,000; estatina (78,0 vs 94,5; ns); IECAS/Ara2 (65.9% vs 76,8%; p=0,02).

CONCLUSIONES

PROPRESE consiguió una mejora significativa de las medidas de estilo de vida y el grado de control con un 34% menos de visitas. Palabras clave: primary care; cardiovascular diseases, prevention.

PÓSTERS

Políticas y estrategias regionales y locales frente a la cronicidad (A)

A-1 UTILIZACIÓN DE MEDICINAS COMPLEMENTARIAS POR LOS PACIENTES CRÓNICOS: ¿UN RECURSO SANITARIO TAMBIÉN EN ESPAÑA?

E. Cervera Barba[1], F. Lucena Marotta[2], T. Gómez Gascón[3], M. Fuentes Ferrer[4], C. Fernández Pérez[4]

[1]Unidad Docente AFyC Noroeste, [3]Centro de Salud Guayaba. Dirección Asistencial Centro. Gerencia de Atención Primaria. Madrid

[2]Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid)

[4]Servicio de Medicina Preventiva, Instituto de Investigación Sanitaria. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

OBJETIVOS

Según la Organización Mundial de la Salud, Reino Unido, Canadá, Estados Unidos, Noruega, Australia y Alemania cuentan con sistemas sanitarios \"inclusivos" para Medicinas Alternativas y Complementarias (MAC), y las incorporan a sus sistemas sanitarios (SNS) como recurso para la atención de pacientes fundamentalmente crónicos. La población que acude a consultas de MAC en occidente varía del 25 al 90% y los médicos proporcionan acceso o incluso administran MAC dentro del SNS. En España las MAC están al margen del SNS y desconocemos la población que utiliza MAC. Los estudios epidemiológicos sobre uso de MAC en España son escasos y contradictorios. El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de uso de MAC entre la población general de la Comunidad de Madrid, los factores asociados y las patologías que motivaron las consultas.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo mediante encuesta postal autoadministrada a una muestra representativa de población general entre 18 y 75 años (n=897; prevalencia estimada 30%; confianza 95%; precisión 3%). El cuestionario, enviado a 2.000 personas para minimizar las pérdidas, preguntaba entre otros sobre conocimiento y uso de MAC, razones y motivos de uso y gasto asociado.

RESULTADOS

Se recibieron 288 cuestionarios (14,4%). El 93% había oído hablar de alguna MAC. 162 pacientes (56,3%; IC 95%:50,5-62,0) declararon haber acudido a MAC en alguna ocasión. Se halló asociación estadística para el sexo femenino (p<0,001). Las terapias más utilizadas fueron las de relajación (24%), masaje (21%), aromaterapia (20%), fitoterapia (16%),

acupuntura (14%) y homeopatía (14%). La frecuentación a MAC en el último año fue 1 a 4 veces (44%), o más de 15 veces (28%). Entre los que también habían acudido a sanitarios convencionales el 57% acudió más veces a MAC y el 20% por igual. Las patologías por las que acudieron fueron: aparato locomotor (42%), salud mental (23%), motivos generales (cansancio, relajación y mejorar la salud: 12%), endocrinos (9%), neurológicos (5%), dermatológicos (4%) y digestivos (3%). Casi la mitad de las terapias fueron administradas por profesionales no sanitarios (49%). El 28% dijo haber mejorado mucho y el 46% bastante. Casi el 80% se mostró satisfecho o muy satisfecho con las MAC. Las principales razones para acudir a MAC fueron que los tratamientos convencionales no mejoraban sus síntomas (40%) y evitar los efectos secundarios de los fármacos (29%). El 60% había acudido por consejo de un amigo o familiar, un 20% por el herbolario y otro 20% por su médico habitual. El 80% había gastado menos de 100 euros al mes en MAC. Más del 90% deseaba la inclusión de las MAC en el SNS y la formación de sus profesionales en ellas.

DISCUSIÓN

El porcentaje de respuesta fue bajo pero la prevalencia de uso de MAC coincide con otro estudio realizado en Madrid. Los resultados de la mayoría de las variables coinciden con la literatura. Es llamativo que un 20% de los usuarios había acudido aconsejado por su médico convencional, si bien la principal vía de acceso coincide con otros estudios. Extrapolando el gasto a la población general de la Comunidad de Madrid se podría estimar el gasto anual en MAC y productos alternativos en unos 1.900 millones de euros, semejante a los estimados en estudios anglosajones.

CONCLUSIONES

Más de la mitad de la población acude a MAC para complementar los tratamientos convencionales en patologías crónicas, con alta percepción de efectividad y satisfacción. Las MAC podrían ser un recurso sanitario útil en el manejo de patologías crónicas y la gestión de recursos sanitarios.

A-2 USO DEL CONUT PARA EL CRIBADO DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE

P. Tenllado Doblas[1], C. Chazarra Talens[1], M. Zamora Capitán[2], M. Merino Plaza[3], M. Roca Castelló[1]

[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Unidad de Nutrición, [3]Análisis Clínicos. Hospital Doctor Moliner. Serra (Valencia)

OBJETIVOS

Comprobar la sensibilidad del filtro CONUT para la detección precoz de la desnutrición (DN) y de los cambios en el estado nutricional tras la intervención.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional descriptivo, iniciado en enero del año 2011 y finalizado en el mes de junio del mismo año. El filtro CONUT se basa en la determinación de albúmina, colesterol y linfocitos y en función de sus valores se obtiene un índice, detectando de esta forma los pacientes con riesgo nutricional a los que se les realiza una valoración nutricional completa -VNC-.

RESULTADOS

De los 306 pacientes ingresados en este período, se ha realizado VNC al ingreso a un total de 66 pacientes. A 34 de estos pacientes se les ha realizado una segunda VNC al alta, habiéndose obtenido los resultados que se muestran en el apartado TABLAS.

CONCLUSIONES

1. El filtro CONUT tiene una sensibilidad diagnóstica similar a la valoración nutricional completa (VNC) para el diagnóstico de la existencia de desnutrición, pero requiere menos recursos y experiencia para su aplicación. Sin embargo, infravalora la desnutrición (DN) grave y sobrediagnostica la desnutrición leve. 2. La intervención nutricional sugerida por el filtro CONUT tiene resultados favorables en la reducción del porcentaje total de desnutriciones, especialmente en el grupo de la DN grave. 3. El filtro CONUT es un método de cribaje automatizado, sencillo, eficiente, universal, sensible y económico que detecta a los pacientes subsidiarios de intervención nutricional y cuya utilización mejora el status nutricional de los pacientes.

Tabla 1. Comparación CONUT entre total de ingresos y el grupo de VN (en porcentajes) (A-2)

Valor CONUT	Normonutrido 0-1	DN leve 2-4	DN moderada 5-8	DN severa 9-12	Pacientes con DN
Grupo ingresos (N=306)	21,5	38,5	30,0	9,4	78,0
Grupo VN (N=66)	9,0	31,8	48,4	10,6	90,9

Tabla 2. Desnutrición con el uso del CONUT y la VN (porcentajes) (A-2)

	Normonutrido	DN leve	DN moderada	DN severa	Total DN
CONUT	9,0	31,8	48,4	10,6	90,0
Valoración nutricional	3,7	12,9	33,3	50,0	89,2

Tabla 3. Efectos intervención nutricional en los porcentajes de desnutrición (A-2)

Valor CONUT	Normonutrido	DN leve	DN moderada	DN severa	Total DN
valoración inicial (N=66)	8,6	43,4	39,1	8,6	91,3
valoración al alta (N=34)	15	70	15	0	85

A-3 ESTRATEGIAS DE MEJORA EN LA ASISTENCIA A LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS

M. Cuadrado Cenzual[1], J. García Sáenz[2], J. Sastre Valera[2], C. Moliner[1], C. De Pedro Moro[3]
[1]Análisis Clínicos, [2]Oncología Médica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid
[3]Servicio de Traumatología. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca

OBJETIVOS

Mejorar los modelos para la realización de analíticas en pacientes oncológicos: Potenciando la accesibilidad de elección de centro de extracción de analiticas. Creando circuitos asistenciales preferentes para la realización de dichas pruebas. Mejorar la calidad percibida por el paciente

MATERIAL Y MÉTODO

ANALISIS DE LA SITUACION: Los pacientes procedentes del S. de Oncología, solo podían realizarse la extracción de su análisis en el Hospital de referencia. DISEÑO DE MEJORA: Se crean dos modelos de asistencia Modelo MCAR: consulta de alta resolución, el paciente acude el mismo día de la terapia al Hospital, se realiza la analítica de forma preferente y posteriormente pasa a consulta y se instaura la terapia. Modelo MAAP: el paciente acude el día antes a su centro periférico de extracción más cercano el día antes a la consulta, se realiza la analítica de forma preferente y al día siguiente acude a la consulta

RESULTADOS

En la Tabla I se observa como Ambos modelos MCAR y MAAP son utilizados por los pacientes según sus necesidades. La media de paciente se ha incrementado un 8,76% bianual. La media de analíticas por paciente fue de 8.3. El porcentaje de paciente que acude a su centro de saludo ha ido sufriendo un incremento constante hasta alcanzar un 32% de los pacientes.

DISCUSIÓN

En el proceso asistencial del paciente oncológico, la realización de pruebas analíticas es un pilar importante. La accesibilidad a dichas pruebas constituye un factor relevante en la calidad asistencial. La cercanía de los centros de su propio domicilio así como la flexibilidad de acceso son criterios relevantes en la fase de seguimiento, considerada de especial interés por el carácter crónico de la enfermedad.

CONCLUSIONES

La coordinación entre Servicios para la realización de una asistencia integral del paciente oncológico ha permitido la implantación de Modelos que han demostrado ser eficaces, mejorando la accesibilidad y la calidad percibida por el paciente

Tabla 1 (A-3)

CAUSAS ELECCION MODELO	% PACIENTES MODELO MCAR	% PACIENTES MODELO MAAP
Resistencia al cambio	49%	
Accesibilidad	28%	74%
Necesidades Acompañante	14%	23%

A-4 EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DEL PACIENTE FRÁGIL COMPLEJO EN EL ÁREA DEL MARESME CENTRAL

J. Esperalba[1], A. Verdaguer[1], A. Garcia[1], D. Rubio[1], P. Pérez[1], À. Felip[1], R. Cristòfol[1]
[1]*Consorci Sanitari del Maresme. Hospital de Mataró. Mataró (Barcelona)*

OBJETIVOS

Describir y presentar los resultados de la implantación de un programa específico del paciente frágil complejo (PFC) en el área del Maresme Central (260.000 habitantes)

MATERIAL Y MÉTODO

El programa se inició en abril de 2011. Actualmente la población diana es de 1124 pacientes de 75 o más años, cuyos criterios de inclusión fueron 2 o más ingresos en menos de 12 meses con una total de estancias superior a 9 días y, al menos una enfermedad crónica como motivo de un ingreso. Se han excluido todos los exitus a 31/12/2012 Esta población fue atendida específicamente en la comunidad mediante un programa de gestión de casos. En el hospital comportó una nueva organización con la puesta en marcha de un hospital de día específico, enfermeras gestoras de casos coordinadas con atención primaria, redefinición de la actividad de especialistas de geriatría y medicina interna: soporte a la residencias geriátricas y atención directa a la población diana en el servicio de urgencias y creación de un ámbito de hospitalización de geriatría atendido por internistas y geriatras.

RESULTADOS

A) Resultados sobre el grupo de pacientes incluidos en el programa (PFC): El número de visitas a urgencias en 2011 fue de 2.477 frente a 3.274 en 2011 (-24,3%). La tasa de readmisiones a urgencias antes de 72 horas pasó del 6,4% en 2010 al 5,1% en 2011. El número de altas de hospitalización disminuyó en 24,1% respecto al año anterior (2.088 altas respecto a 1.585 en

2011). A su vez, la tasa de reingresos ajustada por la casuística atendida se redujo un 9%. La reducción de estancias hospitalarias entre los dos periodos fue de 4.329 días (-26,7%). En el mes de diciembre de 2011 la reducción de estancias ha sido de 987, lo que supone un ahorro de 32 camas hospitalarias. El importe líquido en recetas disminuyó un 16,8% (en Catalunya 7,8%) Las visitas a los especialistas disminuyeron un 12,8%. El gasto medio por paciente en determinaciones de laboratorio en el hospital pasó de 32 € en 2010 a 28 € en 2011.Las URV en pruebas de imagen realizadas en el hospital disminuyó un 20,6% entre los dos años (en el global del hospital sin los pacientes del PFC la disminución fue del 8,2%). B) Impacto del programa sobre otros pacientes médicos: El índice de reingresos ajustado por riesgo (IASIST) en los pacientes en el servicio de m. interna pasó de 0,99 respecto a la norma a 0,83. Los reingresos urgentes a 30 días de los pacientes con insuficiencia cardiaca pasaron de 19% a 13%

CONCLUSIONES

La puesta en marcha del programa de pacientes frágiles complejos ha supuesto una mejora en la atención a estos pacientes, disminuyendo el número de visitas a urgencias, visitas a especialistas e ingresos y reingresos hospitalarios. Por otra parte ha contribuido a una mayor eficiencia en la gestión hospitalaria con un ahorro notable de recursos especialmente en las áreas de hospitalización y urgencias. Existe un impacto positivo del programa PFC sobre otros pacientes del área médica.

A-5 PRESCRIPCIÓN INADECUADA SEGÚN CRITERIOS STOPP/START Y SU POTENCIALIDAD DE CAMBIO EN MAYORES POLIMEDICADOS

G. Maíz López[1], J. Aretxabaleta Parra[2], I. Mendibil Crespo[3], I. Martín Lesende[1], I. Gabilondo Zelaia[1], A. Mota Goikoetxea[3]

[1]*Comarca Bilbao,* [2]*Comarca Uribe. Atención Primaria. (Vizcaya)*

[3]*Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria. (Vizcaya)*

OBJETIVOS

Conocer la proporción y características de la prescripción potencialmente inadecuada (PPI) y su posibilidad de cambio por parte de los médicos, tras aplicar los criterios STOPP/START en pacientes Mayores polimedicados.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio TRANSVERSAL, ÁMBITO Atención Primaria (AP). OBJETO DE ESTUDIO medicación aguda y crónica prescrita en los 4 últimos meses en pacientes de 65 años o más polimedicados (4 o más fármacos habituales). MUESTREO de conveniencia, 100 pacientes (5 consecutivos al día que dispuso cada uno de los 20 médicos de 3 Centros de Salud); que suponían una precisión de ±9,4% para personas con PPI. Tras consentimiento informado, los investigadores RECOGÍAN los DATOS de la historia clínica informatizada, para plantear las recomendaciones de cambio al médico en base a los criterios STOPP/START. VARIABLES de edad, género, prescripciones, tipo medicación (aguda, crónica), PPI (criterios STOPP/START), nivel de adherencia médica a las recomendaciones de cambio y razones para no hacerlo, y percepción de la utilidad global de la herramienta STOPP/START. ANÁLISIS: estimación de medias y proporciones, y bivariante (significación estadística de 0,05), empleando el SPSS v. 18.

RESULTADOS

Edad media 77,2 ±5,7 años; 64% mujeres. 12,3 medicamentos/persona (IC95% 11,6–13,1): agudos 3,6 ±2,7, crónicos 8,7 ±3,1. La medicación crónica más prescrita fue cardiovascular (32,5%) y Digestivo-metabolismo (20,9%); para la aguda la del sistema nervioso (26%). 58% de personas (IC95% 48-68) presentaron uno o más criterios STOPP o START. STOPP: se detectaron 55 PPI en 42 de las 100 personas, siendo las más frecuentes la duplicidad (12,7%), >150 mg/día de AAS (10,9%) y AINE con HTA moderada/grave (9,1%). Medicamentos más implicados: AAS 20% (11/27 veces prescrito), ibuprofeno 7,3% (4/17), diclofenaco 7,3% (4/12). El 83,6% afectaba a medicación crónica. START: 37 PPI en 31 personas, siendo las más frecuentes no usar antiagregantes en DM con otros factores de RCV (29,7%), estatinas con antecedentes de enfermedad arteriosclerótica (16,2%), y suplementos de Ca y vit D en osteoporosis conocida (10,8%). No asociación de las PPI con género, edad, ni con número de medicamentos. ADHERENCIA. Los médicos aceptaron 40% de las recomendaciones STOPP y 56,8% START. Motivos principales de no adherencia para los STOPP: “no ser el prescriptor” (42,4%), “no percibir beneficio” (21,2%), “no estar de acuerdo” (18,2%). Para los START: “no apreciar beneficio” o “no estar de acuerdo con la con la recomendación” (75,1%). 95% de los médicos confían en las recomendaciones, 65% manifiesta que es posible seguirlas.

DISCUSIÓN

Alta proporción de Mayores con PPI (58%). La mayoría por medicación crónica, con fármacos y situaciones comunes (AAS, AINEs / DM, FRCV, Osteoporosis). Los médicos aceptaron más las recomendaciones START. Principal motivo para no aceptar recomendaciones: prescripción inducida para STOPP, estar en desacuerdo para START. Aunque el 95% confía en ellas sólo el 65% considera viable seguidas, de hecho sólo un 40% siguen las STOPP y el 57% las START; sugiere necesidad de actualizar las recomendaciones para mayor utilidad-aplicabilidad de la herramienta.

CONCLUSIONES

Con este trabajo argumentamos varias condiciones importantes de la PPI en el Mayor: importante magnitud y subsecuente relevancia clínica, utilidad de los criterios STOPP/START para adecuar medicación en nuestro medio aunque con una necesidad de revisar y actualizar los criterios, y necesidad de explorar la aplicabilidad de estas herramientas para contribuir a su mayor efectividad en la clínica asistencial. El estudio contó con ayuda para su financiación concedida por el Dpto. de Sanidad y Consumo del Gob. Vasco en 2010.

A-6 ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA INTERNACIONAL SOBRE EL MODELO DE ATENCIÓN A CRÓNICOS

J. Navarro-Pérez[1], A. Navarro-Adam[2]
[1]*Fundación Hospital Clínico. INCLIVA. Valencia*
[2]*Servicio de Urgencias. Hospital Francesc de Borja de Gandía. Valencia*

OBJETIVOS

Analizar la producción científica internacional específicamente relacionada con el modelo de atención a crónicos (chronic care model). Conocer la distribución de los estudios por años, países y revistas.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una búsqueda bibliográfica en Medline a través de una estrategia de búsqueda que determinara con especificidad los trabajos que en su diseño utilizan el modelo de atención a crónicos (\"Chronic care model\").

RESULTADOS

Los estudios aplicando el Chronic Care Model tienen un crecimiento exponencial, con un 39,2% del total en los dos últimos años. El 73,9% procede de Estados Unidos, siguiéndoles a distancia Canadá (5,4% y Alemania 4,4%). El área temática más estudiada es la diabetes (40%), seguida de la salud mental (7,6%). El núcleo de las revistas donde se publican estos estudios son J Gen Intern Med, BMC Health Serv. Res, Med Care y Diabetes Care (50%). Existe una gran dispersión institucional y de autores.

DISCUSIÓN

El Chronic Care Model, como modelo ejemplificador de la atención a pacientes crónicos está siendo aplicado cada vez más a la investigación clínica.

CONCLUSIONES

La investigación clínica utilizando el Chronic Care Model está en pleno desarrollo y expansión, centrándose de forma muy destacada en las enfermedades cardiometabólicas y, en menor medida, la salud mental.

Tabla 1. Fecha de Publicación (PUBMED. Chronic Care Model) (A-6)

<2000	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1	2	8	5	4	17	18	26	29	44	41	58	68

Tabla 2. Revistas con cinco o más publicaciones (PUBMED. Chronic Care Model) (A-6)

J Gen Intern Med	13
BMC Health Serv Res	12
Med Care	10
Diabetes Care	9
Diabetes Educ	8
Implement Sci	7
Ann Farm Med	5
Health Add (Milwood)	5
J Eval Clin Pract	5
Jt Comm J Qual Patient Saf	5
Pediatrics	5
Qual Saf Health Care	5

Tabla 3. Número de Publicaciones por países (PUBMED. Chronic Care Model) (A-6)

USA	235	Italia	3
Canada	17	España	2
Alemania	14	Bélgica	2
Australia	11	Nueva Zelanda	2
Países Bajos	11	Sudáfrica	1
Suiza	10	Tailandia	1
Inglaterra	4	Grecia	1
Dinamarca	3	China	1

A-7 VALORACIÓN INTEGRAL EN UN HOSPITAL DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA

P. Tenllado Doblas, M. Castillo Blasco, P. García Gascó, M. Roca Castelló
Servicio de Medicina Interna. Hospital Doctor Moliner. Serra (Valencia)

OBJETIVOS

Conocer las características demográficas y clínicas de los pacientes ingresados en nuestro hospital. Comprobar que las herramientas utilizadas en la valoración integral del paciente presentan valor pronóstico a la hora de predecir el destino al alta.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio prospectivo observacional realizado en una unidad de hospitalización entre los años 2010 y los primeros 6 meses del 2011. Criterios de inclusión: todos los pacientes ingresados en la planta 4ª2.La muestra se compone de 165 pacientes. A los pacientes se les realiza la siguiente valoración: social (escala de Gijón modificada), funcional (índice de Barthel), cognitiva (test de Pfeiffer), nutricional (índice CONUT), comorbilidad (Charlson y categorías de paciente pluripatológico) y pronóstico (índice PROFUND).

RESULTADOS

La edad media fue de 75,6 años; por grupos de edad, los adultos (<70 años) fueron el 25,5% con una mortalidad del 26,1%; los ancianos (entre 70 y 85) fueron el 50,3% con una mortalidad del 48,1% y los muy mayores fueron el 24,2% con una mortalidad del 65,0% (la p fue de 0,002). La situación social de la muestra fue según la escala de Gijón: muy buena 22,3% (mortalidad 42,4%), buena 29,1% (mortalidad 39,5%), moderada 13,5% (mortalidad 60%) y severa 31,8% (mortalidad 42,5%) con una p=0,47. La funcionalidad según el índice de Barthel fue: dependencia total 55,8%(mortalidad 68,4%), severa 9,1%(mortalidad 13,3%), moderada 6,1 %(mortalidad 50,0%), leve 26,1% (mortalidad 16,2%) e independiente 3,0%(mortalidad 0%) con una p=0,000. La situación cognitiva solo se pudo valorar en el 66% de los pacientes; sin deterioro cognitivo el 54,1% (mortalidad 25,4%) y con deterioro cognitivo 45,8% (mortalidad 42,0%) con una p=0,067. Según el filtro nutricional CONUT la muestra se dividió de la siguiente forma: normonutrida 18,5%(mortalidad 23,3%), desnutrición leve 33,3%(mortalidad 38,8%), desnutrición moderada 40,7%(mortalidad 57,5%) y desnutrición severa 7,4%(mortalidad 66,6%), con una p=0,005. El índice de Charlson fue de 3,4 en los pacientes dados de alta y 4,9 en los que fallecieron (p=0,827). Cumplieron criterios de paciente pluripatológico (PP) el 67,3%(mortalidad 54,9%) y no lo cumplieron el 32,7%(mortalidad 29,6%). Las categorías diagnósticas por orden decreciente de frecuencia fueron: E3-demencia- 30,9%(mortalidad 68%), E1-ictus- 29,7%(mortalidad 55,1%), A1-insuficiencia cardiaca-26,7%(mortalidad 45,4%), C-EPOC- 21,8% (mortalidad 21,8%) y B2-insuficiencia renal crónica-13,9%(mortalidad 43,4%). Según la herramienta pronóstica PROFUND los pacientes se dividieron en los siguientes grupos (riesgo de mortalidad al año): muy bajo 15,3% de la muestra (mortalidad 16%), bajo-intermedio 23,9%(mortalidad 25%), intermedio-alto 22,1%(mortalidad 60%) y muy alto 38,7%(mortalidad 68%). Tras realizar la regresión multivariable resultaron variables predictoras pronósticas durante el ingreso (alta versus exitus) el índice de Barthel, el filtro CONUT y el índice PROFUND.

CONCLUSIONES

1. La valoración integral es una metodología de trabajo que se puede y se debe sistematizar sobre todo en el paciente complejo que acude a nuestros hospitales de media y larga estancia. 2. La muestra del estudio representa a una población añosa, muy dependiente, la mayor parte de la cual cumple criterios de paciente pluripatológico, y casi la mitad presenta tanto una situación social vulnerable como un riesgo de desnutrición significativo. 3. Más del 50% de los pacientes fueron identificados al ingreso como poseedores de alto riesgo de mortalidad con el índice PROFUND. 4. Destacar finalmente la importancia de la valoración global e integral a la hora de predecir la evolución y de este modo facilitar la toma de decisiones.

A-8 MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADA AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO EN EL TERRITORIO DE BARCELONA NORTE

S. Pérez López[1], C. Benet[2], A. Rubio[3], C. Monteverde[4]
[1]Dir. Atención Primaria. CIS Cotxeres. Barcelona
[2]Secretaría Técnica CatSalut. Regió Sanitaria. Barcelona
[3]Farmacéutica. CIS Cotxeres. Barcelona
[4]Dir. Socio-Sanitario. CIS Cotxeres. Barcelona

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL: Proponer fórmulas organizativas a los pacientes crónicos complejos(PCC)de manera que sean más resolutivas, adecuadas, eficientes y satisfactorias dando una atención proactiva, una respuesta resolutiva y asegurando los principios de equidad en la población del territorio norte de Barcelona ciudad.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: ¿De dónde nace?; disposición 5/07 del 2011 de la Conselleria de Salut de la Generalitat de Catalunya sobre el programa de prevención y atención a la cronicidad con vigencia (2011-2014); ENCARGO: Estudio en la zona Norte de Barcelona para poder dar una atención integral, proaactiva e interdisciplinar al PCC coordinando todos los dispositivos asistenciales de este territorio. AMBITO DE ACTUACIÓN: Sobre los diferentes dispositivos sanitarios de territorio y sobre agentes que coordinan y actúan en estos pacientes;2 hospitales,2socio-sanitarios,2CUAPs(Centros urgenc.AP),5 centros AP, Farmacias, PADES, RHB, Salud Pública, A. Especializada, S. Sociales, ATDOM, Residencias, UFISS-Geriatría y SEM; POBLACIÓN DIANA: Población según RCA>= 15años (5 ABSs) :79.311 habitantes; a) Criterios de inclusión: personas>14años con 2 ó más ingresos hospitalarios no programados en el último año y que tienen como mínimo 1 ó más de los siguientes DX: ICC, CI, MPOC, DM, Neoplasias, AVC, DEMENCIAS, HEPATOPATÍA, TMS, SIDA Y que además consumen 10 o más Fármacos y los ingresos han generado 9 o más días de hospitalización; b)Criterios exclusión: Negación de paciente.

RESULTADOS

A FECHA DE HOY TENEMOS:1.Identificada y seleccionada toda la población de las 5 ABSs;2.Tenemos definidas las características sociodemográficas, las patologías crónicas y

la polimedicación de estos pacientes;3.Hemos realizado un estudio cualitativo y cuantitativo sobre los fármacos que tienen prescritos y su consumo;4.Estamos definiendo las actuaciones a nivel\\\"macro\\\"en cuanto a las coordinación territorial(modelo de atención);5.Estamos definiendo alianzas y estrategias entre los diferentes dispositivos del territorio para desarrollar los circuitos asistenciales que nos permitan realizar un control del proceso en el ingreso y en el alta cuando estos pacientes se desestabilizan clínicamente y/o socialmente;6.Tenemos soporte por parte de Tic-Salut para poder utilizar algunos nuevos instrumentos en este modelo.

DISCUSIÓN

El sistema sanitario dedica aproximadamente el 75% de los recursos a atender el 5% de la población donde están incluidos los PCC. El programa de atención a la cronicidad (PPAC) se orienta a reducir la fragilidad de estos pacientes y prevenir o retardar su deterioro progresivo. Los recursos sanitarios son limitados y sí a este hecho añadimos la situación de crisis actual esto nos lleva a innovar en un modelo de atención con los recursos que ya tenemos pero reordenándolos y reorientándolos de otra manera sin dejar de ser la persona el centro del SS. Nuestro proyecto está basado en estas premisas y nuestra idea de futuro es poderlo hacer extensivo a todo el territorio de Barcelona ciudad.

CONCLUSIONES

La innovación del modelo de Atención a la Cronicidad representa una reordenación y reorientación de servicios alineando en el mismo eje el SS, el paciente y la comunidad. La Atención Primaria ha de ser el eje vertebrador sobre el que repose la integración del programa. Las TIC son básicas en el desarrollo de acciones proactivas en pacientes y profesionales. Los indicadores de evaluación mostrarán la validez del modelo cuyo objetivo es mejorar la vida de la ciudadanía y los profesionales de salud.

A-9 PROGRAMA DE GESTIÓN DEL PACIENTE FRÁGIL COMPLEJO EN EL TERRITORIO DEL MARESME CENTRAL: SITUACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

M. Martínez Adell[1], E. Limón Ramírez[2], A. Vilardebó Clascà[1], C. Sánchez López[2], A. Diez Trasmonte[1], J. Montero Alía[2]

[1]Consorci Sanitari del Maresme, [2]Institut Català de la Salut. Atención Primaria. Mataró (Barcelona)

OBJETIVOS

-Definir la población diana del programa -Estratificar según comorbilidad y complejidad -Definir actuaciones en todos los ámbitos (atención primaria, sociosanitario, residencial y atención hospitalaria) -Implementación de las acciones -Evaluación de los resultados obtenidos

MATERIAL Y MÉTODO

Ámbito del estudio: territorio capitativo del Maresme Central (Barcelona). Población: 260.000 habitantes. Criterios de inclusión: -Dos o más ingresos no programados en un periodo inferior a 12 meses en los últimos 2 años con un conjunto de estadas > 9 días -Al menos un diagnóstico de: Insuficiencia cardiaca(IC), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC),Cardiopatía isquémica (CI),Demencia, AVC, Hepatopatía crónica o Diabetes.-Edad >74 El programa a nivel de la atención primaria conlleva: 1.Realización de la valoración geriátrica global (VGG) en todos sus aspectos (físico, funcional, mental y social) 2.Establecimiento de un plan de cuidados según las necesidades detectadas y sus patologías de base existentes. 3. Revisión anual del plan de cuidados. Este proceso se realiza en el momento que el paciente entra en el programa y cuando existe una variación importante en sus comorbilidades (p.e.: ingreso hospitalario, AVC, etc.)

RESULTADOS

Inicio del programa: mayo 2011 Población diana: 720 personas. Edad: 82+/-5 años (IC95% 75-99), mujeres: 83 años, hombres 81 años. Sexo: 56% mujeres. Comorbilidades: IC 50,4%, EPOC 42%, CI 34%, demencia 34%, AVC 7,3%, Hepatopatía crónica 8,7%, DM 44,2%. Polifarmacia: 80%. Grupos terapéuticos (según ATC1): cardiovascular 17,8%, sistema nervioso 15,8% y tracto alimentario-metabolismo 13%.Ingresados en residencias: 14%. Incluidos en el programa ATDOM: 23% Estado vacunal: Gripe 61,4%, neumocócica 69,5%, Tétanos 66,9%

CONCLUSIONES

Como cabría esperar, las comorbilidades más frecuentes son la IC y la DM. En cuanto a la farmacología, el sistema nervioso supera en porcentaje al metabolismo, probablemente en el hecho del elevado consumo de psicofármacos en estos pacientes. El 80% de los pacientes están polimedicados, por lo que se han iniciado acciones concretas para disminuir y adecuar su uso. Aunque se cumplen con los estándares generales, se ha detectado un porcentaje del estado vacunal más bajo del esperado de todas las vacunas, sobre todo la gripe. Cabría insistir en las preventivas en estos pacientes. Resalta el hecho que sólo un 14% de los pacientes estén en situación residencial y un 24 % en el programa ATDOM.

A-10 PROACTIVIDAD: UNA SOLUCIÓN EN TIEMPOS DE CRISIS

M. Vidosa Acín[1], R. Gómez-Ferrer Cayrols[2], Á. Calcedo Ascoz[3], M. Más Llull[4], J. Llopis Arnau[5], G. Vila Castillo[6], R. Ferrando Carbo[3], M. Peris Godoy[3]

[1]Atención Primaria. CS de Denia
[2]Atención Primaria. CS de Ondara
[3]Departamento de Salud de Denia
[4]Hospitalización a Domicilio, 5Atención Primaria. CS de Jávea
[6]Medicina Interna. Hospital Marina Alta. Dénia (Alicante)

OBJETIVOS

El abordaje de los pacientes con enfermedades crónicas es una de las prioridades de nuestro sistema sanitario debido al aumento de la esperanza de vida (84,6 años en mujeres y 78,5 en varones) y el envejecimiento de la población (según estimaciones de Naciones Unidas en el año 2050 el porcentaje de personas mayores de 65 años será de un 27% a nivel mundial. En España este porcentaje asciende hasta el 35%). Nos propusimos establecer estrategias encaminadas al abordaje de la cronicidad que mejoren la calidad de la atención sanitaria, los resultados clínicos y el consumo de recursos sanitarios.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio se realizó en el Departamento 13 de la Comunidad Valenciana que atiende a una población aproximada de 160.000 habitantes. La determinación de estrategias se realizó a través de un grupo multidisciplinar compuesto por profesionales sanitarios (Profesionales médicos, Profesionales de Enfermería y Personal de Apoyo) de los distintos ámbitos (Dirección, Atención Primaria y Atención Especializada) y personal no sanitario (Sistemas de Información y Tecnologías. Para el análisis de priorización se tuvieron en cuenta las siguientes dimensiones: prevalencia de patología, integración asistencial, efectividad clínica y seguridad del paciente.

RESULTADOS

El análisis nos indica las Patologías Crónicas como líneas estratégica en nuestro departamento (Insuficiencia Cardiaca: 0,87% y 506 Ingresos anuales, EPOC: 2,49% y 541 ingresos anuales, DM: 7,48 y HPL: 21,71%). Las estratégicas de abordaje son las siguientes: - Desarrollo de elementos de control analítico al Facultativo de Atención Primaria: Remisión a cada facultativo del departamento de los pacientes de su cupo con cifras de colesterol > 300 mg/dL, glicohemoglobinas > 8 % y hemoglobina < 9 g/dL para realizar seguimiento de dichos pacientes. - Desarrollo de elementos de control frecuenciación al Facultativo de Atención Primaria: Remisión a cada facultativo de los pacientes de su cupo que han ingresado en el último año en el hospital con el diagnóstico de EPOC con el fin de realizar seguimiento de los mismos (visitas programadas, verificación del correcto uso de dispositivos para inhalación, seguimiento telefónico). - Desarrollo de elementos de mejora de comunicación entre Atención Primaria y especializada: Notificación instantánea de las altas hospitalarias (ingresos hospitalarios + asistencia en urgencias). - Implantación de un programa de crónicos para pacientes con insuficiencia cardiaca (perfectamente estructurado, con una población diana identificada y estratificada y un equipo de profesionales integrado: facultativo de AP, enfermera de AP, enfermera de enlace, enfermera gestora de casos, internista de referencia y farmacéutico de AP).

DISCUSIÓN

Hemos definido una serie de indicadores (para evaluar la efectividad de las estrategias implantadas en nuestro departamento) en relación a ingresos hospitalarios, visitas a urgencias, mejora en los resultados analíticos, satisfacción de los pacientes y mejora en la calidad de vida que estamos seguros arrojarán los resultados esperados que confirmarán que estamos haciendo un correcto abordaje de nuestros pacientes frente al problema de la cronicidad.

CONCLUSIONES

Dada la situación actual y los cambios demográficos previstos así como el aumento de las enfermedades crónicas, nos vemos obligados introducir cambios en nuestra forma de trabajar actuando de manera proactiva e integrando los diferentes dispositivos asistenciales con el fin de garantizar la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario.

A-11 PROGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL DPTO. DE SALUD DE DENIA

A. Calcedo Ascoz, M. Peris Godoy, M. Vidosa Acín, G. Vila Castillo, M. Ferrando Carbo, J. Llopis Arnau, M. Mas Llul, C. Espin Abellán
Departamento Salud Denia. Hospital de Denia. Denia (Alicante)

OBJETIVOS

Los objetivos de nuestro Departamento alineados con la Agencia Valenciana de Salud son los siguientes: Conocer la morbilidad de los pacientes crónicos de insuficiencia cardiaca (IC) y el nivel de evolución de su enfermedad. Adecuar la asistencia a las necesidades del paciente crónico, según la gravedad de su enfermedad. Informar del nivel de cuidados y manejo de signos y síntomas al paciente y a su entorno familiar para corresponsabilizar al paciente. Incorporar la figura de la enfermera gestora de casos y la de las enfermeras de enlace en el Dpto.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha hecho un análisis del CMBD con los ingresos de los años 2009, 2010 y primer semestre 2011. Se han analizado los ingresos hospitalarios mediante la segmentación de patologías crónicas (CIE-9-MC). Se han estratificado los ingresados por insuficiencia cardiaca de julio-10 a junio-11 en tres grupos según pirámide de riesgo de Kaiser, según número de ingresos y la escala CARS. Gestión y manejo de estos pacientes según grupo de riesgo por gestora de casos, por enfermería de enlace y por los EAP.

RESULTADOS

El departamento atiende a una población en torno a 160.000 personas. En el año 2010, los ingresos hospitalarios de patologías crónicas basada en la clasificación CIE-9-MC fueron 2555 pacientes, distribuidos en 2452 con 1 ó 2 ingresos y 103 con más de dos ingresos al año. En

2010, se han identificado 1161 diagnósticos de IC en atención primaria (prevalencia anual). 421 Ingresos hospitalarios por IC correspondientes a 360 pacientes. El 14,4% de los pacientes con insuficiencia cardiaca han sido hospitalizados más de una vez. El mayor porcentaje de reingresos de los pacientes que han sido diagnosticados con insuficiencia cardiaca se realizan entre los 30 y 90 días de su alta. Entre segundo semestre de 2010 y primer semestre de 2011 ingresaron 324 pacientes por IC en 404 ingresos. El 19,8% ingresó más de una vez en ese periodo. Se identificaron en atención primaria 1176 diagnósticos de IC (prevalencia 2011). Tras la estratificación de este último periodo resultaron 63 pacientes del grupo tres (5%), 228 pacientes del grupo dos (19%) y 885 pacientes del grupo uno de la pirámide de riesgo (75%). El programa de gestión del paciente crónico para IC inició en agosto de 2011, y ya habían fallecido casi un 15% de los pacientes sobre todo de los grupos 2 y 3.

DISCUSIÓN

Los pacientes con grado avanzado de IC precisan un mayor nivel de cuidados para prevenir recaídas, reingresos y pérdida de calidad de vida. Estratificar permite conocer a qué pacientes debemos dispensar más cuidados, a qué pacientes debemos informar con más insistencia de posibles signos o síntomas de alarma en su enfermedad. En estos pacientes de nivel 3, la accesibilidad del paciente al profesional es de importancia capital. La figura de la gestora de casos en el programa permite un seguimiento más cercano de los pacientes más evolucionados y su comunicación con el internista puede dar respuesta ágil a los problemas que puedan surgir.

CONCLUSIONES

En un escenario de mayor envejecimiento poblacional y aumento de prevalencia de enfermedades crónicas, es necesario saber a quién dar cada nivel de cuidados. Aplicar las tecnologías de la información para conocer los ingresos en el hospital es la base para estratificar los pacientes más graves o del grupo tres de la pirámide. A medio plazo podremos saber cómo las líneas aplicadas han disminuido ingresos, mortalidad y han mejorado calidad de vida.

A-12 BALANCE BENEFICIO-RIESGO DE LOS BISFOSFONATOS

E. Moreno Sánchez[1], J. Pinilla Sánchez[2], P. Serrano Velasco[1]
[1]*Servicio de Farmacia,* [2]*Director Gerente. Gerencia de Atención Primaria. Segovia*

OBJETIVOS

Promover la reevaluación de la relación beneficio-riesgo del uso de bifosfonatos en pacientes que llevan más de 5 años en tratamiento, en base a la Nota Informativa de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) sobre el riesgo de fracturas atípicas de fémur asociadas al uso prolongado de estos fármacos.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: Estudio descriptivo longitudinal. Ámbito: Área de Salud de Segovia. Población: Pacientes que inician tratamiento con bifosfonatos en año 2006 o anterior y continúan en 2011. Fuentes de datos: Sistema de Información de la Prestación Farmacéutica; encuesta dirigida a médicos prescriptores. Intervención: envío individualizado a los facultativos de díptico informativo sobre evidencias en el tratamiento de la osteoporosis, Nota Informativa de la AEMPS y relación de pacientes de sus respectivos cupos afectados por dicha alerta, solicitando revisión del balance beneficio-riesgo del tratamiento con bifosfonatos. Fecha de intervención: Mayo 2011. Variables: Edad y sexo de los pacientes. Tratamiento post-intervención. Número personas/1000habitantes/día ajustado por edad y sexo (DHDaj) en tratamiento con medicamentos para la prevención de fracturas osteoporóticas (FO). % bifosfonatos y % otros fármacos sobre el total.

RESULTADOS

Total pacientes en tratamiento con medicamentos para la prevención de FO antes de la intervención: 3.393; 87,4% con bifosfonatos, de los cuáles 17,2% llevaban más de 5 años (93,9% mujeres; grupos de edad: 2,5%<60 años, 52,4% 60-80 años, 45,1% > 80 años). Tras la intervención, se retira el tratamiento a un 38,6% de los pacientes que llevaban más de 5 años con bifosfonatos, se mantiene su uso en un 59,3% y a un 2,1% se le prescribe otro fármaco (10 Ranelato de Estroncio y 1 Hormona Paratiroidea). -DHDaj post vs pre-intervención: 29,64 vs 32,27 (p=0,012).-% bifosfonatos post vs pre-intervención: 87,56% vs 89,38% (p=0,001). -% otros fármacos para la prevención de FO post vs pre-intervención: 12,44% vs 10,62% (p=0,001).El 41,2% de los profesionales que responden la encuesta (42,5%) desconocía el riesgo de fractura atípica de fémur con bifosfonatos y el 98% considera útil recibir la relación individualizada de pacientes susceptibles de revisión de sus respectivos cupos.

DISCUSIÓN

Los bifosfonatos son los fármacos de elección en la prevención de las FO, pero los datos de seguridad derivados de su uso prolongado hacen que deban utilizarse sólo si el balance beneficio-riesgo es favorable.

CONCLUSIONES

-La intervención realizada ha propiciado la revisión y reevaluación de los tratamientos para la osteoporosis en un elevado número de pacientes, produciéndose una reducción en el número de pacientes tratados.-La autoevaluación de las historias clínicas por los propios médicos, en el marco de intervenciones específicas, puede ayudar a los profesionales a detectar tratamientos no adecuados y a llevar a cabo las acciones correctoras oportunas. -Los profesionales han expresado su satisfacción con la intervención, en especial con el hecho de recibir deforma individualizada la relación de pacientes susceptibles de revisión. -Se debe vigilar la desviación de la prescripción hacia otros fármacos diferentes a los bifosfonatos, que siguen siendo los medicamentos de elección si el riesgo de FO es elevado y no existe contraindicación de uso.

A-13 CRÓNICOS, VULNERABLES E INSTITUCIONALMENTE DISCRIMINADOS

N. Marín-Gámez, H. Kessel, B. Cervantes
Servicio de Medicina. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas. Almería

OBJETIVOS

Describir resultados continuados de un programa clínico de servicios múltiples, entre hospital-comunidad (programa \"H2H\", Hospital "to" Home) sobre una cohorte de pacientes mayoritariamente ancianos, crónicos y vulnerables que pretende aumentar en la transición del alta la red de seguridad "del día de después". Base de datos clínicos con pacientes de entorno real. Formulación de hipótesis sobre datos empíricos.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio evaluativo sobre una cohorte prospectiva que registra 4 años (2008-2011). Tamaño muestral: 3373 casos. Elegibles: enfermos con alta comorbilidad ingresados en un hospital público de referencia provincial del sureste andaluz. Caracterización previa: Edad 75,81; rango: 32-99; el 88% geriátricos. Sexo: 48% M, 52% H. Comorbilidad: 5,71 disfunciones orgánicas y 5,1 procedimientos. Polifarmacia: 9.1 fármacos/caso. Un 39% sufrían deterioro cognitivo variable (E.Pfeifer>4). El 81% eran dependientes (I. Barthel <60). Participantes: enfermos con estrategia H2H entre Hospital y Comunidad. Estadística descriptiva.

RESULTADOS

De 3373 casos 2320 se atendieron con la estrategia referida. Fallos cardíaco, respiratorio; diabetes, enfermedad vascular, postoperatorios de cirugía mayor (vascular, COT, neurocirugía, digestiva…), malnutrición, infecciones asociadas, delirium, daño encefálico, alteraciones del medio interno y combinaciones diversas de disfunciones multiorgánicas son las condiciones médicas habituales. Mortalidad hospitalaria >10%. Reingresaron 3 veces más que nuestro estándar. Los destinos fueron: 80,1% domicilio, con una red de seguridad: 80,6% DUE enlace; 30% trabajo Social y 24% intervención de RHB. A menudo necesitaron > 2. En el 7 % se requirió media estancia. En residencia pública, y dado la escasez de plazas libres, el 2,6%. Activar una estrategia H2H supone un coste estimado adicional de 36 euros/caso según costes/hora del mix profesional (sesión semanal de 1 hora).

DISCUSIÓN

En nuestro medio de trabajo una cuarta parte de los pacientes tienen más de 4 enfermedades crónicas, consumen ¾ partes de los recursos y se enfrentan al último cuarto del partido de su vida. No menos del 75% de los ingresados sufren 4-5 condiciones médicas crónicas. En ellos la muerte puede depender tanto de la escasa reserva funcional residual como de los errores y negligencias tolerados, principalmente por decisiones de unos profesionales que fracasan en la atención adecuada, tempestiva y eficaz, como de una gestión que refleja indiferencia ante el infortunio. Estos pacientes requieren un seguimiento tempestivo el día después del alta que evite la fragmentación, mitigue la probabilidad del reingreso, consolide que la información llegue a comunitaria desde el hospital, que sea compartida de hecho, y, obviamente, ofrezca ayuda a enfermos y familiares con el objetivo de reducir complicaciones costosas y debilitantes. "El status quo" es la suboferta que implica la exclusión, de alguna manera, del circuito común de atención (es decir del acceso a la tecnología y, eventualmente, a intervenciones efectivas); la ubicación en "unidades de bajo perfil tecnológico" con la excusa del predominio de los cuidados sobre el tratamiento; de la limitación directa o indirecta de actuaciones médicas potencialmente efectivas…Es obligado, no obstante, probar que esta estrategia aporta realmente un VALOR AÑADIDO y respeta preferencias.

CONCLUSIONES

La estrategia H2H aporta un mix profesional como un esfuerzo cooperativo. La planificación conjunta del alta, una transición más segura –una red- es una respuesta posible ante el creciente número de casos similares. El perfil de esta "cohorte" es de alta complejidad y, coherentemente, estos pacientes deberían ser considerados prioritarios o será inevitable la discriminación Institucional, tal vez la forma más extendida (pero silenciada) e injusta de maltrato, un abuso "condonado" por una sociedad que aspira a ser "decente". Se impone un cambio de paradigma ante estos enfermos crónicos, con relaciones médicas y humanas complejas, difíciles, a menudo imposibles…,y, sobre todo, un cambio de actitud, que no estigmatice ni segregue a quienes más consumen, simplemente porque más necesitan...A fin de cuentas, una sociedad civilizada es, ante todo, aquella que presta mayor atención a los más vulnerables.

A-14 DESARROLLO DE UN MODELO POBLACIONAL PARA EL ABORDAJE DEL PACIENTE CRÓNICO EN UN ÁREA SANITARIA

B. Torres Verdú[1], C. Galán Retamal[2], M. García Ordóñez[3], R. García Cisneros[1], F. Aguilera Aguilera[5], F. Pozo Muñoz[6]
[1]*UGC Antequera Estación,* [2]*UGC Farmacia,* [3]*UGC Medicina Interna,* [5]*Servicio Sistemas de Información,*
[6]*Unidad Calidad. Área Sanitaria Norte de Málaga. Antequera (Málaga)*

OBJETIVOS

Estratificar la población crónica de un área sanitaria e identificar intervenciones para cada estrato que vayan desde la promoción del autocuidado a la gestión del caso.

MATERIAL Y MÉTODO

A través de los sistemas de información del área, se obtiene la población diana del estudio, compuesta por: Pluripatológico: Según la definición del proceso asistencial de la Consejería de Salud de Andalucía.

Polimedicado: Paciente en tratamiento con 6 o más medicamentos durante 6 o más meses. Paciente frágil: Según Índice de Fragilidad o Harp modificado y con Índice de Barthel menor de 60 (dependencia moderada a total). A esta población se le añaden criterios de riesgo (CR) determinados en los últimos 12 meses: -Uno o más ingresos hospitalarios -En seguimiento por 2 o más especialidades hospitalarias distintas. -Seis o más visitas a urgencias hospitalarias -Doce o más visitas a atención primaria (AP) (Médico/Enfermera) A través de un grupo de mejora y mediante método Delphi, distintas acciones de mejora definidas previamente, se priorizan para su implantación en uno o varios estratos de la población.

RESULTADOS

Estratificación en 4 niveles: La población total del área asciende a 115,100 habitantes. Nivel 1: Paciente Pluripatológico y/o polimedicado sin CR: 1,87% (n=2.164) Nivel 2: Paciente Pluripatológico y/o polimedicado con 2 o más CR: 1,17% (n=1.357) Nivel 3: Pacientes frágiles y dos o más CR: 0,35% (n=404) Nivel 4: Pacientes frágiles y polimedicados o pluripatológicos con dos o mas CR: 0,15% (n=184) Ejemplos de acciones de mejora por estrato: A todos los niveles: Priorizar acciones formativas dirigidas a los profesionales. Niveles 1 y 2: Formación de los profesionales en entrevista motivacional. Niveles 2,3 y 4: Habilitar vías de comunicación estructuradas. Nivel 3,4: Talleres dirigidos a cuidadoras.

DISCUSIÓN

Hasta la fecha en nuestra área se prestaba una atención sanitaria centrada en el sistema, con lo que el impacto de nuestras intervenciones no era el esperado. En la actualidad estamos trabajando en modelos de atención al paciente crónico que incluyen un abordaje integral, siendo fundamental como punto de partida la estratificación de la población.

CONCLUSIONES

Clasificar, estratificar y delimitar nuestra población diana, nos permitirá establecer acciones concretas sobre pacientes perfectamente identificados y con ayuda de los sistemas de información, monitorizar los datos concernientes a cada paciente, mediante indicadores de evaluación acordados para cada nivel de la pirámide.

A-15 PERFIL DE LAS ALTAS EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS DE LA ÚLTIMA DÉCADA. DIFERENCIAS ENTRE LOS HOSPITALES DEL SERVICO DE SALUD PÚBLICO DE ANDALUCÍA

D. Nieto Martín[1], L. De la Higuera Vila[1], M. Bernabeu Wittel[1], J. Goicoechea Salazar[2], D. Larocha Mata[2], A. Díaz Martines[3], M. Ollero Baturone[1]

[1]*UCAMI. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla*

[2]*Servicio de Producto Sanitario. Servicio Andaluz de Salud*

[3]*Servicio de Documentación Clínica. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla*

OBJETIVOS

Describir las diferencias que existen en el perfil de pacientes mayores de 75 años que son dados de alta en los hospitales del Sistema de Salud Público de Andalucía en la última década, en función del tipo de centro hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo tras analizar todas las altas de los hospitales del Sistema de Salud Público de Andalucía desde el año 2000 al 2010, seleccionando los casos con edad≥75 años. Se estudia su distribución por grupos de edad, sexo, estancias y mortalidad, según el tipo de hospital. Los hospitales se han dividido en 4 tipos en función de la complejidad, siendo el tipo 1 el de mayor complejidad. Los datos han sido proporcionados por el Servicio de documentación Clínica del Hospital Virgen del Rocío y por el Servicio de Producto Sanitario del Servicio Andaluz de Salud.

RESULTADOS

De las 6.198.971 altas analizadas, 1.060.346 fueron en mayores de 74 años. Observamos un incremento en la tasa de ingresos en mayores de 75 años en todos los tipos de hospitales, del 36%, 42.8%, 97.4% y 44.6%, respectivamente. La estancia media descendió solo en los hospitales tipo 1, un 17.20%, sufriendo un incremento en los tipo 3 y 4 del 5% y 4.8 % respectivamente, en los tipo 2 no se modificó La tasa de mortalidad descendió en los hospitales tipo1 un 3.9%, sin embargo se incrementó en el resto un 3,4 %, 23% y 21,3% en los de tipo 2, 3 y 4 respectivamente. Pero la tasa global de mortalidad, en estos 10 años, sigue siendo superior en los tipo 1, descendiendo progresivamente hasta el tipo 4, como se reflejan en los resultados: 13.1%, 12.3%, 12.0% y 11.8% respectivamente.

DISCUSIÓN

El incremento en el número de altas de los sujetos mayores de 75 años se produce de forma general en todos y cada uno de los hospitales del SSPA, con independencia de su complejidad, traduciendo los cambios demográficos tanto por el envejecimiento como por la inversión de la pirámide poblacional. La estancia media y la mortalidad siguen siendo superiores en los hospitales de mayor complejidad, aunque haya descendido en los de tipo 1 durante los últimos 10 años. Este cambio en el perfil de pacientes atendidos en nuestro sistema sanitario nos debería llevar hacia cambios organizativos asistenciales que garanticen la calidad de los cuidados

CONCLUSIONES

Estos datos permiten poner de manifiesto que nuestros hospitales de agudos se están convirtiendo en hospitales de pacientes crónicos con eventos agudos y especialmente de enfermos con múltiples enfermedades crónicas. Este hecho obliga a replantear la organización y las prioridades dentro del hospital en el marco de las recomendaciones generales de los modelos de atención a pacientes con enfermedades crónicas.

A-16 CARACTERÍSTICAS DE LAS ALTAS HOSPITALARIAS EN SUJETOS MAYORES DE 75 AÑOS DURANTE LA ÚLTIMA DÉCADA EN LOS HOSPITALES DEL SERVICIO DE SALUD PÚBLICO DE ANDALUCÍA

J. Praena Segovia[1], D. Nieto Martín[1], M. Ollero Baturone[1], D. Mendoza Giraldo[1], J. Goicoechea Salazar[2], D. Larocha Mata[2], A. Díaz Martines[3]

[1]UCAMI. Medicina Interna., [3]Servicio de Documentación Clínica. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

[2]Servicio de Producto Sanitario. Servicio Andaluz de Salud

OBJETIVOS

Describir el perfil de pacientes mayores de 75 años que fueron dados de alta en los hospitales del Servicio de Salud Público de Andalucía durante la ultima década.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo tras analizar todas las altas de los hospitales pertenecientes al Servicio Sanitario Público de Andalucía, desde el año 2000 al 2010, seleccionando los casos con edad≥75 años. Se estudia su distribución por grupos de edad, sexo, GRDs al alta, estancias, servicios que los atienden y mortalidad. Los datos han sido proporcionados por el Servicio de Documentación Clínica del Hospital Virgen del Rocío y por el Servicio de Producto Sanitario del Servicio Andaluz de Salud.

RESULTADOS

De las 6.198.971 altas analizadas durante el periodo 2000-2010, 1.060.346 fueron en mayores de 75 años, lo que representa el 17.1%, observando, por otro lado, que el número global de altas en este mismo periodo descendió un 5.75%, siendo el descenso en el número de altas hospitalarias en menores de 75 años del 14,15%. La edad media de todas las altas de mayores de 75 años se incrementó en un 0.62%, siendo de 80.92 en el año 2000 y 81.42 en el 2010. El peso relativo en puntos GRD sobre el total de las alas se elevó en un 49,4% (desde 18 hasta 26,9 puntos). En cuanto a la tasa de mortalidad hubo un ascenso desde el 11.9% al 12.3% (3.4%). Del total de ingresos un 21.35% fueron programados, mientras el 78,75% fueron urgentes, hasta un 8% procedían de consultas. La relación de la cronicidad con la edad queda claramente establecida. De los pacientes menores de 45 años solo el 12,65% padecen un proceso crónico y solo el 1,54% son pluripatológicos. Por el contrario, entre los mayores de 45 años el 69,23% sufren una enfermedad crónica y el 29,71% son pluripatológicos.

DISCUSIÓN

Frente al descenso del número total de altas hospitalarias en Andalucía, en el caso de los servicios de Medicina Interna, es de destacar que el número de altas se ha incrementado un 23,64 %. Sin embargo, mientras que los enfermos sin cronicidad han descendido un 23 % los enfermos pluripatológicos se han incrementado un 94,83%. De esta forma en la actualidad el 83,57% de los enfermos de Medicina Interna tienen una enfermedad crónica y el 48,24 % son pluripatológicos. El 38,47% de los enfermos pluripatológicos que son atendidos en los hospitales del SSPA son atendidos en el servicio de Medicina Interna.

CONCLUSIONES

Los cambios demográficos caracterizados por el envejecimiento de la población, así como la inversión de la pirámide poblacional, están modificando el perfil de los enfermos atendidos en nuestro sistema sanitario, aumentando de forma llamativa el número de altas en pacientes mayores de 75 años. Ha aumentado la edad media de los enfermos, la complejidad y la tasa de mortalidad, con una ligera reducción en la estancia media. Hechos con nos tienen que llevar a reflexionar sobre la reorganización de los sistemas sanitarios, adaptándonos a la nueva realidad poblacional.

A-18 CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN DIABETES MELLITUS TIPO 2: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SISTEMATIZADA

M. Sánchez Hernández, M. Rodríguez Caldero, P. Martín Pérez, E. Espinosa de Godos, E. Jiménez Beneite, A. Cócera García

Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. Valladolid

OBJETIVOS

•GENERAL: Revisar el conocimiento actual sobre cumplimiento terapéutico de la Diabetes Mellitus tipo 2(DM2) para el estudio DM2-CUMCYL •ESPECÍFICOS1.Conocer el grado de cumplimiento en cuanto a recomendaciones en el estilo de vida: alimentación y ejercicio físico, y en cuanto al tratamiento farmacológico: antidiabéticos orales e insulina. 2. Analizar los factores implicados en el incumplimiento del plan terapéutico. 3. Identificar el nivel de evidencia de los artículos seleccionados

MATERIAL Y MÉTODO

La revisión se realizó de forma sistematizada en las bases de datos bibliográficas de Medline a través de PubMed, IBECS, LILACS, y la Biblioteca Cochrane, a las que se accedió a través de la Biblioteca Virtual del Portal de Salud de Castilla y León. Los criterios de inclusión para la selección de artículos fueron: •Artículos publicados con posterioridad al año 2000 •Población adulta, incluyendo ambos sexos, y diagnosticados de DM2 •Referidos al cumplimiento terapéutico, estilo de vida o tratamiento farmacológico, en pacientes con DM2 •De alta evidencia científica (RS, metaanálisis, ECAS y Cohortes) •Lengua de publicación original: inglesa o española •Indexados y publicados en revistas con alto índice de impacto. En PubMed se usaron cómo límites los criterios de inclusión, y se alternaron los términos MeSH \"Diabetes Mellitus, Type 2\" y \"Patient Compliance\" y las palabras \"medication adherence\", \"life style\", \"diet\", \"systematic review\", \"adherence medication\" y \"diabetes type 2\" en el título con el

boleano AND. En IBECS se utilizaron \"diabetes\" y \"adherence\" como palabras. En LILACS \"diabetes tipo 2\" y \"adherence\" como palabras y en la Biblioteca Cochrane \"diabetes\" y \"adherence\" en el título. La última búsqueda se realizó en agosto de 2011

RESULTADOS

En PubMed se realizaron 14 búsquedas diferentes generando un total 93 artículos que en su mayoría se habían generado en búsquedas anteriores, por lo que se seleccionaron un total de 9 artículos (1 meta-análisis, 1 revisión sistemática y 7 ensayos clínicos). Las búsquedas realizadas en IBECS, LILACS y la Biblioteca Cochrane generaron un total de 91 artículos de los que se seleccionó 1 artículo (estudio transversal). En este caso, al acotar menos la búsqueda, la mayoría se descartaron por no cumplir los criterios de inclusión

DISCUSIÓN

Los artículos revisados confirman que la adherencia a un estilo de vida saludable está disminuyendo en los países desarrollados, pues la mayoría de estos pacientes tienen sobrepeso y no siguen las recomendaciones sobre actividad física y dieta. En cuanto al tratamiento farmacológico, la polimedicación o planes farmacológicos complejos disminuyen el cumplimiento. No parece influir en el cumplimiento la diferencia racial y que el paciente participe en la decisión de su tratamiento. La diversidad cultural y demográfica, las intervenciones educativas multidisciplinares y algunos fármacos que contribuyen a la pérdida de peso sí que parecen influir en la mejora del cumplimiento

CONCLUSIONES

1. La adherencia al estilo de vida y al tratamiento farmacológico en los pacientes con DM2 es baja en los países desarrollados. 2. La polimedicación dificulta el cumplimiento terapéutico. 3. Las intervenciones educacionales realizadas por equipos multidisciplinares de profesionales sanitarios entrenados mejoran el cumplimiento del plan terapéutico de estos pacientes

A-19 ABORDAJE DE REDUNDANCIAS TERAPEÚTICAS

M. Cortés Molina[1], M. Rodríguez Melgarejo[1], M. Ordóñez Ruiz[1], D. Rodríguez Alonso[1], A. González Fábrega[3], A. Santos García[2]

[1]Atención Primaria. C.S La Chana. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

[3]Centro de Salud Almanjáyar. Complejo Hospitalario Virgen de las Nieves. Granada

[2]Servicio de Obstetricia. Hospital Universitario San Cecilio. Granada

OBJETIVOS

Conocer el volumen de redundancias y analizar su naturaleza. Tras el análisis corregir aquellas redundancias que puedan influir negativamente sobre el proceso de salud, y justificar aquellas que sean justificables.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de auditoría: interna tipo \\\"self audit\\\" Unidades de estudio (Población): cuatro consultas del Centro de Salud de La Chana con 6413 usuarios adscritos. El marco poblacional fue la totalidad de prescripciones electrónicas en receta XXI de la población de referencia. De este total se identificaron 160 pacientes con redundancias detectadas mediante las aplicaciones informáticas del distrito sanitario: FARMA, Mycrostrategy y Diraya. Criterios:1.Ningún paciente debe presentar duplicidad,2.Ningún paciente debe presentar cronificación de tratamientos agudos en receta XXI,3.Todo paciente en tratamiento con analgésicos, antiinflamatorios o fármacos que requieran dosis de rescate deberán ser prescritos, en receta XXI, según una pauta de consumo mensual Se evalúa la competencia profesional y la seguridad del paciente Estándar:90% Indicador, numerador: nº de pacientes con problemas de prescripción comunicados- nº de pacientes de los comunicados que continúan con el problema al final del periodo de monitorizaciónx100,y denominador: nº de pacientes con problemas de prescripción comunicada

RESULTADOS

El porcentaje de redundancias observado para la población de estudio fue del 2,49%(160 pacientes); de estas redundancias fueron justificadas el 45,62%, mayoritariamente por prescripción indicada por especialista de 2º nivel Asistencial (69 casos del total de 73 redundancias) o por forma galénica o posología que facilitaba la adherencia terapéutica. Del total de redundancias no justificadas (54,37%) se han corregido el 100%; siendo las causas de no justificación: duplicidad (30,62%), cronificación (11,87%) y prescripción de pauta fija en vez de variable (11,87%).

DISCUSIÓN

La observación más relevante del trabajo ha sido que una de cada dos redundancias no son justificables y pueden ser corregidas internamente por el propio equipo de AP; pero que en el otro 50% de redundancias su prevención y corrección requeriría la colaboración con otros profesionales de otros niveles asistenciales que intervienen en dicha prescripción. No obstante, cuando hablamos de redundancias y seguridad del paciente hemos de considerar que este trabajo se basa en la prescripción médica en receta electrónica XXI y no siempre esta prescripción se corresponde con el verdadero uso-utilización de fármacos por parte del paciente. Sería interesante evaluar en que medida la prescripción en recta XXI incluye la medicación que el paciente está utilizando y en que medida el paciente utiliza realmente la medicación prescrita.

CONCLUSIONES

La monitorización y evaluación de las redundancias terapéuticas en A. Primaria permite establecer medidas de mejora que afecta a la seguridad del paciente. En nuestro estudio el equipo de A. Primaria mediante una estrategia de calidad identificó un 50% de redundancias no justificables. El que más del 50% de redundancias sean por prescripción de otros especialistas

subraya la necesidad de consensuar con otros profesionales implicados en la prescripción. Finalmente y a la vista de los resultados del estudio y las consecuencias de las posibles mejoras en seguridad, se está diseñando para su implantación un sistema de vigilancia y alerta, con identificación de circuitos y de responsables para llevarlo a cabo.

A-20 EVALUACIÓN DEL MODELO DE COLABORACIÓN ENTRE PROFESIONALES EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA

I. Berraondo Zabalegui[1], C. Castellanos Sáenz[1], R. Nuño Solinis[2], I. Pérez Irazusta[1], R. Sauto Arce[2], N. Toro Polanco[2], M. Lasa Goñi[1], E. Litago Sola[1]
[1]*Osakidetza. OSI Bidasoa. Hondarribia (Guipúzcoa)*
[2]*O+Berri. Sondika (Vizcaya)*

OBJETIVOS

Validar un modelo de análisis del modelo de colaboración entre profesionales de Atención Primaria y Especializada que sirva para evaluar las estrategias para avanzar en colaboración entre profesionales Identificar áreas de mejora en el modelo de colaboración

MATERIAL Y MÉTODO

Se utiliza como referencia para analizar la colaboración interprofesionales la propuesta de D'Amour, que identifica 4 dimensiones. A partir del modelo se ha elaborado una encuesta de 10 ítems que permitió explorar en mayo 2009 la colaboración entre profesionales de la comarca de AP (Ekialde) y el Hospital Bidasoa. En Enero 2010 se integran en una organización única (OSI Bidasoa) los profesionales de los dos niveles. En Enero 2011 se encuesta de nuevo a todos los profesionales médicos y enfermeras de AP así como especialistas del Hospital con una encuesta modificada con O'Berri a partir de la encuesta inicial. Los resultados de este último estudio se utilizarán en la validación del cuestionario.

RESULTADOS

Con las reservas metodológicas derivadas de las modificaciones introducidas en la encuesta se aprecia un avance global en todos los ítems del modelo de relación/colaboración, reflejando el impacto positivo de las estrategias desplegadas para mejorar la colaboración entre profesionales. No se aprecian diferencias significativas entre médico y enfermeras de AP en lo que se refiere a la situación de colaboración entre los dos niveles. Los especialistas del Hospital tienen una visión de la colaboración entre profesionales relativamente más débil que los médicos de familia.

DISCUSIÓN

La colaboración interprofesional es clave para proporcionar a los pacientes y en especial a los crónicos una atención integrada. Para avanzar en políticas integradoras se hace necesario un marco de referencia para el análisis del modelo de colaboración y del impacto en este de las políticas y estrategias desplegadas.

CONCLUSIONES

La encuesta elaborada, en fase de validación, a partir del modelo de colaboración propuesto por D'Amour permite analizar de forma sencilla y rápida las 4 dimensiones de la colaboración entre profesionales propuestas en el modelo. Permite además identifica las diferentes perspectivas entre los grupos profesionales y puede ayudar en la mejora continua del modelo de colaboración y relación entre profesionales.

A-21 INGRESO DIRECTO DE ENFERMOS CRÓNICOS EN ATENCIÓN INTERMEDIA SOCIO-SANITARIA COMO ALTERNATIVA A LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL EN HOSPITAL DE AGUDOS

J. Prieto[1], D. Colprim[1], R. Martin[2], M. Parer[2], L. Espinosa[1], M. Inzitari[1]
[1]*Unidad Convalecencia. Hospital Socio-Sanitari Pere Virgili. Barcelona*
[2]*Equipo de atención Primaria. ABS Vallcarca-Sant Gervasi. Barcelona*

OBJETIVOS

La atención intermedia en unidades de convalecencia de un hospital socio-sanitario podría representar una alternativa al hospital de agudos para pacientes geriátricos con patologías crónicas. En una determinada área básica de Barcelona, valoramos el ingreso directo en este nivel asistencial de pacientes con descompensación de patologías crónicas y/o prevalentes derivados por un equipo experto en atención domiciliaria de enfermos crónicos. Pretendemos comparar características basales y resultados al alta entre pacientes ingresados directamente (grupo ID) con aquellos de la misma área geográfica de referencia ingresados por motivos similares tras el paso por un hospital terciario (grupo IH).

MATERIAL Y MÉTODO

De los ingresos de las áreas básicas Vallcarca-Sant Gervasi (enero 2010-noviembre 2011) recogimos, al ingreso en hospital sociosanitario, información demográfica y social (vivir solo), comorbilidad (I. Charlson), número de fármacos crónicos, función global (I. Barthel), cognitiva (Pfeiffer SPMQ) así como el riesgo de caídas (Escala de Dowton) y úlceras por presión (Escala Emina). Al alta, registramos el destino y los días de estancia.

RESULTADOS

De 66 ingresos (edad promedio + DE= 85 + 8,5, 65% mujeres, con discapacidad leve-moderada [Barthel promedio + DE= 60,9+29,4]), 32 procedían de primaria (ID) y 34 de agudos (IH). El motivo de ingreso era cardiocirculatorio (57.6%, con insuficiencia cardiaca= 45,4% del total), respiratorio (21.2%), digestivo (6.1%) y nefro- urológico (15.2%). No encontramos diferencias en las características basales ni en el riesgo de síndromes geriátricos. Al alta, mortalidad (3 casos en ID Vs 5 en IH, p=0,507), traslado a agudos (4 en cada grupo, p=0,927) y días de estancia en centro socio-sanitario (43+38,9 en ID Vs 47+26,8 en IH, p=0,610) fueron

comparables. El grupo IH había acumulado 204 días de estancia total en hospital de agudos antes de trasladarse.

CONCLUSIONES

Al ingreso en atención intermedia, enfermos procedentes de hospital de agudos y de atención primaria por motivos de ingreso similares, presentaban características homogéneas. Los resultados al alta fueron comparables. Nuestros datos preliminares sugieren que, con una selección adecuada, se podría favorecer el ingreso directo en atención intermedia de enfermos crónicos, reduciendo el consumo de recursos de agudos.

A-22 OPORTUNIDADES Y LIMITACIONES PARA IMPLANTAR UN CAMBIO EN LOS ENFOQUES Y MODELOS ORGANIZATIVOS EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS EN UN DEPARTAMENTO DE SALUD

A. Moral[1], A. Villanueva[1], X. Gómez I Verdeguer[2], S. Fernández[1], E. Rodilla[1], E. Sanz[3], G. Palomar[4]

[1]Gerencia, [2]Centro de Salud de Puzol, [3]Centro de Atención Primaria de Viver, [4]Centro de Atención Primaria de Quartell. Hospital de Sagunto. Sagunto/Sagunt (Valencia)

OBJETIVOS

La pluripatología que sufre una gran parte de los enfermos crónicos de mayor edad, su creciente complejidad, el nuevo papel que se espera desempeñe el paciente para afrontar eficazmente su situación clínica, el sobrecoste de los modelos asistenciales actuales, aconsejan una revisión de los marcos de actuación clínica y social para lograr una respuesta más efectiva y eficiente. El Chronic Care Model (CCM) se ha consolidado como modelo de referencia a la hora de abordar un cambio en las estrategias de atención a la cronicidad. Sin embargo, pese a que existe un amplio consenso en la necesidad de propiciar estos cambios, no siempre es fácil lograrlo ya que o no se comparten las ventajas o existen limitaciones y barreras que lo dificultan. En este estudio afrontamos la identificación de oportunidades y limitaciones que supone la implantación del CCM en un Departamento de Salud de la Comunidad Valenciana.

MATERIAL Y MÉTODO

Se condujo un Grupo Nominal con participación multidisciplinar de 14 profesionales (2 representantes de la Dirección del centro, 3 coordinadores de centros de salud, 3 jefes-responsables de servicios médicos, un responsable de Calidad, el coordinador de urgencias, 3 profesionales de enfermería (enlace hospital y gestores de casos de AP) y el responsable informático. Se analizaron: oportunidades al implantar nuevos enfoques de atención a la cronicidad basados en el CCM y limitaciones para implantar nuevos enfoques de atención a la cronicidad en el Departamento de Salud. En cada caso se definieron preguntas racimo para explorar cuestiones: recursos disponibles y necesarios, enfoques de trabajo que se precisara modificar, perfil competencial de los profesionales, para lograr una atención centrada en el paciente y en cuanto a la gestión del conocimiento. Tras la fase de trabajo individual y discusión en grupo se recurrió a multivoto para jerarquizar y priorizar oportunidades y limitaciones. Se utilizó una escala 1 a 5 (de menor a mayor intensidad de que los profesionales lo consideraran como oportunidad) para jerarquizar las propuestas e ideas elaboradas por el grupo respecto a las oportunidades que supone implantar CCM. Se utilizó una escala 1 a 5 (de menor a mayor intensidad de la limitación) para jerarquizar las propuestas e ideas respecto a las limitaciones y barreras para implantar CCM. Se consideraron intensidad y coeficiente de variación para la jerarquización de ideas.

RESULTADOS

La medida de dispersión (coeficiente de variación) indicó que mientras en el caso de las limitaciones y barreras para implantar CCM existió unanimidad, al identificar las barreras más importantes, no existió la misma coincidencia en la priorización. El grupo esperaba que al implantar CCM se lograran: mejoras relevantes en la atención a los pacientes crónicos (3,64, CV 0,56), un uso más eficiente de los recursos actuales disponibles (3,29, CV 0,60), una mejor comunicación entre profesionales (3,14, CV 0,61). Las principales barreras que debían superarse se concretaban en: lograr implicar y motivar a los profesionales (4,83, CV 0,08), lograr la financiación suficiente (4,5, CV 0,18) y la falta de tiempo por la presión asistencial actual (4,25, CV 0,25).

CONCLUSIONES

Las oportunidades que se derivan de la implantación del CCM no permiten superar con facilidad las limitaciones y barreras identificadas. Según el perfil profesional se subrayan distintos aspectos del CMM aunque se concretan en lograr una más efectiva y eficiente atención a la cronicidad. El contexto económico actual y la presión asistencial son las dos barreras principales para afrontar un cambio real en los esquemas de atención a la cronicidad. Mientras que existe una mayor variabilidad en las oportunidades que se supone se derivan de la implantación del CCM, existe unanimidad en cuanto a las barreras que lo impiden.

A-23 AUTOEVALUACIÓN CON IEMAC DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO PARA LOGRAR UNA MEJOR ATENCIÓN A LA CRONICIDAD CONFORME AL CCM

A. Moral[1], M. Dicenta[1], P. Villanueva[2], J. Martín[1], A. Saura[1], B. Mora[3], I. Such[1], V. Pérez-Jover[4]

[1]Gerencia, [2]Centro de Atención Primaria de Puzol, [3]Centro de Salud Integral de Segorbe. Hospital de Sagunto. Sagunto/Sagunt (Valencia)

[4]Universidad Miguel Hernández. Elche (Alicante)

OBJETIVOS

Existe un amplio consenso en que la atención a los pacientes crónicos requiere de un enfoque multidimensional, proactivo, integral, e integrador que incida no solo en los aspectos clínico-asistenciales. Los pacientes que sufren a la vez varias enfermedades crónicas ven mermada su calidad de vida; los profesionales sienten que no se da una respuesta apropiada; y el sistema sanitario soporta con dificultad el incremento de los costes sanitarios que supone la atención. Mediante la autoevaluación de nuestro enfoque de atención a la cronicidad usando la herramienta IEMAC buscamos establecer metas y objetivos para ofrecer una mejor atención a nuestros pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Autoevaluación con herramienta IEMAC en la que participaron un total de 14 profesionales de los que 2 son representantes de la Dirección del centro (Gerente y Directora de enfermería del Departamento), 3 eran coordinadores de centros de salud del Departamento de Salud de Sagunto, 3 Jefes-responsables de Servicios Médicos del Hospital de Sagunto, un responsable de Calidad, el coordinador de urgencias, 3 profesionales de enfermería (enfermera de enlace hospitalaria y dos enfermeros gestor de casos de atención primaria) y el responsable informático. IEMAC es un instrumento adaptado al sistema sanitario español que se fundamenta en el Chronic Care Model (CCM). Se valoraron las 6 dimensiones del CCM y un total de 80 intervenciones sobre las que existe consenso de su idoneidad. Las puntuaciones y su justificación fueron consensuadas por el grupo, identificando mejoras en las intervenciones que se estaban llevando a cabo en el Departamento y nuevos objetivos

RESULTADOS

Las puntuaciones en los 27 componentes de IEMAC se situaron en los dos tramos iniciales de la escala considerando que: 1. Contamos con un plan de actuación global, integrador y proactivo para mejorar la atención que prestamos a pacientes de las siguientes 4 patologías: EPOC, diabetes, hipertensión e Insuficiencia cardiaca;

2. Que hemos puesto en marcha actuaciones con un despliegue aún limitado: por ejemplo, alianzas con agentes comunitarios o herramientas de autocuidado; 3. Que contamos con actuaciones puestas en práctica con un despliegue amplio pero de las que aún no se han evaluado resultados: por ejemplo, marco estratégico de actuación con un enfoque poblacional, reforzar competencias profesionales, revisión de protocolos y guías, seguimiento activo del paciente, e innovación en las interacciones entre profesionales y pacientes, telemonitorización, o sistemas de información para la gestión clínica. La puntuación alcanzada en IEMAC se sitúa en torno al 20% del total posible

CONCLUSIONES

El CCM es un modelo de referencia que permite de una forma sencilla rediseñar los planes y actuaciones para lograr un abordaje integrador de la cronicidad. La implicación de la atención primaria y de los recursos comunitarios es fundamental para lograr mejoras en la atención a los pacientes crónicos. La evaluación de resultados es un requisito básico para permitir consolidar cambios en los enfoques de trabajo que mejoren la atención que reciben los pacientes crónicos. IEMAC ayuda a identificar metas y objetivos para lograr cambios en los enfoques de atención a la cronicidad

A-24 DESARROLLO DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL ENTRE HOSPITAL Y ATENCIÓN PRIMARIA EN LA COMARCA DEL BAJO DEBA

E. Montero Aparicio[1], N. Gurruchaga Arrillaga[1], J. Taboada Gómez[2], L. Díez Azurmendi[4], J. Egido Arroyo[3], A. Maíz Egaña[1], A. Moreno Rodrigo[1], M. García González[1]

[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Medicina Preventiva, [4]Dirección Médica, [3]Atención Primaria. Hospital de Mendaro. Mendaro (Guipúzcoa)

OBJETIVOS

Plantear un modelo de atención integral del paciente pluripatológico. Describir el desarrollo del programa, las actividades desplegadas y resultados iniciales.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un proyecto de investigación-acción (1 marzo 2011 hasta actualidad), en el que se ha establecido un Plan de Atención Integrada del paciente pluripatológico que abarca diferentes niveles asistenciales (Atención Primaria y Atención Especializada), en el que se ven implicados los distintos estamentos profesionales (médico y enfermería). Este proceso descansa sobre el circuito de comunicación y la relación que se establece entre niveles (médicos y enfermeras de AP con médicos y enfermeras de AE) y en la coordinación entre estamentos (médicos y enfermeras). Los principios generales del modelo son: 1. Identificación y estratificación de riesgo de los pacientes pluripatológicos. 2. Criterios de pluripatología. 3. Valoración integral y plan de cuidados individualizado. 4. Sectorización de internista de referencia. 5. Consulta de alta resolución. 6. Comunicación y relación interniveles. La inclusión de los distintos centros de salud adscritos a nuestro hospital se está haciendo de forma escalonada, contando en la actualidad con dos centros activos. A mediados de 2012 se prevé tener integrados 5 centros.

RESULTADOS

En los nueve meses analizados se han incluido un total de 77 pacientes, pertenecientes a un Centro de Salud. El 41,9% son mujeres y la edad media es 79,8 años (D.E.:7,7 años). La mediana del número de patologías es 2, y un 6,1% cumple 5 criterios. Se han registrado un total de 127 ingresos. En los últimos tres meses el reclutamiento de pacientes ha sido tanto al ingreso, como desde el ambulatorio. Hay comunicación telefónica intercentros al ingreso y al alta de cada episodio y se han realizado 72 llamadas consultoras. En 13 pacientes (8 de ellos

valorados en Urgencias) se ha evitado el ingreso hospitalario. Se han remitido 12 pacientes a consultas rápidas y 3 a Hospital de día. Al alta, 3 pacientes (3,9%) se han trasladado a Hospitalización a Domicilio. Mensualmente se realizan sesiones de ambos niveles asistenciales (AP-AE) en las que participan una media de 10 facultativos y 2 enfermeras.

DISCUSIÓN

Los resultados preliminares son positivos, sin embargo, es necesario más tiempo de estudio para poder extraer conclusiones extrapolables. Los resultados nos ayudarán a estratificar las intervenciones en función del riesgo, ofrecer un plan de cuidados y abordajes terapéuticos individualizados, estableciendo objetivos estratégicos globales en la asistencia a los pluripatológicos.

CONCLUSIONES

Las enfermedades crónicas son un verdadero problema emergente de salud y la demanda de recursos es cada vez mayor. El desarrollo del plan va enfocado a modificar el curso natural de las enfermedades demorando su progresión y mejorando su nivel de salud. Nuestro ámbito de actuación está dirigido a los sistemas de organización de los servicios de salud, con el fin de conseguir un mejor control preventivo y una mejor gestión de las mismas.

A-25 EL INGRESO DE PACIENTES HOSPITALARIOS MAYORES DE 70 AÑOS EN UN HOSPITAL GENERAL. ANÁLISIS COMPARATIVO POR SERVICIOS

O. Gavín Blanco, J. Velilla Marco, N. Gómez Aguirre, J. Gómez Berné, L. Hueso del Río, M. Espuelas Monge, M. Pérez Conesa, J. Aguirre Erasti
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza (Zaragoza)

OBJETIVOS

El objetivo fue estimar prevalencia y principales características demográficas y de gestión asociadas al paciente pluripatológico (PPP) atendido en nuestro hospital y especialmente en nuestro servicio de medicina interna.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo que utilizó como fuente de datos el conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria del año 2009 del hospital Universitario Miguel Servet que satisface las necesidades del Sector II de Zaragoza. Seguimos la definición de PPP de la Consejería Nacional de la Junta de Andalucía. Analizamos edad, sexo, servicio responsable de ingreso, tipo de alta (mejoría, traslado o fallecimiento) y número de estancias generadas. Los cálculos los hicimos con el programa SPSS 15.0.

RESULTADOS

En 2009 el sector II de Zaragoza constaba de 674317 habitantes, siendo los mayores de 69 años 89532. Se produjeron 341061 estancias hospitalarias (197102 en menores de 69 años y 143959 en mayores).La estancia media fue 7.23 días, siendo de 5.83 en menores de 69 y de 10.76 en los mayores. Por tanto, la estancia media en los pacientes mayores fue un 84.6% mayor respecto a los menores. De los 13384 ingresos en mayores, el 57.2% fue en servicios médicos y de las 143959 estancias totales, el 61.2% fue en servicios médicos con una estancia media de 11,5 días y el 38.7 % en servicios quirúrgicos con una estancia media de 9.76 días. La estancia media en este grupo de pacientes añosos fue de 10.76 días. El porcentaje de exitus fue marcadamente mayor en los ingresos médicos siendo del 8.4% con respecto a los quirúrgicos del 2.4%, con una media global del 5.8% en este grupo de pacientes. No se observaron diferencias entre sexos. 1964 (el 14.67%) del total de los pacientes añosos eran PPP. El 34.01% de los PPP estuvieron ingresados en medicina interna, el 30.3 % de los no pluripatológicos estuvieron en servicios quirúrgicos. Los PPP tenían mayor edad que los no PPP. La estancia media se incrementó de forma marcada cuanto mayor era el paciente. Observamos un importante incremento de estancias medias de los PPP con respecto a los no PP, a excepción del servicio de medicina interna con estancias muy similares. Se observó un aumento de procedimientos realizados conforme aumentaba el número de patologías de los pacientes, siendo mucho menor la relación en el servicio de medicina interna. El 39.47% de los pacientes reingresaron. En medicina interna el 44,67% de los pacientes reingresaron. De los PPP el 49.38% reingresaron y el 37.7% de los no PP reingresaron. El 5.07% de los PPP fallecieron y el 3.86% fueron trasladados a otros centros.

DISCUSIÓN

Nuestros PPP fueron de edad más avanzada e ingresaron más frecuentemente en servicios médicos, y especialmente en el de medicina interna. Al igual que en la literatura se caracterizaron por un mayor número de estancias durante su ingreso por una alta mortalidad intrahospitalaria y por un mayor número de estancias. El número de estancias y el número de procedimientos prácticamente no se afectaron por la pluripatología en medicina interna a diferencia de los demás servicios.

CONCLUSIONES

Los PPP son de edad más avanzada, se ubican preferentemente en servicios médicos, especialmente en el de medicina interna, tiene alta mortalidad intrahospitalaria y mayor número de estancias durante su ingreso. El número de estancias y de procedimientos prácticamente no se afectan por la pluripatología en medicina interna a diferencia con otros servicios, datos que manifiestan una gran eficiencia en su manejo por nuestro servicio.

A-26 EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE FRÁGIL EN UN ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA

F. Pozo Muñoz[1], L. Córdoba Garrido[1], B. Torres Verdú[2], J. Pinazo Luque[3], C. Galán Retamal[4], M. García Ordóñez[5], V. García Navas[6]

[1]Unidad de Calidad, [2]UGC Antequera - Estación, [3]Gerencia, [4]UGC Farmacia, [5]UGC Medicina Interna, [6]Subdirección Tecnologías de la Información. Área Sanitaria Norte de Málaga. Antequera (Málaga)

OBJETIVOS

Objetivo general: Conocer el grado de cumplimentación de los indicadores de calidad asociados a la atención al paciente frágil (paciente inmovilizado y/o residente en instituciones sanitarias y/o en situación terminal) en los últimos 12 meses en un área sanitaria Objetivos específicos: Conocer las características demográficas, el registro de la historia clínica, el grado de cumplimiento de los indicadores de calidad de los procesos asistenciales integrados, los resultados de la valoración funcional y cognitiva y las principales variables de actividad asistencial en domicilio, consultas externas, hospitalización, peticiones analíticas, peticiones radiológicas y coste de farmacia.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo. Universo: 2.686 pacientes frágiles. Tamaño muestral: 90 (nivel confianza 95%; ER: +/- 0.10) Tipo de muestreo: aleatorio sistemático. Criterio de inclusión: paciente inmovilizado y/o residente en instituciones sanitarias y/o paciente terminal/paliativo. Fuente de datos: historia clínica electrónica DIRAYA. Metodología: auditoría de historia clínica. Variables analizadas: sexo, edad, registro alergias, prescripción electrónica, hoja problemas, identificación cuidador, procesos asistenciales integrados incluidos, valoración comorbilidad, valoración fragilidad, valoración dependencia, actividad asistencial y consumos generados

RESULTADOS

Hombres: 22.22%. Mujeres: 77.38%. Edad media: 79.56 años. Registro alergias:80.00%. Hoja problemas actualizada:97.78%. Prescripción receta electrónica: 95.56%. Identificación cuidador: 72.22%. Diabetes mellitus: 40.00%. Riesgo vascular: 25.55%. EPOC: 12.22%. C. Paliativos: 12.22%. Polimedicados: 28.88%. Valoración comorbilidad (Charlson):42.22%. Valoración dependencia (Barthel):76.67%. Valoración fragilidad (Harp): 52.22%. Valoración cognitiva (Pfeiffer): 64.44%. Valoración integridad cutánea (Norton): 55.55%. Media consultas medicina centro: 10.08. Media consultas enfermería centro: 4.30. Media consultas medicina domicilio: 3.25. Media consultas enfermería domicilio: 10.65. Media ingresos: 0.1494. Media urgencias: 0.4483. Media consultas externas: 1.4368. Media peticiones radiológicas: 1.1149. Media URVs laboratorio: 185.05. Media gasto farmacéutico: 1.251 €

DISCUSIÓN

La calidad del registro en la historia clínica es alta, fundamentalmente en lo relacionado con la hoja de problemas, los registros de alergias y la prescripción electrónica. En lo relativo a la comorbilidad, llama la atención la baja prevalencia de EPOC y riesgo vascular en este colectivo de pacientes, posiblemente debido a un infrarregistro. La utilización de escalas de valoración de fragilidad y comorbilidad muestran áreas de mejora, pues prácticamente la mitad de los pacientes no la tienen realizada, por lo que en estos casos se dificulta la planificación de las actividades. Los resultados de actividad muestran datos coincidentes con la bibliografía, al destacar que este colectivo de pacientes son hiperfrecuentadores tanto en Atención Primaria como en Atención Hospitalaria, además de generar un importante gasto, tanto en los consumos (reactivos laboratorio o material radiológico) como en el gasto farmacéutico.

CONCLUSIONES

El grado de cumplimentación de los indicadores de calidad resulta adecuado, si bien es preciso mejorar la valoración funcional y de comorbilidad para poder establecer planes de actuación adecuados al nivel de complejidad de cada paciente. Los resultados del presente estudio coinciden con otras publicaciones en cuanto a las dos características principales de este colectivo: hiperfrecuentación y gasto elevado.

A-27 PROGRAMA DE MEJORA DE LA PRESCRIPCIÓN EN PACIENTES CRÓNICOS INSTITUCIONALIZADOS

M. Nadal Llover[1], M. Palacios Soto[2], À. Llobera Serentill[1], A. Roig Castella[2], À. Pellicer Jacomet[1], A. Guerrero Guerrero[1]

[1]Direcció d\'Atenció Primaria de Girona. Institut Català de la Salut. Girona

[2]Regió Sanitaria de Girona. CatSalut. Girona

OBJETIVOS

Evaluar el resultado del programa de mejora de la prescripción en pacientes crónicos institucionalizados en residencias geriátricas (RG), mediante intervenciones farmacéuticas (IF).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cuasi experimental pre-post sin grupo control. Dos farmacéuticos revisan las historias clínicas informatizadas y prescripciones de los pacientes aplicando los criterios STOPP-START. Se valoraron también otros criterios: adecuación según problema de salud y analítica, eficiencia (equivalentes terapéuticos, VINE, EFG) y correcta implementación de la receta electrónica. Se realizaron reuniones con los médicos de las RG para exponer las IF y consensuar su resolución. Se estudio su repercusión en el coste y en los principios activos (pa), utilizando datos de la facturación farmacéutica a los 2 meses posteriores al inicio del

programa. Se valoran 135 pacientes (76,3% mujeres) institucionalizados en tres RG con edad media de 82,7 años (rango 53 - 101). Para la repercusión de los resultados finales se incluyeron 110 pacientes.

RESULTADOS

El 68,9% de los pacientes presentaron como mínimo un criterio STOPP-START, con una media de 1,5 criterios/paciente. Se identificaron 134 medicamentos inadecuados (STOPP) y 6 omisiones de tratamiento (START). El médico aceptó (AC) el 88,6% de los criterios. Los criterios STOPP más prevalentes fueron: duplicidad (22,8%; AC: 87,5%), duración del tratamiento de IBP (27,2%; AC: 84,2%), y AAS a dosis superiores a 150 mg (11,4%; AC: 100%). Los criterios START encontrados fueron: osteoporosis sin calcio y vitamina D, ausencia de antiagregante en pacientes con DM2 y otros factores de riesgo y ausencia de gastroprotección en pacientes con toxicidad gástrica; su aceptación fue del 50%. Otras IF realizadas con una elevada aceptación fueron: suspensión de tratamientos, equivalentes terapéuticos, EFG y VIFE. La reducción del coste fue del 22,3% (124,9 vs 96,9 €/paciente) y del 11,6% en pa (199 vs 176 pa).

CONCLUSIONES

La revisión sistemática mediante IF permite detectar un elevado número de potenciales mejoras en la prescripción de pacientes crónicos institucionalizados. La aceptación por parte del profesional médico es alta. Se observa una reducción importante del coste y de los pa.

A-28 EDUCACIÓN GRUPAL PARA LA SALUD EN DIABETES EN ATENCIÓN PRIMARIA

I. Davila, A. Hernando, M. Díaz, E. Murguiondo, A. Oiarbide, E. García, A. Carrera, O. Alonso

Osakidetza, Servicio Vasco de Salud. Osi Goierri Alto Urola. Zumarraga (Guipúzcoa)

OBJETIVOS

Con este proyecto lo que se quería conseguir era: -Formar a las enfermeras en la educación grupal y motivar a las enfermeras en la puesta en práctica de estas actividades -Facilitar a las enfermeras que se inicien en la educación grupal la programación, realización y evaluación de las mismas. -Integrar la educación grupal en la cartera de servicios de las enfermeras de Atención Primaria como una servicio más, habitual y programado. -Crear en cada UAP unas enfermeras responsables de la educación grupal. Que sirva de apoyo a la formación en educación grupal. -Dar respuesta a las necesidades de la población diabética perteneciente a la UAP: -Mejorar la calida de vida de los pacientes diabéticos. -Reducir las complicaciones de los pacientes diabéticos a medio y largo plazo - Desarrollar en estos pacientes diabéticos actitudes de aceptación de la diabetes, desarrollo de los conocimientos de la diabetes, actitud positiva ante la enfermedad, autocuidados y desarrollas habilidades de autocontrol de la diabetes.

MATERIAL Y MÉTODO

Materiales para salas de actividad: Pizarra, rotafolio, diapositivas, ordenador, proyector. Técnicas de investigación en aula: - Tormenta de ideas; Phillis 66, Rejilla, Cuestionario, Cuestionario Manual de Educación Para la salud y Educar en Salud I y II

RESULTADOS

Aún es pronto para poder tener resultados, en algunas UAP se ha comenzado con la educación grupal para la salud en diabetes, de las 12 UAPs seleccionadas para impartir la educación grupal para la salud 6 UAPs ya la ha realizado. En el resto de las UAP se ha retrasado por el calendario festivo de Navidad, epidemia de gripe... pero se están programando para los meses sucesivos El número de sesiones impartidas han sido de 2 sesiones, de 2 horas de duración y la media de participantes ha sido de 7 asistentes a cada sesión. La satisfacción de los asistentes tras realizar la encuesta al finalizar la actividad grupal ha sido de una media de 4 sobre una puntuación máxima de 5. La satisfacción de las enfermeras tras la realización de dichas actividades grupales ha sido de alta.

CONCLUSIONES

Todo esto nos llevo a las siguientes conclusiones: El paciente diabético esta muy dispuesto a asumir su enfermedad y formarse con respecto a ella. La organización de las actividades grupales dirigidas a los pacientes diabéticos está muy bien aceptada por parte de estos. La satisfacción de las profesionales de enfermería con respecto a la educación grupal ha cambiado mucho, se acepta y se esta dispuesta a continuar con dicha actividad Los pacientes diabéticos han solicitado al continuad de dichas actividades he incluso han dado sugerencias de nuevos tema que les preocupan en especial. Después de esta experiencia en la CGOM tenemos aún mas claro que anteriormente que las actividades grupales se tienen que incorporar a la cartera de servicios de las enfermeras como una practica habitual de su trabajo diario.

A-29 IEMAC (INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE MODELOS DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD): UN INSTRUMENTO VÁLIDO PARA LAS ORGANIZACIONES DE SALUD MENTAL

N. Toro[1], R. Nuño[1], C. Pereira[2], M. López[2], R. Sauto[1]

[1]O+Berri. Sondika (Vizcaya)

[2]Red Salud Mental de Bizkaia. Red Salud Mental de Bizkaia. Bilbao (Vizcaya)

OBJETIVOS

O+Berri, junto con MSD y la Universidad Miguel Hernández de Elche ha desarrollado un instrumento denominado IEMAC (Instrumento de Evaluación de Modelos Asistenciales ante la Cronicidad) que permite medir el grado de orientación de las organizaciones sanitarias hacia la gestión de la cronicidad. Se trata de una herramienta de evaluación que consta de 80

intervenciones o ítems que sirve de hoja de ruta a decisores, gestores y clínicos interesados en construir un modelo de excelencia para la atención a pacientes crónicos, a la vez que permite que las organizaciones sanitarias conozcan su situación basal y el progreso alcanzado tras intervenciones de mejora. IEMAC ha sido validado a dos niveles: a nivel macro, desde la perspectiva de un sistema regional de salud, y a nivel meso, desde la perspectiva de organizaciones sanitarias (tanto organizaciones sanitarias integradas como organizaciones de Atención Primaria). Una vez validado el instrumento en el ámbito de la atención primaria y la atención especializada, se ha procedido a su validación en el contexto de una organización del área de la salud mental. Los objetivos de esta comunicación son los siguientes:
OBJETIVO PRINCIPAL: Validar el instrumento IEMAC en una organización del área de salud mental. OBJETIVOS SECUNDARIOS: Identificar intervenciones que no apliquen al ámbito de la salud mental. Introducir intervenciones propias del ámbito de la salud mental (si fuera necesario). Comparar los resultados con otras organizaciones del área de atención primaria y especializada

MATERIAL Y MÉTODO

En julio del 2011, se procedió al pilotaje del cuestionario en una organización sanitaria integrada del ámbito de la salud mental, la Red Salud Mental de Bizkaia (RSMB), con una cobertura de población superior al millón de personas. En dicho pilotaje, que duró alrededor de 5 horas, participaron 7 personas de la organización (Gerente, Dtor. Médico, Dtor. Enfermería, Subdirector de Innovación, Jefe Servicio Unidad Gestión Clínica, coordinador trabajo social y técnico servicio de investigación).

RESULTADOS

IEMAC es una herramienta aplicable al ámbito de la salud mental. Se han identificado 79 intervenciones válidas en el entorno de la salud mental y no se han aportado intervenciones nuevas por considerar que las existentes cubren adecuadamente el espectro de la gestión de la cronicidad en este ámbito.

CONCLUSIONES

IEMAC es un instrumento de evaluación para las organizaciones sanitarias que se ha diseñado teniendo en cuenta el interfaz de la atención primaria y la atención especializada. Sin embargo, la propia naturaleza de la salud mental, tanto a nivel de la multiplicidad e interrelación de dispositivos asistenciales que la conforman como del perfil de paciente que trata (crónico en su mayoría), la convierte en un candidato idóneo para la utilización de IEMAC. Para ello, se requiere de una validación específica que tenga en cuenta las especificidades de la salud mental. Una vez realizada dicha validación, tal y como ha quedado demostrado, IEMAC puede aplicarse en organizaciones de salud mental sin ninguna necesidad de adaptación adicional.

A-30 AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS POR ENFERMEDAD ISQUÉMICA CARDIACA Y FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS

F. Forja Pajares[1], J. Nieto Vera[1], M. Ballesta Garcia[1], R. Pereiro Hernández[1], M. Cruz Calderon[1], R. Piñeiro Albero[2], M. Marquez Ferrando[1]
[1]Dirección de Distrito-Epidemiología. Distrito Sanitario Bahía de Cádiz - La Janda. SAS. Cádiz
[2]Área Quirúrgica - Reanimación. Hospital Virgen del Castillo. Yecla (Murcia)

OBJETIVOS

Las enfermedades cardiovasculares, fundamentalmente la cardiopatía isquémica y las enfermedades cerebrovasculares, representan la primera causa de defunción en España, donde se observó un incremento de la mortalidad por cardiopatía isquémica hasta mediados de los años setenta, y una estabilización, con tendencia a la disminución desde entonces. Pero mientras la declinación de la mortalidad por accidentes cerebrovasculares se inició desde comienzo de siglo, la disminución de la mortalidad coronaria comenzó más tarde y con diferencias de sexos, edades y zonas geográficas. Una de las principales hipótesis de los factores de riesgo de la cardiopatía isquémica es la relación directa con las tendencias en las tasas de morbimortalidad por estado. Con el objetivo de priorizar la planificación e intervención en Salud Pública, se analizan los años de vida perdidos a causa de una muerte prematura antes de una edad arbitrariamente establecida (APVP) como medida del impacto de la enfermedad isquémica, y su relación con posibles factores de riesgo.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño observacional transversal de no intervención. Se analizaron las zonas donde la mortalidad prematura por EIC supera a la de Andalucía analizando los APVP 1-70 años en el total del Distrito Sanitario Bahía de Cádiz – La Janda mediante tasa estandarizada por 105 habitantes. Como factores de riesgo relacionables se manejaron la prevalencia de diabetes e HTA detectada y nivel socioeconómico tasa desempleo). Se comparan la zona de mayor y menor APVP mediante los riegos definidos y analizados en el área.

RESULTADOS

El EIC esta entre las 10 primeras causas que mas contribuyen a la mortalidad en nuestro Distrito y presente de forma uniforme en todos los municipio sobre todo en hombres. Se detecta un área “A” de 22.850 hab. con un importante número de APVP muy superior en tasa ajustada a la de Andalucía (738,46 en hombres y 141,01 en mujeres), y otra zona “B” de 21194 hab. con menor número de APVP (365,43 en hombres y 98,05 en mujeres). El análisis por los factores de riesgo seleccionados, se aprecia una mayor prevalencia de diabetes en la zona “A” (8.31% frente a 7.29%), el % de diabéticos con HbA1C < de 7% es un 12% menor en el área “A” y excede en más del 9% el indicador de HbA1C >8% en esta área “B”. La prevalencia

de hipertensos es mayor en la zona “A” con infratratamiento en base a DDD (Dosis Diaria Definida). Los indicadores socioeconómicos del área “A” presenta una muy importante tasa de desempleo (31%) más de 13 puntos de diferencia sobre el área “B” y tasa de analfabetismo del 8%.(> de 5 puntos de diferencia).

DISCUSIÓN

Las medidas resúmenes del estado de salud son indicadores que cuantifican la carga negativa de una enfermedad y el impacto de la misma a partir no sólo del número de muertes que la enfermedad causa. La morbilidad por diabetes, hipertensión, estatus socioeconómico, muestra un mayor efecto negativo en cuanto APVP por EIC en el comparativo entre estas dos áreas de nuestro Distrito. Sumado a ello, se aprecia que los cambios en los estilos de vida debidos al estatus socioeconómico parece estar entre los mayores contribuyentes del comportamiento de estas patologías En este sentido, la muy elevada tasa de desempleo del área “A” podrían estar contribuyendo a las diferencias encontradas.

CONCLUSIONES

Este estudio descriptivo transversal destinado a valorar en áreas determinadas la prevalencia de uno o varios factores de riesgo fundamentales del EIC, es una primera aproximación hacia los factores de riesgo cardiovasculares mas accesibles. Ante estos resultados, se va abrir una línea de investigación que contemple de forma analítica, junto a los anteriores, las dislipemias, hábitos de vida, tóxicos, fármacos y formación de profesionales, que sirva para la planificación e intervención poblacional.

A-31 PROYECTO COLABORATIVO PARA LA MEJORA DEL ABORDAJE INTEGRADO EN EUSKADI A PACIENTES CON DEPRESIÓN

N. Artaza[1], J. De La Rica[2], A. Gabilondo[3], C. Fernández De Pinedo[1], K. Piñera[1]
[1]O+Berri. Instituto Vasco de Innovación Sanitaria. Vizcaya
[2]Red de Salud Mental. Vizcaya, [3]Red de Salud Mental. Guipúzcoa

OBJETIVOS

Objetivos Generales: La puesta en marcha y evaluación del proyecto colaborativo, por un lado y la mejora la calidad en la asistencial de la depresión por otro. Con el objetivo de: 1. Mejorar calidad de vida relacionada con la salud mental de los pacientes con depresión que acuden a AP, 2. Mejorar la coordinación entre la atención primaria (AP) y la atención especializada en salud mental (AE/SM), 3. Mejorar la satisfacción de pacientes y profesionales. En concreto, (tanto en el plano clínico como organizativo) se pretende mejorar la calidad de la asistencia sanitaria de la depresión en las siguientes fases del proceso asistencial: 1. Mejora de la identificación del riesgo de depresión, 2. Mejorar la fiabilidad diagnóstica, 3. Mejorar la adecuación y calidad del tratamiento, 4. Mejorar la coordinación entre profesionales a lo largo del proceso asistencial.

MATERIAL Y MÉTODO

Se utiliza la metodología Breakthrough Series (BTS) del Institute for Healthcare Improvement (IHI, EE.UU.) para el desarrollo del proyecto colaborativo. Las intervenciones propuestas se enmarcan en el modelo Chronic Care. Además, se plantea la utilización de los siguientes recursos/métodos: 1. PHQ9, para el cribado, diagnóstico, seguimiento de pacientes con depresión, 2. EQ-5D, para medir el impacto en la calidad de vida, 3. Cuestionario D´amour (validado por O+berri) para valorar la colaboración entre niveles asistenciales, 4. Cuestionario ACDM (Assessment of Clinician Depression Management in Primary Care) para medir la implementación del CCM, 5. Cuestionario SAD PERSONS, 6. Cuestionarios de satisfacción de pacientes y profesionales

RESULTADOS

-La creación de un grupo de expertos compuesto por 26 profesionales de AP y SM, así como por gestores y líderes del Sistema Sanitario Vasco para la definición de un modelo de intervención integral y coordinado para pacientes con depresión y que esté basado en la evidencia científica. - La implementación del modelo propuesto por los expertos por parte de 10 equipos multidisciplinares y multinivel pertenecientes a las distintas comarcas sanitarias y organizaciones integradas de Euskadi. - La mejora cuantitativa y cualitativa de la calidad de vida de pacientes, la mejora de la satisfacción de pacientes y profesionales, así como la mejora de la colaboración y coordinación entre AP y SM. - La difusión del resultado de la implantación del modelo al conjunto del Sistema Sanitario Vasco.

DISCUSIÓN

No se trata de un proyecto de investigación de creación de nueva evidencia científica sino que persigue implementar la ya existente y medir los resultados de la implantación. Las intervenciones seleccionadas por el grupo de expertos se paquetizarán eso sí, en un nuevo modelo asistencial integrado diseñado a tal efecto.

CONCLUSIONES

La implementación de una intervención asistencial de eficacia demostrada es viable y mejorará la calidad de vida, y la satisfacción de los pacientes que padecen Depresión leve y moderada en Euskadi.

A-32 LA PRESCRIPCIÓN EN PACIENTES MAYORES POLIMEDICADOS

I. Gabilondo Zelaia[1], J. Fernández Uria[1], E. Ruiz De Velasco Artaza[1],
I. Martín Lesende[2], A. García Vega[2]
[1]Farmacéutica de Atención Primaria. Comarca Bilbao
[2]Médico de Familia. Comarca Bilbao.

OBJETIVOS

Conocer las características de la polimedicación y medicamentos más prevalentes en la población mayor (75 años o más) polimedicada (6 medicamentos o más habituales) incluida en un Programa de Atención al Mayor Polimedicado (PAMP), e identificación de prescripciones potencialmente inadecuadas (PPI).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal basado en el análisis de prescripciones de pacientes polimedicados de 3 centros de salud de atención primaria que atienden a 71.239 adultos (14,1%; 10.057 mayores 75 años). Variables a estudio: número de medicamentos habituales, tipo de medicamento (clasificación ATC) e inadecuación terapéutica, según criterios consensuados por el equipo investigador (EI) por su relevancia y/o prevalencia, basándose principalmente en criterios STOPP/START. Los datos de prescripciones se obtuvieron de las historias clínicas electrónicas.

RESULTADOS

La prevalencia de la polimedicación en la población de estudio: 46,1% (4.641 pacientes) con una media de medicamentos/persona de 8,9±2,7. La media de polimedicados/cupo médico es: 98,7 (recorrido intercuartílico 75,5-111). Los medicamentos más prescritos son del sistema cardiovascular: 26,2% (de ellos, IECA/ARA-II 26,2% y estatinas 19,7%), seguido del sistema nervioso central: 21,5% (analgésicos 34,7% y psicolépticos 33,5%), aparato digestivo: 18,6% (IBP 46,0%) y musculoesquelético: 8,9% (antiinflamatorios y antirreumáticos 36,5%). Inadecuación: 16,6 % de 1.329 pacientes antiagregados con AAS utiliza dosis >150mg. De los 430 pacientes con demencia y 409 con prostatismo crónico un 5,6% y 10,7% respectivamente utiliza además fármacos antimuscarínicos. De los pacientes con demencia un 24,9% tiene alguna prescripción de antipsicóticos. El 10,7% tiene prescrita una benzodiazepina (BZD) de acción prolongada (32% del total de BZD). El 9,93% (64) de los pacientes con antidepresivos utiliza antidepresivos tricíclicos. De 898 pacientes con antidiabéticos orales un 9,7% utiliza glibenclamida. Un 12,1% tiene alguna prescripción de AINE; 71,2% no son AINE seleccionados (según EI, ibuprofeno y naproxeno).

DISCUSIÓN

Alta prevalencia de polimedicación en Mayores. Los fármacos más prevalentes son los del sistema cardiovascular, nervioso y digestivo. Las PPI más frecuentes son: AINE no seleccionados (71,2%), BZD de acción prolongada (32%), AAS >150 mg (16,6%). La asistencia fragmentada, la prescripción inducida y la falsa percepción de seguridad de fármacos habituales podrían condicionar el mantenimiento de PPI. Limitaciones: análisis de las prescripciones sin tener en cuenta las patologías asociadas; algunas PPI pueden estar sobrestimadas.

CONCLUSIONES

En el desarrollo de un PAMP es importante conocer las características de la prescripción y diseñar indicadores de adecuación. Los criterios STOPP/START son una herramienta útil para detectar PPI. La monitorización de los indicadores podría mejorar la calidad de prescripción y aumentar la seguridad clínica. Los resultados de este estudio avalan la necesidad de promover las revisiones periódicas de la medicación en base al porcentaje y características de la inadecuación. La realización de estudios similares con datos de patologías aportaría información más precisa. Este PAMP cuenta con la financiación del Dpto. de Sanidad y Consumo del Gob. Vasco concedidas en 2010.

A-33 PRIORIZACIÓN EN EL DISEÑO DE UN PLAN DE ATENCIÓN A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN UN ÁREA SANITARIA

M. García Ordóñez, B. Torres Verdú, C. Galán Retamal, A. Vera Carmona, F. Pozo Muñoz

Hospital de Antequera. Área Sanitaria Norte de Málaga. Antequera (Málaga)

OBJETIVOS

Identificar diversas intervenciones que debe contemplar en nuestro ámbito la atención a pacientes crónicos y priorizarlas según grado de pertinencia e implantación.

MATERIAL Y MÉTODO

Se formó un grupo de trabajo de profesionales sanitarios (médicos, enfermería, farmacéuticos, trabajadores sociales) del área sanitaria, de atención primaria y hospitalaria. El IEMAC "Instrumento de Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad" (O+Berri, UMH y MSD) se envió para su cumplimentación a todos los profesionales sanitarios de Atención Primaria y del área médica Hospitalaria. El IMEAC es un cuestionario de27 componentes y 80 intervenciones se que recogen seis dimensiones: I. Organización del sistema de salud; II. Salud comunitaria. III. Modelo asistencial; IV. Autocuidado; V. Apoyo en la toma de decisiones clínicas; y VI. Sistemas de información. Los profesionales puntuaron el grado de pertinencia e implantación de todos y cada uno de los ítems del IEMAC. Tras su análisis se priorizaron por mayor grado de pertinencia y menor grado de implantación. En base a dicha priorización el grupo de trabajo operativo estableció áreas de mejora siguiendo metodología Delphi considerando efectividad, coste, factibilidad y aceptación de las mismas.

RESULTADOS

Se envió el IEMAC a un total de 239 profesionales, con una tasa de respuesta del 46.9% (117 contestadas). De ellas, el 85% eran profesionales de atención primaria, 47% médicos y 51% enfermería, con edad media de 43,9 años y el 55% mujeres. En cuanto a la pertinencia de las dimensiones las puntuaciones medias obtenidas fueron: III: 8,04; IV: 7,96; V: 8,08; VI: 8,17. En

cuanto a implantación, la puntuación media de las dimensiones fueron: III: 3,87; IV: 3,88; V: 3,84; VI: 3,47. No hubo diferencias significativas en las puntuaciones de las dimensiones según categoría profesional, nivel asistencial o variables demográficas, salvo mayor puntuación en el grado de pertinencia de la dimensión IV (autocuidado) entre las mujeres que hombres (8,41 por 7,75; p< 0,05). La priorización de las intervenciones en base a pertinencia (mayor puntuación) e implantación (menor puntuación) fueron, según la dimensión, para dimensión III: competencias profesionales, trabajo en equipo y seguimiento activo del paciente; dimensión IV: educación terapéutica estructurada, activación psicosocial del paciente y toma decisiones compartida; dimensión V: protocolos y guías compartidas y consultoría y enlace; y dimensión VI: comunicación de información clínica entre profesionales. El grupo operativo estableció áreas de mejora prioritarias: vías de comunicación estructuradas interniveles, acciones formativas dirigidas a profesionales, plan terapéutico y de cuidados individualizados por nivel de riesgo, perfil competencial profesional en la atención al paciente crónico, objetivos comunes entre las unidades clínicas interniveles.

DISCUSIÓN

Se ha usado un instrumento validado de evaluación: el IEMAC. Se enviaron a todos los profesionales sanitarios de Atención Primaria y del área asistencial médica de atención hospitalaria, con una aceptable una tasa de respuesta. Resaltar la homogeneidad de las puntuaciones obtenidas para las diversas dimensiones y componentes sin diferencias en cuanto a características demográficas, categoría profesional y nivel asistencial. Tras análisis se priorizaron las intervenciones y se establecieron áreas de mejora siguiendo metodología Delphi. Aunque metodológicamente pudiera ser discutible, creemos que es una buena aproximación para el diseño de un plan local de atención al paciente crónico.

CONCLUSIONES

A partir de profesionales sanitarios se han identificado, según el grado de pertinencia e implantación, unas intervenciones y áreas de mejora en la atención a pacientes crónicos en un ámbito local.

A-34 PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADÍOS AVANZADOS

A. Ruiz Cantero[1], J. Murcia Zaragoza[2], M. Maíz Jiménez[1], N. Ramírez Duque[3], A. Mora Rufete[4], M. Bernabeu Wittel[3], G. Jarava Rol[1], en representación de los investigadores del Proyecto Paliar (Grupo PPPyEA de la SEMI)

[1]*Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)*

[2]*Medicina Interna. Hospital Vega Baja de Orihuela. Alicante*

[3]*Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla*

[4]*Medicina Interna. Hospital General Universitario de Elche. Elche/Elx (Alicante)*

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de depresión mediante el cuestionario de Yesavage abreviado (GDS), así como los factores asociados a la misma en los pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en estadio avanzado incluidos en el proyecto PALIAR, mayores de 65 años.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal multicéntrico de 41 hospitales españoles, con inclusión de pacientes identificados durante la hospitalización, consultas, ú hospitalización domiciliaria entre Febr2009-Sept2010. Se incluyeron pacientes con una ó más de las siguientes condiciones: Insuficiencia cardiaca con disnea basal >=III de la NYHA (ICC); insuficiencia respiratoria con disnea basal >=III MRC y/o satO2<90% y/o O2 domiciliaria (IR); insuficiencia renal crónica estadio 4-5 de NKF (ERC); hepatopatía crónica escala Child-Pugh >7; y/o enfermedad neurológica con deterioro cognitivo/funcional establecidos (Pfeiffer>6 y/o MEC<=18 y/o Barthel<60) (EN). Se administró el cuestionario GDS validado al castellano a todos los pacientes mayores de 65 años, excluyendo aquéllos con deterioro cognitivo establecido, y los que presentaron delirium a la inclusión. Se consideraron los siguientes estratos: 0-5 puntos como normal, entre 6-9 puntos como depresión leve, y >9 puntos como depresión establecida. Posteriormente se realizó un análisis multivariado mediante regresión logística paso a paso hacia atrás para determinar los factores asociados a la presencia de depresión establecida (GDS>9 puntos), mediante el paquete estadístico SPSS 18.0

RESULTADOS

La prevalencia de depresión probable y establecida en los 175 pacientes mayores de 65 años a los que se les pudo administrar el test fue del 34% y 62%, respectivamente. Los factores de riesgo asociados independientemente a la presencia de depresión establecida fueron la disnea de reposo (OR=3.4 [1.01-10], p=.033) y una menor capacidad funcional para las ABVD medido mediante el índice de Barthel (OR=1.015 [1.004-1.03], p=.008).

CONCLUSIONES

El cuestionario de Yesavage fue de difícil administración en los pacientes incluidos en el estudio. En aquéllos a los que se les administró mostraron una elevada prevalencia de depresión probable y/o establecida, siendo los factores asociados a su presencia la disnea y el deterioro funcional.

A-35 MEJORA DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO Y PLURIPATOLÓGICO EN GALICIA. PLAN DE INICIO DE LA SOCIEDAD GALLEGA DE MEDICINA INTERNA

J. Montes-Santiago[1], E. Casariego-Vales[2], M. De Toro Santos[3], F. De La Iglesia Martínez[4], J. Cerqueiro[2], E. Mosquera[5] y Grupo SOGAMI

[1]Servicio de Medicina Interna. Complejo Universitario de Vigo. Vigo (Pontevedra)

[2]Medicina Interna. Hospital Xeral de Lugo. Lugo

[3]Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Ourense. Ourense

[4]Medicina Interna. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña. A Coruña

[5]Regional Manager. Astra-Zeneca.

OBJETIVOS

La Declaración de Sevilla 2011 sobre la Atención a pacientes con enfermedades crónicas define como esencial el integrar todos los recursos de la comunidad en la asistencia a tales pacientes, citando específicamente el importante papel de las Sociedades científicas. En Galicia y dentro de la colaboración para desarrollar la Estrategia SERGAS 2014 -La Asistencia Pública al Servicio del Paciente- que intenta indicar pautas de sistematización en el manejo de estos y otros pacientes, la Sociedad Gallega de Medicina Interna (SOGAMI) promueve un plan de comienzo para informar e involucrar a sus miembros en una estrategia racional y eficiente en el manejo de pacientes crónicos y pluripatológicos.

MATERIAL Y MÉTODO

El plan de inicio de la SOGAMI para la Mejora de la atención a pacientes pluripatológicos en Galicia, comprende los siguientes pasos. 1. Conocimiento del punto de partida y divulgación de los planes ya en realización en distintos ámbitos asistenciales del SERGAS. 2. Plasmar dichas experiencias en un monográfico multicéntrico de Galicia Clínica, revista oficial de la SOGAMI y difundirlas a través de su Web (www.meiga.info). 3. Elaborar o adaptar guías de manejo de pacientes pluripatológicos para proporcionar cuidados integrados y en lo posible homogéneos a estos pacientes, que incluirán prioritariamente a pacientes con EPOC, IC, dislipemia, HTA, etc… 4. Difundir estos planes estratégicos entre los miembros de la Sociedad a través de la página Web y Revista específica así como a través de la red informática del SERGAS. 5. Divulgar e implementar dichas Guías de actuación por los profesionales mediante su adaptación a los diferentes ámbitos locales. Para ello y como parte de este plan estratégico de desarrollo de tal proyecto firmó en diciembre-2011 un convenio no condicionado con la empresa Astra-Zéneca.

RESULTADOS

Está cerrándose el número Monográfico de Galicia Clínica que se planea distribuir a los asistentes del IV Congreso Nacional de Atención al paciente crónico (marzo 2012). En el sumario de dicho número se tratará sobre las asociaciones de patologías en pacientes crónicos, experiencias de diversos centros gallegos (Ourense, Coruña, Lugo, etc.) sobre la atención a estos pacientes, problemática de pacientes con EPOC e insuficiencia cardiaca y sus comorbilidades, perspectivas de futuro en Galicia sobre la atención a estos pacientes en el SERGAS, etc.

DISCUSIÓN

Completada la 1ª fase de elaboración de un monográfico, se pasará a una 2ª fase de elaboración de actuaciones clínicas para la atención al paciente crónico y pluripatológico, se diseñarán estudios epidemiológicos a nivel del SERGAS para la identificación y asistencia de pacientes con múltiples reingresos hospitalarios, se incorporarán a su página Web protocolos de atención de las Unidades de Cuidados paliativos, etc…

CONCLUSIONES

Las sociedades científicas como la SOGAMI se muestran sensibles y deseosas de aportar y colaborar en la mejor asistencia a este tipo de pacientes complejos y cada vez más prevalentes. Para ello se han iniciado planes de sensibilización entres su miembros y se desarrollan pautas de actuación homogenizadas para el manejo de tales pacientes.

A-36 PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE CASTILLA Y LEÓN EN EL ESTUDIO OBSERVACIONAL DM2-CUMCYL

M. Rodríguez Caldero, M. Sánchez Hernández, P. Martín Pérez, M. Del Valle Martín, M. Borges García, A. Cócera García

Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. (Valladolid)

OBJETIVOS

GENERAL: Analizar la participación de los profesionales sanitarios en el estudio DM2-CUMCYL ESPECÍFICOS: 1.Conocer la participación de los profesionales por Área de Salud (AS) 2.Analizar las características de los profesionales por profesión y sexo 3.Estimar la carga del trabajo de los profesionales participantes 4.Valorar si los resultados del estudio son representativos de Castilla y León y de cada AS

MATERIAL Y MÉTODO

DM2-CUMCYL es un proyecto de investigación multicéntrico observacional descriptivo transversal, realizado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de Castilla y León de 15 o más años de edad, que acuden a las consultas de atención primaria en el año 2011. El objetivo del estudio es conocer el cumplimiento terapéutico de estos pacientes. La herramienta de recogida de datos fue un cuestionario autoadministrado de elaboración propia, que constaba de dos partes: una destinada al paciente y otra al profesional sanitario (médico o enfermera). Tras establecer el intervalo de confianza y el error asumido se estableció en 4170 los cuestionarios

necesarios para que la muestra fuera representativa por área de salud y sexo de los pacientes. De manera aleatoria se seleccionaron centros de salud (CS) de dos categorías: primarios y de reserva para cada AS. En colaboración con las Gerencias de Atención Primaria se organizaron reuniones para explicar el proyecto y entregar los cuestionarios a los profesionales que voluntariamente realizaron el trabajo de campo durante 2 meses. Como reconocimiento a su colaboración se les ofreció un certificado que les acreditaba como investigadores asociados con un número de equivalentes/hora en función de la carga de trabajo. Para su obtención cada profesional debía remitir un mínimo de 3 cuestionarios.

RESULTADOS

Participaron 73 CS y 972 profesionales. De las 11 AS, la de Zamora fue en la que hubo más participantes. El 51,6% de los profesionales eran personal médico y el 48,4% de enfermería. El 32,3% de los profesionales eran hombres y el 67,7% mujeres. Tan sólo el 2,6% no consiguieron certificación y más de la mitad obtuvieron el equivalente a haber realizado 3 ó 4 cuestionarios. Se enviaron 5181 cuestionarios de los cuáles se recibieron 4312 (83,3%) cumplimentados, por lo que se consiguió la muestra prevista

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio demuestran que los proyectos de investigación realizados por equipos multidisciplinares bien coordinados son posibles y se realizan con éxito en nuestra comunidad autónoma, siendo la participación multiprofesional necesaria para realizar estudios con tamaños muestrales muy grandes. La proporción de participación por categoría profesional fue muy similar entre el personal médico y de enfermería, siendo algo diferente la distribución de los profesionales por sexo, ya que participó un porcentaje mucho mayor de mujeres que de hombres. Esta elevada participación puede guardar relación con que el profesional percibiera que se estaba reconociendo su trabajo de algún modo, en este caso a través de un certificado

CONCLUSIONES

1. El estudio de investigación DM2-CUMCYL ha podido realizarse gracias a la alta participación de los profesionales sanitarios de atención primaria de Castilla y León 2.El porcentaje de médicos y enfermeras ha sido similar, pero participan mucho más las mujeres que los hombres 3.Más de la mitad de los profesionales obtuvieron la certificación más baja por carga de trabajo 4.Los resultados del estudio DM2-CUMCYL son representativos de Castilla y León y de cada AS

A-37 ELABORACIÓN PARTICIPATIVA DE LA GUÍA DE DIABETES DE CASTILLA Y LEÓN

M. Robles-García[1], M. Galindo Jimeno[2], M. Villacorta González[1]

[1]DG Planificación e Innovación, [2]DG Asistencia Sanitaria. Gerencia Regional de Salud. Castilla y León

OBJETIVOS

Adaptar la Estrategia en Diabetes del SNS a las necesidades de la Comunidad Autónoma. Disponer de directrices y recomendaciones que favorezcan la implantación de las actuaciones con mayor evidencia y fomenten la coordinación y la continuidad asistencial.

MATERIAL Y MÉTODO

Antecedentes: partiendo del III Plan de Salud de CyL (2008-2012), que considera la diabetes problema de prioritaria intervención, de la Estrategia en Diabetes del SNS (CISNS oct 2006) y como marco los planteamientos estratégicos de la UE y OMS, la Consejería de Sanidad se plantea la necesidad de una herramienta de mejora en el abordaje del proceso de la diabetes, a través de actuaciones dirigidas a reducir el impacto de la Diabetes mellitus en la población castellana y leonesa. Constitución del grupo de trabajo y diagnóstico de la situación: el grupo integrado por profesionales de AP y AE, médicos y enfermeras y representante de la Federación de Asociaciones de Diabéticos de Castilla y León, proponen actuaciones concretas a través de objetivos específicos desde un abordaje integral de la patología. Identificación y priorización de las recomendaciones: contemplando aspectos relacionados con la promoción de estilos de vida saludable y prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y seguimiento, así como el manejo de complicaciones y situaciones especiales relacionadas.

RESULTADOS

El resultado del consenso ha sido la elaboración de una Guía de actuaciones para la adaptación de la Estrategia en Diabetes del SNS en CyL (Directrices y recomendaciones para la implementación) (2010-2014), recoge 52 actuaciones para alcanzar los objetivos, en la Comunidad, que marca la Estrategia en diabetes del SNS, a través de 5 directrices: promover una vida saludable y prevenir la diabetes, diagnosticar precozmente la enfermedad, tratar adecuadamente mediante coordinación y continuidad asistencial los casos diagnosticados, prevenir y abordar las complicaciones y desarrollar la formación en diabetes, innovar y fomentar la investigación sobre la enfermedad y sus factores de riesgo concretadas.

DISCUSIÓN

La promoción de estilos y hábitos de vida saludables puede evitar una proporción elevada de casos de diabetes tipo 2, por ello, conforme a los planteamientos de la OMS, se propugna un enfoque integrado que combina la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la diabetes. Las Estrategias en Salud elaboradas por el SNS constituyen un buen punto de partida para facilitar el análisis de las necesidades que cada Comunidad Autónoma tiene que desarrollar. Es necesario analizar el contexto de cada problema en el entorno para adaptar las recomendaciones del SNS y detectar las áreas de mejora prioritarias. Es importante contar con los profesionales y con la colaboración de las sociedades científicas y asociaciones implicadas, no sólo en el proceso de elaboración sino también en el de difusión, implantación y evaluación.

CONCLUSIONES

Las recomendaciones unifican, en Castilla y León, la visión de las líneas concretas que deben ir desarrollando las Gerencias de Salud de Área, implicando a los profesionales en este ejercicio de mejora. El interés añadido de esta Guía consiste en incorporar las necesidades identificadas por los pacientes y remarcar la importancia del fomento del autocuidado, tanto por parte de los pacientes como de los ciudadanos. GRUPO DE TRABAJO: Mª Luisa González Castro, Pilar Trigueros Aguado, Fernando Gómez Peralta, Enrique Ruiz Pérez, Tomás Vega Alonso, Belén Bernal Martín.

A-38 INNOVACIÓN DESDE LOS PROFESIONALES: OPORTUNIDAD Y RETO PARA IMPULSAR LA ESTRATEGIA DE CRONICIDAD (EC)

R. González Llinares[1], A. Arcelay Salazar[1], I. Zabala Rementería[1], A. Porta Fernández[1], G. Sanz Rupérez[1], M. Castillo Polo[2]

[1]Oficina para la Estrategia de la Cronicidad, [2]Subdirección de Calidad. Organización Central. Osakidetza. Vitoria (Álava)

OBJETIVOS

Diseñar herramientas y foros para facilitar y promover la innovación desde los profesionales como eje fundamental de la EC.

MATERIAL Y MÉTODO

Para el diseño de herramientas: -Adaptación de las Becas del Dpto. de Sanidad. Se introduce el concepto "investigación-acción".-Contrato Programa (CP). Anexo II de Calidad como "vivero" de proyectos "contratados" con las organizaciones de Servicios (OOSS).-Proyectos que surgen de otras iniciativas de las OOSS.-Kronikgune: Centro de investigación de excelencia en cronicidad. Dirigido a proyectos de investigación con potencial transformador y capacidad de extensión. Para el desarrollo de foros: - Jornadas de buenas prácticas
-Utilización de las TICs para la difusión.

RESULTADOS

-Becas Dpto. de Sanidad y Consumo: 2010-2011:25 Proyectos. Las áreas más tratadas son: DM, farmacia y salud mental. Los ejes de la EC más abordados son: "Impacto resultados en pacientes",40% y "Atención clínica integrada",24%. -Contrato Programa: 38 proyectos en el año 2010 y 54 en 2011, muchos de ellos provenientes del año anterior (tanto individuales como compartidos entre 2 ó 3 OO de SS) Por áreas temáticas, sobresalen: Cardiovascular (20,37%), Trauma (11,2%), Diabetes y EPOC. Respecto a los ejes destacar que el 40,75% están relacionados con "Actividad no presencial y TICs" y el 35% con "Atención clínica integrada".-Otras iniciativas de las OOSS: 3 relativas a Salud mental, TICs y Coordinación Sociosanitaria.-Kronikgune: Becas 2011: 33 Proyectos aprobados, que corresponden a los siguientes ejes: "Promoción/prevención" (24,2%), "TICs" (21 %) y "Atención clínica integrada" (21 %). -Aproximadamente 20 jornadas de buenas prácticas con asistencia de profesionales.-BLOG de la Oficina para la Estrategia de la Cronicidad (OEC)

DISCUSIÓN

Convertir las "ideas" en conocimiento organizativo, aunar la actividad diaria con la investigación para conseguir mejoras y aplicarlas en el sistema sanitario, requiere reordenar circuitos y establecer responsables en todo el proceso de priorización de temas, evaluación de proyectos, identificación de recomendaciones y análisis de la factibilidad de extensión de las mismas al conjunto de Osakidetza. Asimismo, se considera fundamental el apoyo a los investigadores tanto en la génesis de los proyectos como en el desarrollo de la investigación a través de soporte metodológico y logístico.

CONCLUSIONES

A través de los foros y herramientas descritas, en el sistema sanitario vasco se genera un buen número de proyectos e iniciativas de innovación procedentes de los profesionales. Las temáticas abordadas incluyen los grupos de patologías más prevalentes así como algunos de los ejes más transversales de la EC como la "atención clínica integrada, promoción/prevención y TICs. Es importante reseñar que en muchos casos los proyectos son compartidos entre varias OO de SS.

A-40 UNIDAD DE VALORACIÓN SOCIOSANITARIA: DETECCIÓN ACTIVA Y ANÁLISIS DE AUMENTO DE RECURSOS SANITARIOS DE PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS

M. Clerencia Sierra, P. Navarro García, C. Gavara Gimeno, E. Hernández Sánchez

UVSS. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

OBJETIVOS

Detección activa de pacientes crónicos complejos, para ser valorados por la UVSS, una unidad interdisciplinar, y analizar las variables que aumentan el consumo de recursos sanitarios.

MATERIAL Y MÉTODO

Detección activa de PCC, mediante cribado al ingreso. El paciente es derivado a la UVSS (interdisciplinar), valora de forma integral, detectando necesidades sociosanitarias y elaboración de un plan implementado por EAP. Se recogen variables: sociodemográficas (sexo, edad), situación funcional, cognoscitiva y social. Pluripatología polimedicación, síndromes geriátricos, número de ingresos en el último año, número de visitas a urgencias en el último año. Base de datos y análisis estadístico mediante programa SPSS 19.0. Se realiza estudio descriptivo y análisis bivariante

RESULTADOS

Estudio transversal, cohorte de 93 PCC detectados en HUMS. Zaragoza, mayo-diciembre/2011. Edad media 75,76 años; 65,6% hombres. EM 12,45 días. Independientes ABVD 6,7% (28,9% previo); 85,6% sin deterioro cognoscitivo. 100 enfermedad crónica, de ellos 10% enfermedad terminal; pluripatológicos 48,3%, polimedicados 67,4%. Fallecen 10% y 83% derivados a AP. Ingresos (≥3 veces/año) 58,4%, urgencias (≥5 veces/año) 57,3%. Sínd. geriátricos: inmovilidad 48%,incontinencia 31,5%,caídas 30%,déficit visual 20%,estreñimiento 19%,insomnio 19%,dolor 14,6%,trastorno depresivo 11%, déficit auditivo 9% y delirium 6,7%.19,6% viven solos y 32,6% conviven con >75 años; apoyos domiciliarios insuficiente s44,3% y sobrecarga cuidador 12,5%. EM mayor si alta a hospital de convalecencia 27 vs 10días, más dependientes, terminales, sind. inmovilidad, incontinencia, delirium, trastorno depresivo, insomnio, déficit auditivo o dolor. También si viven solos, ausencia de cuidador principal o con sobrecarga o no existe apoyos domiciliarios suficientes. Media ingresos anuales 3,24 y 4,55 la media visitas a urgencias anuales; no diferencia estadísticamente significativa por tipo de patología crónica, ni por pluripatología ni polimedicación. Sí diferencia significativa en media de ingresos anuales con deterioro cognoscitivo, con una diferencia de ingresos medios/año de 1,22 y una diferencia de visitas a urgencias/año de 1,52.También en los ingresos/año si viven solos (1,24 veces más), en ingresos hospitalarios y visitas a urgencias si no existe apoyo domiciliario suficiente.

DISCUSIÓN

Los PCC en nuestro entorno son hombres no muy añosos con pluripatología, al menos una enfermedad crónica discapacitante y polimedicación. Son independientes funcionalmente y sin deterioro cognoscitivo. Estos pacientes tal como refleja la bibliografía internacional, son grandes consumidores de recursos sanitarios: estancias medias hospitalarias más prolongadas, ingresos hospitalarios repetidos y frecuentadores de urgencias. La estancia hospitalaria de estos pacientes está relacionada con complicaciones médicas o reagudizaciones de evolución tórpida, con la dependencia funcional y con los factores de riesgo social. Los ingresos hospitalarios repetidos y la frecuentación elevada a los servicios de urgencias está relacionada con la presencia de deterioro cognoscitivo y con los factores de riesgo social vivir solo y apoyos domiciliarios insuficientes

CONCLUSIONES

1.La complejidad de estos pacientes está condicionada por patología crónica, pluripatología, polimedicación y factores riesgo social 2.En nuestro entorno, las variables relacionadas con el consumo de recursos sanitarios son tanto criterios clínicos y de fragilidad, como factores sociales.3.Es necesario descifrar si los ingresos hospitalarios y visitas a urgencias son inadecuadas en estos PCC, ya que están relacionadas con factores sociales y deterioro cognoscitivo y no con otros criterios clínicos y de fragilidad.4.Las UVSS mejoran la coordinación adecuando el consumo de recursos sanitarios mediante la valoración integral e interdisciplinar, en una atención centrada en el paciente debe tener su base en Atención Primaria

A-41 LA ATENCIÓN A LA CRONICIDAD EN LOS PLANES DE SALUD DE LAS CCAA ¿DÓNDE ESTAMOS, A DÓNDE VAMOS Y QUÉ RETOS TENEMOS?

O. Solas[1], J. Contel[2], J. Mira[3], N. Toro[4], R. Nuño[4], M. Gilabert[3], P. Fernández-Cano[5]
[1]*Fundación Sociosanitaria de Castilla -La Mancha. Toledo*
[2]*Institut Català de la Salut. Barcelona*
[3]*Universidad Miguel Hernández. Alicante*
[4]*O+Berri. Instituto Vasco de Innovación Sanitaria. Vizcaya*
[5]*Merck Sharp & Dohme. Madrid*

OBJETIVOS

Examinar de forma sistemática la formulación de objetivos e intervenciones sobre atención de la cronicidad en los PS y estrategias de las CCAA utilizando IEMAC, un instrumento específicamente desarrollado para orientar en la atención a pacientes crónicos.

MATERIAL Y MÉTODO

Los documentos de los PS se han obtenido mediante una búsqueda en las Webs institucionales de las CCAA. De forma complementaria se realizó una consulta telefónica para conocer si existían documentos sobre atención a la cronicidad. Se incluyen en el estudio los PS vigentes 2011. Se ha utilizado IEMAC (instrumento de evaluación de modelos de atención ante la cronicidad), como matriz de análisis de la información.

RESULTADOS

Los PS son documentos estratégicos que orientan los objetivos, las acciones y proyectos de la política sanitaria de las CCAA. Se han analizado 10 PS vigentes en 2011. Se han identificado marcos sistémicos de abordaje integral en 3 CCAA: Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad (Euskadi); 6 proyectos- Plan de Salud de Cataluña; y el PAIPEC (Plan de Atención Integral al Paciente con Enfermedades Crónicas (Andalucía). En el resto de los PS se han identificado acciones concretas de acuerdo a las 6 dimensiones definidas en IEMAC son; Dimensión 2: Enfoque de salud pública- salud comunitaria, Dimensión 5: Apoyo en la toma de decisiones: definición y mejora de la gestión clínica basada en procesos asistenciales y guías clínicas; Dimensión 6: Sistemas de información: incorporación intensiva de las TI: accesibilidad y seguimiento clínico, telemedicina, historia clínica compartida, Dimensión 4: Autocuidado paciente (paciente activo, escuelas de pacientes). Las acciones de cambio organizacional y transformación del modelo asistencial (Dimensión 1 y 3) son citas simbólicas sin alcance y acciones concretas a excepción de las experiencias en el País Vasco y recientemente en Cataluña y Andalucía.

DISCUSIÓN

IEMAC ha demostrado ser una herramienta útil y adecuada para la planificación estratégica y operativa en la orientación hacia la cronicidad (hoja de ruta). Se ha utilizado como matriz de análisis (dimensiones y componentes). No se ha aplicado la escala de evaluación. Se intuye un nuevo ciclo de planificación sobre atención a la cronicidad, con un enfoque poblacional, integrador y sistémico, que aporte coherencia, equidad y eficiencia. No se trata de hacer una estrategia como la suma de las estrategias por enfermedades. Se trata de abandonar el enfoque reduccionista hacia un enfoque holístico e integrador: centrado en la persona, en los resultados en salud, en consecuencia, en el beneficio en salud y el coste-efectividad de las intervenciones. Si esto siempre fue necesario. En estos momentos de crisis es inexcusable. Se comparte el análisis de situación, "el qué se debe hacer" pero seguimos inmersos en no responder al "cómo" (la implementación de los cambios).

CONCLUSIONES

Se han llevado a cabo numerosas actuaciones en el conjunto del SNS y desde los Servicios Regionales de Salud. Existe elevada sensibilidad y compromiso en varias CCAA, algunas de ellas con proyectos definidos (País Vasco) y otras con proyectos avanzados (Andalucía, Cataluña, Valencia, Castilla y León, Murcia, Navarra, Castilla - La Mancha). IEMAC es un instrumento útil, orientador, versátil que se adapta al enfoque y formatos de planificación en nuestro contexto. Puede ser considerado una hoja de ruta para el análisis de situación; y para la evaluación sistemática. ¿Crisis u oportunidad para avanzar?

A-42 ESTRATEGIAS DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA CONOCER EL BOTIQUÍN DOMICILIARIO DEL PACIENTE POLIMEDICADO

F. Téllez Pérez[1], M. Gallego Galisteo[2], A. Villa Rubio[3], A. M. Sánchez López[4], J. Ávila Álvarez[3], J. Roldán Morales[3], E. Campos Dávila[3]

[1]UGC Medicina Interna, [3]UGC Farmacia, [4]Enfermería Gestora de Casos. Hospital del S.A.S. la Línea de la Concepción. La Línea de la Concepción (Cádiz)

[2]UGC Farmacia. Complejo Hospitalario Área Campo de Gibraltar. Algeciras (Cádiz)

OBJETIVOS

Cuantificar la acumulación de medicamentos en el botiquín domiciliario de pacientes polimedicados mayores de 64 años.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal multidisciplinar de los Servicios de Farmacia, Medicina Interna y Enfermera Gestora de Casos de pacientes polimedicados mayores de 64 años ingresados en el Servicio de Medicina Interna en el período de Marzo a Octubre de 2011. Se definió paciente polimedicado aquel con al menos 6 medicamentos en su tratamiento habitual. Se comparó la historia clínica electrónica (DIRAYA ®) previa a su ingreso con el informe al alta hospitalaria de cada uno de los pacientes, para detectar discrepancias, siendo citados para una posterior visita domiciliaria tras el consentimiento para participar en el estudio. Durante la visita se entrevistó al paciente, cuidador y/o familiar para corroborar la terapia crónica del mismo y se revisó el contenido del botiquín. Se consideró existía acumulación de medicamentos cuando era detectado al menos un envase extra de 3 fármacos diferentes, o más de 3 envases de un mismo fármaco.

RESULTADOS

Se incluyeron 88 pacientes, de los cuales el 55,7% (49) eran hombres y el 44,3% (39) mujeres, con una media de edad 76,7 ± 6,7 años (Tabla 1). Se detectó que el 46,4% (41) de los enfermos acumulaban medicamentos en sus botiquines domiciliarios, observándose que el 24,39% (10) acumulaban entre 3 - 6 medicamentos, el 21,95% (9) entre 7 – 9 medicamentos, el 31,71% (13) entre 10 - 14 medicamentos y 21,95% (9) más de 14 medicamentos. Se observó que el 61,2% de los hombres acumulaban medicación en sus domicilios en comparación con el 38,8% de las mujeres. La distribución de acumulación por rango de edad fue de 16,3% entre 65 - 70 años de edad, 28,6% entre 71 – 75 años, 20,4% entre 76 - 80 años, 26,5% entre 81 - 85 años y 8,2% más de 85 años.

CONCLUSIONES

-Prácticamente la mitad de los pacientes polimedicados mayores de 64 años acumulan medicamentos en sus botiquines domiciliarios, siendo más frecuente en hombres.-Una elevada proporción de polimedicados (53%) acumulan 10 o mas medicamentos con el riesgo de interacciones y aumento de efectos secundarios.

Tabla 1. Distribución de paciente por rangos de edad (A-42)

Rango de Edad	% (n)
65 - 70 años	19,3 % (17)
71 - 75 años	26,1 % (23)
76 - 80 años	23,9 % (21)
81 - 85 años	21,6 % (19)
> 85 años	9,1 % (8)
Total	100% (88)

A-43 REVISIÓN DEL BOTIQUÍN DOMICILIARIO DE PACIENTES POLIMEDICADOS: ¿CUÁLES SON LOS MEDICAMENTOS MÁS ACUMULADOS?

A. Villa Rubio[1], M. Gallego Galisteo[2], F. Téllez Pérez[3], A. M. Sánchez López[4], B. Marmesat Rodas[2], J. Ramos Báez[2], E. Márquez Fernández[2]

[1]UGC Farmacia, [3]UGC Medicina Interna, [4]Enfermería Gestora de Casos. Hospital del SAS la Línea de la Concepción. La Línea de la Concepción (Cádiz)

[2]UGC Farmacia. Complejo Hospitalario Área Campo de Gibraltar. Algeciras (Cádiz)

OBJETIVOS

Clasificar y analizar los medicamentos acumulados en los botiquines domiciliarios de pacientes polimedicados mayores de 64 años por grupos terapéuticos.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal multidisciplinar del Servicio de Farmacia, Medicina Interna y Enfermería Gestora de Casos. Se incluyeron pacientes mayores de 64 años con al menos 6 medicamentos en su terapia crónica, ingresados en el Servicio de Medicina Interna durante el período de Marzo a Octubre de 2011, y que habían dado su consentimiento para participar en el estudio. Al alta hospitalaria, los pacientes fueron citados para una posterior visita domiciliaria en la cual se entrevistó al paciente, cuidador, y/o familiar para corroborar su terapia crónica, y revisar el contenido de su botiquín domiciliario. Se consideró medicamento acumulado aquel envase repetido, teniendo el envase en uso más de la mitad de su contenido, o ya suspendido de su terapia habitual. La clasificación de los medicamentos analizados por grupos terapéuticos se realizó según la codificación ATC (Anatómico Terapéutico Químico) basado en el sistema u órgano sobre el que actúa, el efecto farmacológico, las indicaciones terapéuticas y la estructura química del fármaco.

RESULTADOS

Fueron incluidos 88 pacientes, de los cuales el 55,7% (49) eran hombres y el 44,3% (39) mujeres, con una edad media de 76,7 ± 6,7 años. Se detectó acumulación en el 55,7% (49) de los pacientes, con un total de 511 envases de medicamentos almacenados. Los grupos terapéuticos acumulados con mayor frecuencia en los botiquines domiciliarios de los pacientes incluyeron antidiabéticos (Grupo ATC A10) con un 9,39% (48), antiácidos (Grupo ATC A02) 8,22% (42), fármacos para la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) (Grupo ATC R03) 7,83% (40), antihipertensivos del sistema reñía- angiotensina (Grupo ATC C09) 7,44% (38) y terapia cardiaca (Grupo ATC C01) 6,07% (31). Al analizar los medicamentos más acumulados se observó que el 7.63% (39) fueron antiagregantes plaquetarios (grupo ATC B01AC), 6.07% (31) diuréticos tiazídicos (Grupo ATC C03CA), 4.70% (24) nitratos orgánicos (Grupo ATC C01DA), 4.31% (22) betabloqueantes adrenérgicos cardioselectivos (Grupo ATC C07AB), 4.11% (21) inhibidores de la bomba de protones (Grupo ATC A02AB), 3.72% (19) estatinas (Grupo ATC C10AA),3.52% (18) Inhaladores adrenérgicos para la EPOC (Grupo ATC R03AK) y el 3.33% (17) antagonistas de angiotensina II (Grupo ATC C09CA).

CONCLUSIONES

-Más de la mitad de los pacientes analizados acumulaban medicación en sus botiquines domiciliarios.-Los medicamentos más acumulados pertenecían al grupo de la terapia cardiovascular, digestiva, sistema nervioso y respiratoria, siendo los fármacos más acumulados antiagregantes plaquetarios, diuréticos tiazídicos, nitratos orgánicos, inhibidores de la bomba de protones, estatinas, Inhaladores adrenérgicos para la EPOC y antagonistas de angiotensina II.

A-44 ¿PODEMOS CONSEGUIR ESTRATEGIAS DE MEJORA PARA EVITAR LAS DISCREPANCIAS EN EL TRATAMIENTO CRÓNICO DE LOS PACIENTES POLIMEDICADOS TRAS EL ALTA HOSPITALARIA?

B. Marmesat Rodas[1], M. Gallego Galisteo[1], F. Téllez Pérez[2], A. M. Sánchez López[3], A. Villa Rubio[4], J. Ávila Álvarez[4]

[1]UGC Farmacia. Complejo Hospitalario Área Campo de Gibraltar. Algeciras (Cádiz)

[2]UGC Medicina Interna, [3]Enfermería Gestora de Casos, [4]UGC Farmacia. Hospital del S.A.S. la Línea de la Concepción. La Línea de la Concepción (Cádiz)

OBJETIVOS

-Analizar las discrepancias detectadas en el tratamiento crónico tras el alta hospitalaria de pacientes polimedicados mayores de 64 años.-Evaluar la valoración del médico de Atención Primaria (MAP) tras ser informado de las discrepancias de conciliación detectadas.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal multidisciplinar del Servicio de Farmacia, Medicina Interna y Enfermería Gestora de Casos. Se definió paciente polimedicado aquel con al menos 6 medicamentos en su tratamiento habitual. Los pacientes fueron reclutados en el periodo de Marzo a Octubre de 2011 durante su ingreso hospitalario en el Servicio de Medicina Interna. Tras el consentimiento para participar, se revisó la historia clínica electrónica antes de su ingreso y se entrevistó al paciente, familiar y/o cuidador para corroborar su tratamiento crónico. Al alta hospitalaria, los pacientes eran citados para una visita domiciliaria, donde el paciente, cuidador, y/o familiar eran entrevistados, con el fin de conocer el tratamiento actual del paciente y detectar las posibles discrepancias de conciliación. Se consideró discrepancias de conciliación cuando existía una diferencia no justificada entre el tratamiento registrado en la historia clínica electrónica y el tratamiento administrado por el paciente. Se clasificaron según la causa de la misma en cinco tipos: discrepancia por omisión (ausencia de un fármaco en la historia clínica electrónica que si era consumido por el paciente), discrepancia por comisión (fármaco prescrito en la historia clínica electrónica que ya había sido suspendido), discrepancia en la dosis, vía y/o frecuencia de administración del fármaco, discrepancia por sustitución (fármaco

que ya había sido sustituido por otro con la misma indicación terapéutica) y discrepancia por duplicidad (fármaco con doble prescripción). Se envió un informe al MAP correspondiente donde se notificaban las discrepancias detectadas, junto a una encuesta de satisfacción para la valoración de la información proporcionada.

RESULTADOS

Se incluyeron 88 pacientes, de los cuales el 55,7% (49) eran hombres y el 44,3% (39) mujeres, con una edad media 76,7 ± 6,7 años. El 95.5% de pacientes (84) mostró al menos una discrepancia de conciliación en su tratamiento crónico habitual. El total de discrepancias detectadas fue de 437 con una media de 5.20 discrepancias por paciente. Las discrepancias detectadas según las causas responsables de las mismas fueron: el 76.1% (67) discrepancias de dosis, vía y/o frecuencia de administración, 55.7% (49) de comisión, 54,5% (48) de omisión, 28.4% (25) de sustitución y 17,0% (15) de duplicidad. Se remitió un informe al MAP correspondiente en el 100% (88) de los casos, informando de las discrepancias detectadas o la ausencia de las mismas. El 43,2 % (38) de ellos devolvieron la encuesta de satisfacción adjunta, afirmando el 80,0% (20) que la información era clara y el 89,5% (34) que era útil.

CONCLUSIONES

-Las discrepancias en el tratamiento crónico de los pacientes ancianos polimedicados tienen una elevada prevalencia, siendo las más frecuentes las relacionadas con la dosis, vía y/o frecuencia de administración.

-Los MAP valoraron muy positivamente la información proporcionada sobre las discrepancias detectadas en sus pacientes.-La implementación de estrategias de conciliación por un equipo multidisciplinar podrían minimizar los riesgos del acumulo de fármacos en la seguridad de los pacientes.

A-45 VALORACIÓN FUNCIONAL DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADIO AVANZADO. ¿INDICE DE BARTHEL, ECOG-PS O PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE?

J. Praena Segovia[1], M. Bernabeu Wittel[1], C. Hernández Quiles[1], J. Murcia Zaragoza[2], B. Escolano Fernández[3], G. Jarava Rol[3], D. Mendoza Giraldo[1], en representación de los investigadores del Proyecto Paliar (Grupo PPPyEA de la SEMI)

[1]*Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla*

[2]*Medicina Interna. Hospital Vega Baja de Orihuela. Alicante*

[3]*Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)*

OBJETIVOS

Determinar la situación funcional para el desarrollo de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) mediante el Índice de Barthel (IB), el performance status mediante el ECOG-PS, y el PPS, y explorar la concordancia entre estos tres instrumentos, de los pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en estadio avanzado incluidos en el proyecto PALIAR.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal multicéntrico de 41 hospitales españoles, con inclusión de pacientes identificados durante la hospitalización, consultas, ú hospitalización domiciliaria entre Febr2009-Sept2010. Se incluyeron pacientes con una ó más de las siguientes condiciones: Insuficiencia cardiaca con disnea basal >=III de la NYHA (ICC); insuficiencia respiratoria con disnea basal >=III MRC y/o satO2<90% y/o O2domiciliaria (IR); insuficiencia renal crónica estadio 4-5 de NKF (ERC); hepatopatía crónica escala Child-Pugh >7; y/o enfermedad neurológica con deterioro cognitivo/funcional establecidos (Pfeiffer>6 y/o MEC<=18 y/o Barthel<60) (EN). Se consignó el IB, ECOG-PS y PPS, así como la concordancia entre estas tres escalas mediante el coeficiente de correlación intraclase (IB y PPS), y el índice kappa (categorizando el IB<35, el PPS<50, y ECOG-PS>=3).

RESULTADOS

La mediana del IB y PPS de los 1847 pacientes incluidos fue 35 [RIC=70], y 50 [RIC=30], respectivamente. Un 49% de ellos presentaba dependencia grave ó total (IB<35), y un 46.8% pasaba la mayor parte del tiempo en la cama (PPS<50). Con respecto al ECOG-PS sólo un 23% estaba en situación clínica 0-1, mientras que un 40% estaba en situación 3-4 (más del 50% del día en la cama ó completamente encamado). El coeficiente de correlación intraclase entre el IB y el PPS fue 0.685 (0.635-0.727; p<.0001) para medidas individuales y 0.813 (0.777-0.842; p<.0001) para medidas promedio. El índice de concordancia kappa categorizando las escalas fue 0.681 (0.647-0.715; p<.0001) entre el IB y el PPS, 0.653 (0.617-0.689; p<.0001) entre el IB y el ECOG-PS, y 0.745 (0.713-0.777; p<.0001) entre el PPS y el ECOG-PS.

CONCLUSIONES

Aproximadamente la mitad de los pacientes con enfermedades médicas avanzadas incluidos en el proyecto PALIAR presentaban dependencia grave-total y/o precisaban encamamiento la mayor parte del tiempo. La concordancia entre los tres instrumentos fue aceptable-buena.

A-46 FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD DE UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADÍOS AVANZADOS

C. Hernández Quiles[1], M. Oliver[2], J. Díez Manglano[3], S. Sanz Baena[4], P. González Ruano[5], D. Nieto Martín[1], M. Ollero Baturone[1], en representación de los investigadores del Proyecto Paliar (Grupo PPPyEA de la SEMI)

[1]Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla
[2]Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino. Sanlúcar de Barrameda (Cádiz)
[3]Medicina interna. Hospital Royo Villanova. Zaragoza
[4]Medicina Interna. Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela. Madrid
[5]Medicina Interna. Hospital Cantoblanco. Madrid

OBJETIVOS

Conocer la mortalidad a los 180 días de seguimiento y los factores asociados a la misma, de los pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en estadio avanzado incluidos en el proyecto PALIAR.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo observacional multicéntrico de 41 hospitales españoles, con inclusión de pacientes identificados durante la hospitalización, consultas, ú hospitalización domiciliaria entre Febr2009-Sept2010. Se incluyeron pacientes con una ó más de las siguientes condiciones: Insuficiencia cardiaca con disnea basal >=III de la NYHA (ICC); insuficiencia respiratoria con disnea basal >=III MRC y/o satO2<90% y/o O2domiciliaria (IR); insuficiencia renal crónica estadio 4-5 de NKF (ERC); hepatopatía crónica escala Child-Pugh >7; y/o enfermedad neurológica con deterioro cognitivo/funcional establecidos (Pfeiffer>6 y/o MEC<=18 y/o Barthel<60) (EN). Se analizó la incidencia acumulada de fallecimientos durante los 180 días de seguimiento así como los factores asociados de forma independiente (utilizando la regresión logística multivariante paso a paso hacia atrás del paquete estadístico SPSS 19.0).

RESULTADOS

De los 1847 pacientes incluidos, finalizaron el seguimiento 1788 (96.8%). La mortalidad durante los 180 días de seguimiento ascendió al 37.5% (N=669; supervivencia media=154 días); estando ésta relacionada con la(s) enfermedad(es) de inclusión en 625 (93.4%) pacientes Las muertes se produjeron principalmente en hospitales de agudos en el 59%, seguido del domicilio familiar (22.5%), hospitales de larga estancia (11.5%), y residencias de cuidados (7%). Se realizó seguimiento domiciliario en el 75% (n=503) de los pacientes que fallecieron (en 188 (37.4%) por parte de Atención Hospitalaria, en 163 por parte de Atención Primaria (32.5%), en 89 por ambos y en 63 por otras instancias. Los factores asociados a la mortalidad de forma independiente fueron una mayor edad (RR=1.034 (1.018-1.049; p<.0001), la insuficiencia renal crónica (RR=1.69 (1.2-2.3; p=.002), la inclusión por hepatopatía avanzada (RR=2.1 (1.2-3.8; p=.009), la arteriopatía periférica (RR=1.66 (1.05-2.6; p=.03), la presencia de úlceras por presión (RR=1.5 (1.08-2.2; p=.045), niveles bajos de colesterol total (RR=1.004 (1.001-1.009; p=.022), una menor puntuación en el Palliative Performance Scale (RR=1.02 (1.01-1.03; p<.0001), una mayor puntuación en el Palliative Prognostic Index (RR=1.13 (1.08-1.19; p<.0001), y un mayor número de ingresos en los 3 últimos meses (RR=1.034 (1.018-1.049; p<.0001).

CONCLUSIONES

Más de un tercio de los pacientes incluidos en el proyecto PALIAR fallecieron durante los 6 meses de seguimiento. Los factores que más se asociaron a la mortalidad estuvieron relacionados principalmente con la edad, algunas enfermedades crónicas (renales, hepáticas y vasculares), una peor funcionalidad performance, y mayores necesidades de hospitalización en meses previos.

A-47 ANÁLISIS DEL VALOR PREDICTIVO DE LOS CRITERIOS NHO, EL ECOG-PS, Y EL PALLIATIVE PROGNOSTIC INDEX EN LA PREDICCIÓN DE MORTALIDAD DE UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADÍOS AVANZADOS

L. De La Higuera Vila[1], B. Barón Franco[2], L. Pérez Belmonte[3], L. Moreno Gaviño[1], A. Ruiz Cantero5, J. Murcia Zaragoza[6], I. Novo Valeiro[7], en representación de los investigadores del Proyecto Paliar (Grupo PPPyEA de la SEMI)

[1]Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla
[2]Medicina Interna. Hospital General Juan Ramón Jiménez. Huelva
[3]Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga)
[5]Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)
[6]Medicina Interna. Hospital Vega Baja De Orihuela. Alicante
[7]Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca

OBJETIVOS

Analizar los valores predictivos positivo (VPP) y negativo (VPN) de los criterios de terminalidad de la NHO, el ECOG-PS y el PPI, en los pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en estadio avanzado incluidos en el proyecto PALIAR.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo observacional multicéntrico de 41 hospitales españoles, con inclusión de pacientes identificados durante la hospitalización, consultas, ú hospitalización domiciliaria entre Febr2009-Sept2010. Se incluyeron pacientes con una ó más de las siguientes condiciones: Insuficiencia cardiaca con disnea basal >=III de la NYHA (ICC); insuficiencia respiratoria con

disnea basal >=III MRC y/o satO2<90% y/o O2domiciliaria (IR); insuficiencia renal crónica estadio 4-5 de NKF (ERC); hepatopatía crónica escala Child-Pugh >7; y/o enfermedad neurológica con deterioro cognitivo/funcional establecidos (Pfeiffer>6 y/o MEC<=18 y/o Barthel<60) (EN). Se analizó la sensibilidad (S), especificidad (E), VPP, y VPN de los criterios NHO, la ECOG-PS (diferenciando el dintel funcional en >=1, >=2, >=3, y 4), y el PPI (utilizando como dintel una puntuación >4), utilizando como criterio de verdad el desarrollo del evento principal a los 30, 60, 90, 120, 150, y 180 días de seguimiento.

RESULTADOS

El desarrollo del evento principal (muerte), en los 1788 pacientes que finalizaron el seguimiento se produjo en el 15.8%, 22.8%, 28.1%, 31.7%, y el 37.5% de los pacientes a los 30, 60, 90, 120, 150, y 180 días, respectivamente. La S, E, VPP y VPN del NHO fue 74.5, 55, 24, y 92% a los 30 días; 73, 57, 33, y 88% a los 60 días; 71, 59, 40, y 84% a los 90 días; 70, 60, 44, y 81% a los 120 días; 69, 60, 47, y 79% a los 150, y 69, 61, 51, y 77% a los 180 días, respectivamente. La S, E, VPP, y VPN del ECOG-PS fue máxima utilizando el dintel funcional >=2 (sintomático, con necesidad de permanecer en cama <50% del tiempo de vigilia), (92, 23, 20, y 95% a los 30 días; 90, 30, 28, y 91% a los 60 días; 90, 32, 35, y 89% a los 90 días; 88, 32, 38, y 84% a los 120 días; 88, 32, 41, y 83% a los 150, y 88, 34, 45, y 82% a los 180 días, respectivamente); y en segundo lugar el dintel >=3 (sintomático, con necesidad de permanecer en cama >50% del tiempo de vigilia), (73, 62, 27, y 92% a los 30 días; 68, 64, 37, y 87% a los 60 días; 65, 65, 43, y 82% a los 90 días; 63, 67, 43, y 79% a los 120 días; 63, 67, 50, y 77% a los 150, y 62, 68, 54, y 74% a los 180 días, respectivamente). Los valores de S, E, VPP y VPN del PPI fueron 79, 50, 23, y 92% a los 30 días; 76, 51, 32, y 88% a los 60 días; 74, 53, 38, 84% a los 90 días; 72, 53, 42, 81% a los 120 días; 71, 53, 44, 78% a los 150; y 74, 54, 53, 75% a los 180 días, respectivamente.

CONCLUSIONES

Los tres test estudiados se caracterizaron por presentar elevados valores predictivos negativos (74-95%) y pobres valores predictivos positivos (24-54%), para predecir la mortalidad de los pacientes a lo largo de los seis puntos temporales analizados.

A-48 LOS PACIENTES CON DIABETES MAL CONTROLADOS DE UN DEPARTAMENTO DE SALUD: DIFERENCIAS ENTRE ZONAS BÁSICAS DE SALUD Y SU RELACIÓN CON LOS INGRESOS

M. Medina Martinez[1], C. Catalán Oliver[1], M. Ochando García[2], J. Cintas Bravo[3], M. Mas Asencio[3]

[1]Dirección Continuidad Asistencial, [2]Servicio de Laboratorio, [3]Sistemas de Información. Departamento de Salud del Vinalopo. Elche (Alicante)

OBJETIVOS

-analizar los pacientes diabéticos mal controlados de nuestro Departamento para implementar medidas específicas de gestión de este proceso, en relación al Plan de Crónicos que estamos elaborando. -su distribución entre ZBS- objetivar numero de visitas en urgencias e ingresos entre esta cohorte de pacientes

MATERIAL Y MÉTODO

En nuestro Departamento trabajamos con una Historia Clínica Electrónica compartida entre Hospital y Atención Primaria, Florence, que permite así mismo mediante su modulo de Gestión, recuperas datos de todos los procesos asistenciales de manera operativa. En concreto, nos hemos servido del Módulo de Hiperfrecuentadores, para valorar los pacientes que han ingresado y reingresado en nuestro Departamento en los últimos 6 meses. Disponemos de los datos que nos aporta la propia Agencia Valenciana de Salud, a través de la Oficina del Plan estratégico y Datamart (Abucasis), en relación a los pacientes diagnosticados de diabetes y su grado de control (HbA1C <7) Así mismo, contamos con la integración del Laboratorio On Line que también permite recuperar datos analíticos de pacientes, por ZBS y médico. Nos hemos centrado en los pacientes que cuentan con una HbA1C >8, en total 397. Hemos dividido estos pacientes por ZBS, y hemos detectado cuantos de ellos han ingresado 1 o mas veces en estos 6 meses.

RESULTADOS

-disponemos de datos de 5 de las 6 ZBS, una población total de 139.000 habitantes -en estas ZBS ha en tota 11406 pacientes diabéticos, un 8.2% de la población de nuestro Departamento. -397 pacientes tienen HbA1C >8, lo que supone un 3.7% del total de diabéticos -de estos 397, 61 han acudido a urgencias en los 6 meses del estudio, un 15.3% de los diabéticos mal controlados. -de estos 61 pacientes, tuvieron que ser ingresados 35, un 57.3% -por ZBS, la media de pacientes con mal control este 3.76%, aunque hay una ZBS que presenta un 5.8% de mal control y otra que tiene un 3.8% de mal control, cifras significativas entre estas ZBS

DISCUSIÓN

-las nuevas tecnologías y la HCE compartida y sus herramientas de Gestión, nos permiten observar el patrón de nuestros pacientes para identificar ZBS con resultados que nos hagan sospechar unas necesidades de mejora tanto organizativas como de formación. -la Diabetes es una enfermedad crónica que conlleva unas complicaciones micro y macrovasculares conocidas según su grado de control. Sabemos que una reducción de la HbA1C conlleva beneficios en cantidad y calidad de vida para nuestros pacientes.

CONCLUSIONES

-existen diferencias significativas dentro de un mismo Departamento de Salud en cuanto al control de la Diabetes -no hay diferencias entre ZBS en relación a los ingresos -en nuestra serie, no hemos encontrado que los pacientes con peor control, ingresen mas.

A-51 IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE CRONICIDAD DE OSAKIDETZA EN EL CS. SAN MARTIN (COMARCA ARABA): CREANDO ALIANZAS Y CONSOLIDANDO REDES

M. Fernández Molina[1], M. Mtz. De Albeniz Arriaran[1], S. Sánchez Gómez[2]
[1]*Comarca Araba. Centro de Salud San Martín. Vitoria-Gasteiz (Álava)*
[2]*Comarca Araba. Centro de Salud de Zaramaga. (Álava)*

OBJETIVOS

Llevar a cabo intervenciones innovadoras que movilicen el centro de salud para dar respuesta a los desafíos que la cronicidad genera en la sociedad -Crear alianzas intraequipo e interinstitucionales para promover una red de pensadores innovadores comprometidos con el reto que supone la sostenibilidad del sistema sanitario

MATERIAL Y MÉTODO

Se presenta la integración de los proyectos que se llevan en nuestro Centro de Salud en la Pirámide de Kaiser modificada, que identifica cuatro niveles de intervención según el nivel de complejidad del paciente crónico, segmentando o estratificando la población según necesidades. NIVEL 1.PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN Deshabituación tabáquica en alianza con la Asociación Contra el Cáncer Programa de prevención primaria de Diabetes tipo II (De_Plan) NIVEL 2. SOPORTE DE LA AUTOGESTIÓN Intervención Comunitaria: educación sanitaria grupal con pacientes diabéticos. Intervención grupal en pacientes con migraña NIVEL 3. GESTIÓN DE LA ENFERMEDAD Proyecto colaborativo para la mejora de la atención en pacientes con EPOC Programa Espiro. Osasunet: herramienta telemática para almacén, gestión y validación de espirometrías Implantación del proceso de calidad del paciente crónico domiciliario y paciente terminal Continuidad de Cuidados a fin de garantizar el seguimiento por parte de Atención Primaria tras el Alta hospitalaria NIVEL 4. GESTIÓN DE CASOS Análisis del polimedicado con la metodología AMFE (análisis modal de fallos y efectos) con el objetivo de garantizar la seguridad del paciente Implantación de un programa colaborativo y multidisciplinar para pacientes diagnosticados de insuficiencia cardiaca (PROMIC)

RESULTADOS

En este momento se están implementando estos proyectos de innovación que han surgido de la iniciativa de profesionales de Osakidetza con alcance diverso: autonómico, comarcal o intracentro; y con la participación de AP, especializada y asociaciones. Estamos en el momento de recogida de datos y de análisis con el resultado esperado de que las ideas se conviertan en conocimiento organizativo. Su puesta en marcha exige el trabajo colaborativo e interdisciplinar del equipo. Esto ha generado la necesidad de potenciar espacios para el intercambio comunicativo: reuniones de equipo, grupos de trabajo, intervenciones comunitarias con pacientes.

DISCUSIÓN

A la luz de la experiencia llevada a cabo en el CS de San Martín, consideramos que es clave garantizar como método de análisis la Investigación-Acción y Reflexión-Acción que permita la evaluación rigurosa de las intervenciones implementadas para que éstas sean extrapolables a otros contextos.

CONCLUSIONES

En el día a día en nuestro Centro de salud los proyectos de investigación se aúnan con la actividad diaria asistencial, impulsando un ambiente de trabajo colaborativo y generador de innovación. Los profesionales de base son los verdaderos agentes de cambio; y el cambio es necesario para garantizar la equidad, eficiencia y sostenibilidad del sistema de salud público.

A-54 LA EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA CRONICIDAD EN CATALUNYA: PROPUESTA DE UN MARCO CONCEPTUAL

M. Espallargues[1], M. Solans[1], M. Moharra[1], D. Ramírez[3], E. Torrente[4], C. Almazán[1], A. Parada[1], J. Escarrabill[4]
[1]*Área de Evaluación. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut; CIBER Epidemiología y Salud Pública. Barcelona*
[3]*MIR Medicina Preventiva y Salut Pública. Hospital Universitario de Bellvitge Hospitalet de Llobregat (Barcelona)*
[4]*Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut; Plan. Departament de Salut Barcelona*

OBJETIVOS

Los enfermos crónicos y sus cuidadores tienen una elevada mortalidad/discapacidad e impacto sobre su calidad de vida y suponen un importante coste de atención. En general la respuesta a las necesidades del paciente crónico parece que no es adecuada porque los actuales modelos sanitarios son reactivos, poco ágiles y la atención está fragmentada. El objetivo fue describir las estrategias o programas de atención a la cronicidad existentes en Catalunya y proponer un marco conceptual para su evaluación.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha propuesto una definición operativa de programa y se han identificado y descrito programas en marcha a partir de diferentes fuentes de información: datos disponibles de las autoridades sanitarias (Servicio Catalán de la Salud, Instituto Catalán de la Salud), entrevistas a expertos clave, repositorios sobre innovaciones organizativas (Fundación TIC Salut, Observatorio de innovación en gestión sanitaria de Catalunya), datos/informes aportados por los propios programas y revisión de la literatura. Se definió un modelo conceptual basado en los ejes y dimensiones que emergieron durante el análisis de contenido de los documentos

y fuentes consultadas. Se consensuará el marco conceptual evaluativo mediante grupos de discusión y consenso con diferentes agentes relevantes del ámbito sanitario y social.

RESULTADOS

Se han identificado más de 25 iniciativas en curso de las cuales unas 5 se basan en la provisión de servicios mediante aplicaciones de telemedicina. Para la definición de programa de atención a la cronicidad se han considerado como relevantes los siguientes elementos: integración de diferentes ámbitos asistenciales (AP, hospital, sociosanitario, etc.), profesionales implicados, objetivo del programa, población diana (paciente crónico complejo, paciente crónico, paciente frágil, persona a riesgo, etc.), circuito asistencial y sistema de evaluación. Se han propuesto 3 ejes de análisis con sus dimensiones: 1) estructura (estrategia, organización funcional, recursos humanos, gestión económico-financiera); 2) procesos (gestión de procesos asistenciales y, sistemas de información y comunicación); y 3) resultados (estado de salud conseguido, proceso de recuperación y la sostenibilidad de la salud).

DISCUSIÓN

Existen multiplicidad de modelos de atención a la cronicidad que implican dispositivos asistenciales de forma heterogenia y sin garantías de integración; se organizan en función de las disponibilidades locales y no en función de una valoración de las necesidades, los recursos y un plan; algunos dispositivos asistenciales se pueden centrar en subgrupos de pacientes, sin tener en cuenta las necesidades globales. Los programas de atención a la cronicidad suelen estar integrados por intervenciones complejas con la concurrencia de múltiples actores y niveles asistenciales con poca y difícil evaluación de sus resultados e impacto.

CONCLUSIONES

El marco conceptual propuesto permitiría definir indicadores y estándares para la evaluación comparada de los programas existentes y definir futuras estrategias de atención a la cronicidad.

A-55 ESTRATEGIA DE GESTIÓN ORGANIZATIVA. DIRECCIÓN Y COORDINACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS (PROGRAMA COMPARTE).

M. Álvarez Alcina[1], A. Fernández Moyano[1], J. Páez Pinto[1], J. García Garmendia[1], E. Martín Sánchez[2], F. Alemany Lasheras[3], S. González Limones[2], I. Vallejo Maroto[1]
[1]Servicio de Medicina Interna, [3]Área de Enfermería. Hospital San Juan de Dios de El Aljarafe. Sevilla, [2]Distrito Sanitario Atención Primaria. Aljarafe

OBJETIVOS

Describir las estructuras organizativas, creación de estas y funciones que han permitido planificar, impulsar, desarrollar, implementar y evaluar un programa de atención a pacientes con enfermedades crónicas complejas (PROGRAMA COMPARTE)

RESULTADOS

Hemos utilizado cuatro estrategias de gestión: 1.-Formulación de objetivos globales para el proyecto: Los objetivos globales del proyecto son presentados en otra comunicación, habiendo sido establecidos conjuntamente entre Atención Primaria y el Hospital. Estos objetivos van unidos a indicadores específicos de evaluación para cada ámbito asistencial, con evaluación periódica de resultados, establecimiento de áreas de mejora y reevaluación tras estas modificaciones. 2.-Sistemas de asignación de recursos internos específicos a este proyecto: El desarrollo del programa asistencial no ha supuesto una necesidad adicional de recursos nuevos. Se ha realizado una reorganización de los existentes en ambos centros y una redefinición de roles de los profesionales participantes en el mismo, estableciendo con nitidez los procedimientos, circuitos y sistemas de información y evaluación 3.-Incentivos ligados a los objetivos del proyecto: Están establecidos para favorecer la consecución de los objetivos del programa, atendiendo a las características especificas de Atención Primaria y del Hospital. ¬Hospital: Se han establecido como objetivos para el Servicio de Medicina y parcialmente para el Servicio de Urgencias, los siguientes: -Estratificación correcta del riesgo de reingreso, Inclusión de información compartida entre Hospital y Primaria en el programa PRI-HOS, con tres niveles de consecución, e implantación de planes de cuidados específicos y evaluación de adquisición de conocimientos en autocuidados, con dos niveles cada uno. Para Atención Primaria: Los objetivos incentivados unidos al desarrollo del proyecto forman parte de los Acuerdos de Gestión de las Unidades Clínicas del distrito Aljarafe y de los objetivos individuales de los profesionales asistenciales de las citadas UGC. Los indicadores que se evalúan son: Registro de inclusión en Historia digital de Salud única. Visita a domicilio precoz, a las 48 horas del alta. Visita conjunta medico-enfermero. Comprobación de concordancia de medicación en esta primera visita. Valuación de calidad de vida con Euroqold-5D.Revisión sistemática del tratamiento. Supervisión de botiquines familiares. Adherencia al tratamiento 4.-Mecanismos de coordinación estables. Existen dos sistemas de coordinación estables, con reuniones periódicas y actas: A.-La Comisión de Continuidad Asistencial (CCA) es el máximo órgano responsable de garantizar la continuidad asistencial en el área sanitaria referenciada al Hospital del Aljarafe; y B: Grupo de mejora e Implantación del programa COMPARTE (GMIPC). Este grupo está formado por un total de 17 personas, incluyendo Directivos, Mandos intermedias y profesionales asistenciales (médicos, enfermeros y Trabajador social) de ambos niveles. Los resultados en salud y en satisfacción de los profesionales con el programa son presentados en otra comunicación.

CONCLUSIONES

Esta estructura de gestión organizativa, ha permitido desarrollar e implementar un programa de atención a pacientes con enfermedades crónicas complejas (programa COMPARTE), que ha conseguido resultados positivos en salud y una alta satisfacción de los profesionales.

A-57 INDICADORES DE CALIDAD EN LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA

J. Navarro[1], S. Peiró[2], E. López[3], F. Brotons[4], A. Real[3], M. Yarza[5], G. Gómez[5], R. Micó[6]

[1]*Centro Salud Salvador Pau. Hospital Clínico Universitario. Valencia*

[2]*Investigación en servicios de salud. Centro Superior Investigación Salud Pública. Valencia*

[3]*Servicio Urología,* [6]*Dirección Médica. Departamento Valencia-Hospital General. Valencia*

[4]*Centro Salud Borriana. Departamento La Plana. Castellón*

[5]*AVS. Agencia Valenciana Salud. Comunidad Valenciana*

OBJETIVOS

Desarrollar un conjunto de indicadores de calidad asistencial para el manejo de una patología crónica, la hiperplasia benigna de próstata (HBP), en la Comunidad Valenciana que sirva de base para la incorporación a los sistemas de información de la Agencia Valenciana de Salud.

MATERIAL Y MÉTODO

Reunión de expertos, estructurada siguiendo procedimientos adaptados de las técnicas de grupo nominal y método de consenso Rand, con variantes respecto a las técnicas originales. Participaron 40 panelistas con experiencia en diversos ámbitos del manejo de la HBP pertenecientes a 15 departamentos de salud de la AVS. Se realizaron 3 talleres paralelos que valoraron exploración y diagnóstico, tratamiento farmacológico, y adecuación y resultados. Los panelistas puntuaron cada uno de los indicadores en 11 dimensiones desde 1 (mínima relevancia) hasta 9 (máxima importancia) salvo en el caso de la dimensión impacto presupuestario que se valoró en sentido contrario. Se incluyó también una valoración global de cada indicador.

RESULTADOS

El 73,7% eran médicos y el resto profesionales de enfermería y 1 trabajador social. Un 70,3% ejercían en el ámbito de la atención primaria. Once de los 15 indicadores obtuvieron una alta valoración global (mediana entre 7-9) y los otros 4 intermedias (4-6). En la Tabla 1 se muestran los indicadores que obtuvieron mejor valoración global por parte de los panelistas.

DISCUSIÓN

A pesar de las limitaciones inherentes a la metodología empleada -consenso experto-, los talleres aportan información inédita sobre el desarrollo local de gestión en una patología crónica, la HBP, recogen y ofrecen, con cierta dosis de consenso pero también con elementos para la discusión y la profundización, un primer conjunto de indicadores sobre el que seguir trabajando.

CONCLUSIONES

Un método formalizado de consenso entre expertos puede ser útil para la selección y priorización de indicadores de HBP.

Tabla 1. Indicadores mejor valorados globalmente (A-57)

Taller	Indicador	Med	P25	P75
2	Alfabloqueante + 5 ARI en STUI moderado-grave con tamaño prostático >30g o PSA > 1,5ng/ml – riesgo de progresión	8	7	9
1	Realización de tacto rectal en la valoración inicial en AP	8	7	8
3	Mantenimiento de la valoración en IPSS	8	7	8
3	Porcentaje de sondaje urgente realizado en urgencias hospitalarias	8	7	8
1	Valoración con el Índice Internacional de Sistemas Prostáticos	8	6	8
2	Alfabloqueante previo a la retirada de sonda indicada por retención aguda de orina	8	6	8

A-58 EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE FÁRMACOS ESPECÍFICOS PARA EL ALZHEIMER EN EL PAÍS VASCO Y ESTIMACIÓN DE LA PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD

G. Villanueva[1], M. López de Argumedo[1], I. Gutiérrez-Ibarlucea[1] y el Servicio de Prestaciones Farmacéuticas[2]

[1]EKU-OSTEBA. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de País Vasco.

[2]Dirección de Farmacia. Gobierno Vasco. Vitoria (Álava)

OBJETIVOS

La enfermedad de Alzheimer (EA) es una enfermedad neurodegenerativa de carácter progresivo y la forma más común de demencia. En el año 2007 la EA causó el 2,6% de todas las muertes en España, mientras que en el caso particular de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) esta tasa fue ligeramente superior. En consecuencia, el Alzheimer se ha convertido en un importante reto sanitario. Si bien no existe una cura para la enfermedad, hay varios tratamientos de carácter paliativo recomendados para el tratamiento de la enfermedad. Este estudio tiene como objetivos: (1) determinar la prevalencia del consumo de fármacos específicos para la EA en la CAPV durante los últimos 5 años, (2) estimar la prevalencia de la EA a través de los datos de consumo; (3) evaluar el impacto económico derivado de su uso y, (4) comparar el consumo entre las diferentes regiones de la CAPV y con otras regiones en España sobre las que existan datos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio retrospectivo que abarca a todas las personas que recibieron al menos una prescripción de algún medicamento recomendado específicamente para el tratamiento de la EA (Donepezilo, Galantamina, Rivastigmina o Memantina, con códigos ATC N06DA02, N06DA03, N06DA04 y N06DX01) (1) del 1 de enero de 2006 al 31 de diciembre de 2011 en la CAPV. Con objeto de poder llevar a cabo una comparación con estudios anteriores, las medidas estadísticas elegidas para el consumo de drogas son la DDD (dosis diaria definida) y la DHD (DDD por cada 1.000 habitantes y día). Los datos están siendo recogidos a través de la Dirección de Farmacia del Servicio Vasco de Salud.

RESULTADOS

Estamos en fase de realización del proyecto, por lo que los resultados no están disponibles. Trabajamos con las hipótesis de que: (1) ha habido un aumento significativo en el uso de fármacos específicos para la EA en los últimos años y; (2) la distribución del consumo reflejará las diferencias entre los tres territorios vascos y con otras regiones en España.

DISCUSIÓN

Conocer de modo detallado el consumo de fármacos podría contribuir a un uso más racional de estos medicamentos y a una reducción de la variabilidad en la práctica médica. Al mismo tiempo permite estimar con una precisión aceptable la prevalencia de la enfermedad. Finalmente, conocer los costes directos originados por estos tratamientos proporcionará una estimación parcial pero importante del impacto económico de la EA en el sistema vasco de salud.

A-59 CONTRA EL VICIO DE PEDIR HAY LA VIRTUD DE NO DAR. PRESCRIPCIÓN ABUSIVA Y GASTO DE ANALÍTICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA Y EN CONSULTAS DE HOSPITAL

A. Colinet Moreno[1], R. González Padilla[1], M. Sánchez Cruzado[2], A. Tabernero Sahuquillo[3],L. De la Torre Escribano[5], I. Buedo Iniesta[4]

[1]Centro de Salud de Las Mesas (Cuenca), 5Centro de Salud del Provencio. Hospital General Virgen de la Luz. Cuenca

[2]Centro de Salud Tomelloso 2, [3]Hospital Tomelloso. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

[4]Hospital Villarrobledo. Hospital General de Villarobledo. Albacete

OBJETIVOS

Objetivos primarios: -evaluar el uso-abuso de las analíticas en tres áreas de salud de Castilla La Mancha (Mancha-Centro, Cuenca y Albacete). -conocer qué servicio-s abusa-n más de la prescripción de analíticas.-prescripción de analíticas mas eficiente.

MATERIAL Y MÉTODO

Del 1 de septiembre al 31 de diciembre de 2011 con se recogen 1300 peticiones de analíticas de Atención Primaria (3 centros de salud: Tomelloso 2, Las Mesas y el Provencio) y de 3 hospitales (Tomelloso, Villarrobledo, Hospital Virgen de la Luz y Hospital General Univ, de Albacete). 3 grandes grupos de variables: calidad de la prescripción, según tiempo de prescripción y según estereotipo de paciente

RESULTADOS

-Mayor calidad de prescripción de analítica: Atención Primaria. Menor: Anestesia. -Más analíticas de forma abusiva: Hospital Villarrobledo. -Más analíticas al año en bruto: Oncología y Nefrología. -Más analíticas pide sin justificación o que más abusa: Geriatría y Cardiología. Más analíticas: mujeres mayores de 65 años diabéticas. Menos: varones menores de 40 años

DISCUSIÓN

Las enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes mellitus sobre todo tipo 2 y las dislipemias) y el envejecimiento progresivo de la población son las responsables de una mayor gasto de recursos sanitarios en general y en este caso, cuando nos centramos en el problema de la prescripción abusiva de analíticas:-pacientes ancianos hiperfrecuentadores y pluripatológicos -seguimiento por varias especialidades simultaneas e independientes unas de otras “paciente boomerang”: acude varias veces al año a varias consultas medicas de especializada, cada una de las cuales piden analíticas que se “solapan” unas con otras. Este tipo de paciente “rumia” estas consultas sin valorar el consumo sanitario que lleva a cabo (“cuanto más analíticas me hagan, mejor...”).

CONCLUSIONES

La prescripción eficiente de analíticas ahorraría recursos y dinero además de sensibilizar al paciente frente al abusivo gasto sanitario

Atención integrada y continuidad asistencial (B)

B-1 EL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO EN EL HOSPITAL Y EN LA ATENCIÓN PRIMARIA: DOS VISIONES DIFERENTES

A. Soteras Prat[1], A. Casasa Plana[2], A. Selva Olid[3], I. Moral Peláez[4], B. Ichazo Tobella[1]
[1]*Enfermería,* [2]*Servicio de Medicina de Familia. EAP Sardenya. Barcelona*
[3]*Epidemiologia Clínica i Salut Pública. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona*
[4]*Recerca. EAP Sardenya. Barcelona*

OBJETIVOS

1-Identificar los pacientes crónicos complejos (PCC) atendidos en un centro de salud urbano según los criterios definidos por el Consorcio Sanitario de Barcelona (CSB), y describir sus características. 2-Identificarlos según el criterio de médicos y enfermeras del centro. 3-Describir las diferencias y similitudes de ambos grupos.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal. Se seleccionaron según los criterios del CSB los PCC adscritos a nuestro centro. -Variables sociodemográficas -Visitas y diagnósticos del servicio de urgencias del hospital de referencia durante el 2010 -Diagnósticos principales -Medicación -Frecuentación -Valoración geriátrica. Se valoraron les mismas variables de los pacientes identificados según criterios de los profesionales del centro de Atención Primaria (AP)

RESULTADOS

De un total de 66 pacientes identificados por el CSB, y un total de 98 pacientes identificados por los profesionales del centro, sólo 11 pacientes son coincidentes. Media de edad CSB 66 años y AP 77 años. Diagnósticos principales CSB (Insuf. cardiaca, DM, demencias); AP (DM, cardiopatía isquémica, insuf. cardiaca) Polimedicados (> o = 10 fármacos): CSB 48.5%; AP 41.8% Frecuentación en AP (media de visitas al año): CSB (23.5 consultas); AP (30 consultas)

DISCUSIÓN

La base de datos de PCC es dinámica, y los datos analizados representan un corte transversal de la base de datos del CSB (2010) y de los pacientes del centro (2011), no son la misma población. El estudio nos permite una aproximación a las diferentes características del paciente identificado en el hospital y en atención primaria. El paciente identificado en el hospital también frecuenta la AP, y los identificados en AP son hiperfrecuentadores en AP. Una explicación podría ser que los pacientes atendidos en AP incluyen aquellos que todavía no han presentado complicaciones mayores.

CONCLUSIONES

-Los pacientes identificados en hospital y primaria no son los mismos. -Los usuarios considerados PCC identificados en nuestro centro de salud, son pacientes que realizan una elevada frecuentación en AP. -Los PCC identificados por el CSB, realizan una alta frecuentación a nivel hospitalario y también a nivel de AP.

B-2 ESTUDIO PROSPECTIVO DE ADHERENCIA ALTRATAMIENTO EN PACIENTES CRÓNICOS

M. Gómez Hernández, C. Escorial Moya, J. Delgado Cuesta, M. Vergara Díaz, R. Fernández Ojeda
Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

OBJETIVOS

Conocer el grado de adherencia a tratamiento de los pacientes crónicos de nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio prospectivo observacional a aquellos pacientes que acudían a consulta externa de medicina interna, seleccionados al azar durante un periodo de 3 meses. Realizaron un cuestionario de forma voluntaria y anónima para conocer su cumplimiento terapéutico. Las variables analizadas fueron sexo, edad, residencia habitual, núcleo familiar, forma y método de administración de la medicación, adherencia terapéutica, comorbilidad, herramientas consideradas para mejorar el cumplimiento.

RESULTADOS

Obtuvimos una muestra de 129 pacientes, 58% varones y 42% mujeres con una edad media de 71 años. Tan sólo el 6% de la muestra estaba institucionalizado. El 55% de los pacientes con domicilio familiar se administraban solos la medicación, a pesar de que el 91% residía con algún familiar Las enfermedades crónicas de mayor prevalencia fueron la HTA, dislipemia y diabetes. El 76 % de los pacientes estaba polimedicado, de ellos el 61% (n=60) reconocían adherencia al tratamiento, frente al 45% (n=14) de los no polimedicados (p = NS). El 51% de los pacientes no utilizaba ningún método como recordatorio de la medicación, y entre los utilizados el más frecuente fue la rotulación en el envase de las dosis diarias. A pesar, de que solo el 57% de la población estudiada mantenía buen cumplimiento terapéutico, el 84% de los pacientes no consideraba necesario ninguna herramienta para mejorar la adherencia.

DISCUSIÓN

En la práctica médica, una parte del cumplimiento del tratamiento es responsabilidad de los pacientes y su incumplimiento se convierte en un verdadero problema de salud aumentando la morbi-mortalidad y el gasto sanitario. Al igual que otros autores, encontramos un porcentaje elevado de pacientes con mal cumplimiento terapéutico. Diferentes estudios observan una menor adherencia al tratamiento de los pacientes polimedicados, a diferencia de lo encontrado en nuestro trabajo. Debemos integrar estrategias para mejorar el cumplimiento y reducir así las complicaciones y los costes que supone el incumplimiento terapéutico.

CONCLUSIONES

Existe un alto porcentaje de pacientes con baja adherencia al tratamiento, sin encontrar diferencias significativas en los pacientes que cumplen criterios de polifarmacia.

Tabla 1. Métodos para no olvidar medicamentos (B-2)

Ninguno	Envase escrito	Pastillero	Planilla	Alarma
51,20%	19,40%	16,30%	12,30%	0,80%

Tabla 2. Cumplimiento terapéutico (B-2)

HTA	54,7%
DM	54,2%
DLP	58,1%
EPOC	70,8%
ICC	73,1%
C. Isquémica	52,4%
Nefropatía	72,2%
Demencia	85,7%
Enfermedad Ósea	63,2%
Enfermedad Neurológica	60%

B-4 PREVALENCIA DE TRASTORNO DEL SUEÑO Y FACTORES ASOCIADOS EN PERSONAS HOSPITALIZADAS

J. Vico Romero[1], R. Montéis Cahis[1], N. Molina Fuentes[1], N. Floriach Pons[1], E. Palomera Fanegas[2], M. Serra Prat[3]

[1]DUE Medicina Interna, [2]Estadista, [3]Médico epidemiólogo. Hospital de Mataró. Mataró (Barcelona)

OBJETIVOS

1) Conocer la prevalencia de insomnio durante el ingreso en los pacientes hospitalizados por patología médica aguda, 2) Identificar los factores asociados con la alteración del descanso nocturno.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un estudio observacional transversal de una muestra representativa de 300 pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de Mataró durante los meses de septiembre de 2010 a abril de 2011. Criterios de inclusión: pacientes hospitalizados en la unidad de medicina interna, mayores de edad y que den su consentimiento informado por escrito a participar en el estudio. Criterios de exclusión: pacientes con una estancia hospitalaria inferior a cuatro días y superior a tres semanas y pacientes con demencia o deterioro cognitivo que no puedan responder por si mismos a la encuesta. Para la valoración del insomnio del paciente hospitalizado se ha seleccionado la Escala Atenas del Insomnio (Soldatos, Dikeos & Paparri-gopoulos, 2000) que consiste en 8 ítems que se puntúan de 0 a 3 con una puntuación total entre 0 y 24. Los 5 primeros ítems corresponde al diagnóstico y evaluación de insomnio y los 3 últimos ítems pertenecen a las consecuencias diurnas del insomnio. Los principales factores de estudio se agrupan según categorías: variables sociodemográficas, comorbilidades, enfermedad actual, tratamiento y entorno.

RESULTADOS

La prevalencia de insomnio moderado o grave en el conjunto de la muestra es del 24,4%, el 27,0% en las mujeres, el 22,2% en los hombres, el 27,1% en > 65 años y el 16,2% en < 65 años. Los principales factores asociados al insomnio son IAM, AVC, ansiedad, depresión, dolor (agudo /crónico), pirosis y tratamiento con antidepresivos. Factores externos que influyen: 34,4% ruido, 13% Tº hab., 12,7% compartir habitación. Los factores independientes asociados a insomnio son la depresión y el dolor agudo y / o crónico.

DISCUSIÓN

En nuestro hospital, el estudio muestra una prevalecía del 24,4% de insomnio en pacientes hospitalizados, por eso sería de especial interés la realización de estudios de valoración del insomnio en otros centros con el fin de conocer la epidemiología del insomnio y ayudar a entender la relevancia clínica de este trastorno.

CONCLUSIONES

Los resultados nos confirman que el trastorno del sueño es un trastorno común en pacientes hospitalizados y especialmente en aquellos que padecen depresión y dolor crónico/agudo durante la hospitalización. Esto deriva en una dificultad en la recuperación del estado de salud de los pacientes.

Tabla 1. Análisis multivariada (B-4)

	OR	IC 95%	p
Depresión	2.92	1.51-5.66	0.002
Dolor agudo/crónico	2.14	1.22-3.77	0.008

B-5 PROYECTO PREVICA: UNA PROPUESTA PARA EL ABORDAJE DEL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO (PPP) EN CANTABRIA

M. Fernández Miera
Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria)

OBJETIVOS

1)Innovar la asistencia que se dispensa al PPP, integrando al conjunto del sistema sanitario en torno suyo, primando su abordaje comunitario y, en definitiva, buscando una mayor eficiencia - 2)Comprometer la participación interdisciplinar de todos los profesionales del ámbito sanitario y social que puedan aportar valor añadido a los cuidados que el PPP necesita - 3)Apoyar al máximo el trabajo del médico de Atención Primaria (AP), que siempre será el gestor principal en la provisión de cuidados al PPP - 4)Conseguir la participación activa del PPP y de sus cuidadores, en la resolución de las agudizaciones de su patología crónica y, de forma primordial, en la prevención de las mismas, mediante el fomento de su autocuidado - 5) Establecer un sistema de comunicación rápido, directo, continuado y eficiente; tanto entre los profesionales de AP y de AE como entre ellos mismos y sus propios PPP y cuidadores

MATERIAL Y MÉTODO

A) Análisis del proceso asistencial actual para los PPP - B) Reingeniería del proceso asistencial (Misión, Entrada, Identificación y Estructuración de Etapas y Subetapas, Salida, Visión) - C) Recursos necesarios (Humanos, Materiales) - D) Indicadores del proceso - E) Diseño de la Gestión del Cambio - F) Plan de Mejora Continua

RESULTADOS

B)Etapas/Subetapas del proceso asistencial: 1)Identificación - 2) Valoración Integral (clínica, funcional, psicoafectiva, social y del cuidador, nutricional, de calidad de Vida) - 3) Asignación de Médico Gestor Hospitalario (GHOSPPP) - 4)Elaboración de un Informe de Valoración Integral (IVI) - 5)Propuesta de un Plan Terapéutico Integral (PTI) - 6)Propuesta del Mejor Lugar Terapéutico (MLT) - 7)Activación del Plan de Atención Continuada (PAC) - 7) Difusión de IVI, PTI y MLT - 8)Discusión de PTI y MLT - 9)Movilización de recursos (Atención Primaria, Hospital, Servicios Sociales, Comunidad) - 10)Revisión coyuntural del PAC --- C) Recursos Humanos: Sólo nuevos roles profesionales (Enfermera Gestora de Casos, Médico GHOSPPP, Enfermera de Enlace) Recursos Materiales: 1)Nuevas estructuras organizativas (Sesiones Multidisciplinares, Consulta de Demora Pactada en Unidad de Día, Hospital de Día, Hospitalización a Domicilio, Hospitalización con Alta Temprana Programada) - 2)Formación (Profesionales, Escuela de Pacientes/Cuidadores) - 3)Gestión de la Información (Documentos Específicos en Historia Clínica Unificada) - 4)Herramientas de Comunicación Multicanal (móvil, e-mail, videoconferencia, foros, plataforma informática en entorno Web) --- D) Indicadores: de monitorización, de resultados y de cumplimiento de expectativas (profesionales, pacientes/cuidadores) --- E) Premisas para la Gestión del Cambio: 1)Apoyo de los Equipos Directivos - 2)Reorientación hacia Equipos Multidisciplinares de Alta Resolución (Unidades Funcionales) - 3)Minimización del Impacto en la Organización - 4)Evitación de Falsas Expectativas - 5)Los Profesionales como Agentes del Cambio -6)Satisfacción del PPP con la calidad del servicio - 7)Estructura de comunicación y coordinación eficaz -8)Cronograma de Despliegue - 9)Grupo de Alta Resolución, Responsables de Implantación, Equipos Facilitadores - 10)Gestión de las resistencias --- F) Plan de Mejora Continua: 1)Participación proactiva de profesionales, pacientes y cuidadores - 2)Reuniones periódicas (trimestrales durante la implantación, semestrales posteriormente) - 3)Análisis de toda la información generada en función de la Misión del proceso

CONCLUSIONES

El proyecto PREVICA (Programa Específico de Valoración Integral y Continuidad Asistencial) es una propuesta de coordinación estructurada de todos los recursos (sanitarios, sociales y comunitarios) de Cantabria para una atención multidisciplinar, integral y proactiva del PPP, que le garantiza una verdadera continuidad asistencial y que le ofrece una participación activa mediante la autogestión de sus enfermedades. A tal fin se priman: la gestión caso a caso de cada PPP, su abordaje comunitario (bajo la tutela de su equipo de Atención Primaria) y la prevención y detección temprana de sus descompensaciones.

B-7 METFORMINA EN INSUFICIENCIA RENAL, ¿NOS OLVIDAMOS DE LA POSIBILIDAD DE YATROGENIAS EN NUESTRAS PRESCRIPCIONES?

M. Bada Sánchez, A. Martínez Cañedo, B. Fidalgo Álvarez, A. Rodríguez Menéndez, A. Payá Martínez, R. Allande Díaz
Atención Primaria. Unidad de Gestión Clínica Z.E.S. 8.1. Sobrescobio - Caso (Asturias)

OBJETIVOS

1º: Identificar la existencia de un problema de yatrogenia del que no seamos conscientes: pacientes diabéticos con criterios de insuficiencia renal incorrectamente tratados con Metformina. Otros: Subsanar errores de prescripción. Evitar Yatrogenias. Mejorar nuestra práctica clínica. Añadir nuevos conocimientos.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal o de corte. Población de estudio: todos los pacientes adscritos a la Z.E.S 8.1 a tratamiento con Metformina. Se extrajo a través del OMI-AP un listado de todos los pacientes adscritos al Servicio 306: “Atención a Crónicos: Diabetes” en cada uno de los centros de Salud que componen la U.C.G. Sobrescobio – Caso. Se excluyeron del

estudio aquellos pacientes que figuraban en el listado por error. No precisó muestreo. Variable a estudio: función renal obtenida a partir de la medición de la tasa de Filtrado Glomerular en el último año.

RESULTADOS

Pacientes estudiados: 89 Analítica con Filtrado Glomerular realizado en 2011: 82 Total de pacientes a tratamiento con Metformina: 47 Filtrado Glomerular menor de 60 a tratamiento con Metformina: 6 Filtrado Glomerular menor de 40 a tratamiento con Metformina: 2

DISCUSIÓN

Encontramos que los datos extraídos del OMI-AP no son absolutamente fiables pues aparecen datos repetidos, pacientes mal adscritos...y, dado que nuestra población es una de las más envejecidas de Asturias (>37% mayores de 65 años) la prevalencia de la Diabetes Mellitus en nuestro estudio: 5,2% es menor de la esperada por lo que suponemos existen errores en el listado de pacientes adscritos al servicio. De los pacientes estudiados el 7.8% no tenían analíticas realizadas en el centro de salud en el año 2011, uno de los motivos encontrados al revisar las historias clínicas era que habían sido realizadas por el especialista correspondiente del servicio de Endocrino. Del total de nuestros diabéticos el 52% estaban siendo tratados con Metformina. De ellos el 17% presentaban una tasa de Filtrado Glomerular menor de 60 y un 4,2 % menor de 40. No encontramos en las revisiones bibliográficas realizadas datos con los que comparar los resultados de nuestro estudio.

CONCLUSIONES

Nos hacemos una pregunta crítica con nuestro perfil prescriptor: "¿estamos tan acostumbrados a ver analíticas compatibles con disminución de la función renal que no tenemos en cuenta este dato a la hora de prescribir Metformina a un paciente?" De los datos extraídos de nuestro estudio podemos concluir que esto ocurrió en 2 casos (el 4,2%) lo que permitió abrir dentro de nuestro equipo un plan de mejora en el tratamiento y seguimiento de nuestros pacientes.

B-8 CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

M. Bosca[1], F. Pascual[2], S. Fons[2], A. Ferrrandis[2], A. Gomez[2], M. Blanco[2], J. Pardo[2], S. Martin[2]

[1]*Servicio de Urgencias. Hospital Francesc de Borja de Gandia. Valencia*

[2]*Servicio de Urgencias. Fundación Instituto Valenciano de Oncología. Valencia*

OBJETIVOS

Uno de los problemas con que nos encontramos a diario, es la falta de cumplimiento por parte de los pacientes de las recomendaciones que les hacemos farmacéuticos, médicos y enfermeras. Definimos el cumplimiento terapéutico (CT) como la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el personal sanitario desde el punto de vista del tratamiento farmacológico o de los cambios en el estilo de vida. Pretendíamos conocer el grado de CT y como mejorarlo en los PO atendidos y dados de alta en el SU del IVO, entre enero y junio de 2011.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo y prospectivo realizado con los pacientes atendidos y dados de alta desde el servicio de urgencias del IVO entre enero y diciembre de 2011

RESULTADOS

fueron 515 los PO atendidos y dados de alta entre enero y marzo con un informe detallando antecedentes, motivo de consulta, exploración física y pruebas diagnosticas realizadas, diagnostico al alta y tratamiento pautado, especificando numero de tomas y duración en días. La prescripción por grupos terapéuticos fue: Antiinfecciosos, analgésicos, digestivo-metabolismo, respiratorio, cardiovascular, neurológico y varios. Se le pidió a uno de cada diez pacientes, que acudiera al finalizar el tratamiento, haciéndolo 47 (92%), para conocer el grado de cumplimiento y causas de cese o no adhesión al mismo. 41(87%) completaron el tratamiento pautado. Entre abril y junio de 2001 fueron 625 los PO atendidos y dados de alta en el SU del IVO a los que se entregó un informe como en los meses precedentes, pero dedicando más tiempo a explicarles su enfermedad de base, el diagnostico de la consulta actual y motivo de prescripción del fármaco y necesidad de cumplimiento. A uno de cada diez, se le pidió que regresara al finalizar el tratamiento, haciéndolo 59 (95%). En este caso el grado de CT fue de 54 (91.5%) con un incremento del 4.5% respecto a los anteriores. El mayor incumplimiento se produjo en antiinfecciosos, antihipertensivos y antidiabéticos.

CONCLUSIONES

En los PO se da un alto grado de CT que mejora con la información. 1. - Causas de fracaso atribuibles al fármaco: posología, galénica, efectos secundarios e interacciones. 2. - Causas de fracaso atribuibles al personal sanitario: falta de tiempo y motivación; exceso de trabajo; unidireccionalidad del mensaje y sobrentender conocimientos por parte del paciente. 3. - Causas de fracaso atribuibles al paciente: nivel cultural bajo; miedo a solicitar aclaraciones para no parecer ignorante; ansiedad por su enfermedad y temor a poli medicarse.

B-9 INTERVENCIÓN GRUPAL MULTIDISCIPLINAR PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DEL ÁREA 2 DE CARTAGENA

A. Navarro Pérez[1], A. Cayuela García[2], M. Piqueras Acevedo[1], A. Navarro Hernández[1], T. Ortuño Campillo[1], Y. Blaya Sánchez[1], A. Jorquera Rodríguez[2], M. Rubio Gambín[2]

[1]Servicio de Psiquiatría, [2]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena (Murcia)

OBJETIVOS

Objetivo general: -Realizar una intervención multidisciplinar desde el modelo biopsicosocial en los pacientes con obesidad mórbida atendidos en el Servicio de Endocrinología y Nutrición. Objetivos específicos: -Modificar las conductas de ingesta inadecuadas. -Movilizar los recursos de afrontamiento positivos de los pacientes. -Motivar a los pacientes al cumplimiento de las indicaciones terapéuticas y al cambio de estilo de vida. -Aumentar las creencias de autoeficacia y la implicación personal de los candidatos a cirugía bariátrica

MATERIAL Y MÉTODO

El Hospital General Universitario Santa Lucía dispone de un Programa de Psicología Clínica de Enlace con Endocrinología para la evaluación psicológica de los pacientes candidatos a cirugía bariátrica y la intervención en los pacientes con problemas psicológicos asociados a diferentes enfermedades metabólicas. En diciembre de 2011 comenzamos la intervención grupal multidisciplinar para el tratamiento de los pacientes obesos en espera de cirugía bariátrica, con el objetivo de motivar al cambio de hábitos necesario para garantizar el éxito de la cirugía. El equipo esta formado por una enfermera especialista en Nutrición y una Psicóloga Clínica. El formato del grupo es de un máximo de 10 pacientes. Se realizan ocho sesiones con una periodicidad quincenal, de una hora y media de duración. Se dispone de una sala de grupos en la zona de consultas externas del hospital. Los criterios de inclusión son: pacientes con obesidad mórbida, en lista de espera para cirugía bariátrica, mayores de 18 años y menores de 65, con síntomas emocionales o conductuales relacionados con la obesidad, sin psicopatología grave, dispuestos a comprometerse a la asistencia. Se utilizan estrategias educacionales y técnicas cognitivo-conductuales para modificar las conductas y pensamientos que dificultan el cambio de hábitos poco saludables. Se realiza una evaluación inicial de factores psicológicos (HDA, BITE) y de educación nutricional (encuesta de hábitos de alimentación y de características demográficas).

RESULTADOS

Los resultados iniciales muestran una presencia de síntomas psicológicos de ansiedad o depresión en el 87% de los pacientes, y unos hábitos de alimentación deficientes en el 100% de los casos.

DISCUSIÓN

En un análisis global de la Prevalencia de la obesidad en Región de Murcia los resultados coinciden en términos generales con los obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud: 20% de la población obesa, llegando a alcanzar el 40% para el rango entre los 55 a los 65 años y con una distribución desigual destacando una incidencia del 23,3% en el Área de Salud II (Cartagena) y del 21,9% en el Área de Salud I (Murcia) frente a una incidencia del 16,5 % en el Área V (Altiplano). Actualmente se considera la obesidad como una patología crónica y compleja en la que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales. Además, la obesidad es un factor de riesgo conocido para otras enfermedades crónicas como la diabetes, la dislipemia y la hipertensión arterial (síndrome metabólico), lo que aumenta el riesgo cardiovascular. Dada la alta prevalencia en nuestra área asistencial resulta fundamental realizar un abordaje multifactorial de la obesidad mórbida.

CONCLUSIONES

Se debe realizar una intervención multidisciplinar para obtener los mejores resultados y evitar en lo posible la frustración y el cansancio de los pacientes y de los profesionales implicados. Existe suficiente evidencia de los efectos favorables del tratamiento grupal en la disminución de peso y en la adherencia al tratamiento. La atención especializada de la obesidad patológica dentro de unidades hospitalarias con estructura multidisciplinar contribuye a maximizar los resultados.

B-10 DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

T. Garzón Garzón[1], C. Iglesias Carrión[2], M. Colas Taugi[3], T. Hernández Martín[4], V. Pacheco Huergo[5], M. Ochoa Rodrigo[6]

[1]*Atención Primaria. CAP Turo. Barcelona*

[2]*Estudiante. Hospitals Vall d. Barcelona*

[3]*Atención Primaria. ABS Turo de la Peira. Barcelona*

[4]*Atención Primaria. Enfermera CAP Turo. Barcelona*

[5]*Atención Primaria. CAP Turo-8A. Barcelona*

[6]*Atención Primaria. Grupos Psicoeducativos CAP Turo. Barcelona*

OBJETIVOS

Analizar las características de una muestra de pacientes con diagnóstico de depresión (F32.9/F 41.2).

MATERIAL Y MÉTODO

DISEÑO: descriptivo observacional transversal. AMBITO DE ESTUDIO: centro de salud urbano. SUJETOS: 54 usuarios diagnosticados de depresión de un cupo de 1500 pacientes. MEDICIONES: edad, sexo, tipo de trastorno depresivo, etiología, clínica, tratamiento, profesional que realiza control, si precisó incapacidad temporal (IT), duración de la misma.

RESULTADOS

Edad media: 63años con predominio del sexo femenino: 48(91%). Tipo trastorno depresivo: reactiva: 18(34%), endógena: 6(11%), mixta (ansioso-depresivo):28(53%), no consta: 1(2%). Etiología: estrés laboral: 4(8%), duelo: 4(8%), enfermedad crónica: 1(26%), problemas familiares y/o sociales: 16(30%), no causa: 6(11%), otras: 10(18%). Clínica: tristeza: 48(33%), apatía: 24(16%), insomnio: 14(9%), trastornos alimentarios: 3(2%), astenia: 9(6%), ansiedad: 25(17%), somatización: 15(10%), otros: 10(7%). Tratamiento: ISRS: 15(28%), otros antidepresivos: 2(4%), benzodiacepinas: 5(9%), ISRS + benzodiacepinas: 22(42%),

ISRS + otros antidepresivos: 2(4%), benzodiacepinas + otros antidepresivos: 2(4%), no fármacos: 5(9%). Psicoterapia asociada: Sí: 13(25%), No: 40(75%). Control: Médico Familia (MF):32(60%), Psiquiatría: 9(17%), MF + Psiquiatría: 12(23%). IT: No: 42(79%), Si: 11(21%). Duración IT: < 1 mes: 5(50%), 1-3 meses: 2(20%), > 3 meses: 3(30%).

CONCLUSIONES

1) La mayoría de trastornos depresivos son de tipología mixta y se diagnostican a mujeres mayores de 50 años, 2) En más del 77% de los casos existe motivo desencadenante, siendo los más frecuentes los problemas familiares y/o sociales seguidos del padecer una patología crónica más o menos invalidante, 3) Tristeza, ansiedad, apatía e insomnio son los síntomas más predominantes, 4) El tratamiento más prescrito es la combinación de ISRS y benzodiacepinas, 5) Son pocos los que se benefician de una psicoterapia complementaria, 6) La mayoría de los casos son controlados por el MF, 7) Sólo un 20% precisa IT y la duración de ésta es inferior a un mes en la mitad de los casos.

B-11 ¿OFTALMOPLEJIA DOLOROSA O DOLOR A LOS MOVIMIENTOS OCULARES?: A PRÒPOSITO DE UN CASO

I. Luna Calcaño
R1 MFyC. Hospital Rafael Méndez. Lorca (Murcia)

OBJETIVOS

1.- Conocer los diagnósticos diferenciales relacionados con la patología en cuestión. 2.- Establecer si se trata de una oftalmoplejia dolorosa o de un cuadro de dolor a los movimientos oculares pendiente de filiar.

MATERIAL Y MÉTODO

Presentación de caso clínico, a partir de datos recogidos en historia clínica al momento del ingreso de paciente, así como evaluación posterior, con nueva anamnesis y examen físico en planta de medicina interna, petición e interpretación de pruebas complementarias.

RESULTADOS

Se trata de una mujer de 32 años que acude a urgencias de nuestro hospital en una primera visita por dolor a los movimientos oculares de OD, de pocas horas de evolución, así como dolor en región frontal lateral derecha y disminución de la agudeza visual de ese mismo ojo. En la exploración paciente presenta AV, tensión y fondo ocular normales, por lo que se diagnostica, como probable Trastorno de la Acomodación Vs. Crisis Migrañosa, y se prescribe con manejo ambulatorio: reposo y AINES. Posteriormente la paciente ingresa a planta de Medicina Interna, con diagnostico: A Descartar patología del Seno Cavernoso, objetivándose la no mejoría del dolor a los movimientos oculares del ojo afecto, así como una aparente hipertropia del mismo ojo.

DISCUSIÓN

Revaloramos la paciente nueva vez a su ingreso a planta: AP: NO RAF. NO FRCV conocidos a excepción de fumadora ½ paquete por día. No hábito enólico. No Qx. Un aborto espontáneo. 2 hijos, uno de ellos con paresia VI par OD congénita. No tratamiento medicamentoso crónico. EA: refiere comenzar hace 7 días y tras estar 4 horas frente a la pantalla del ordenador, con dolor en sien derecha y dolor a la movilización de OD. No refiere en principio diplopía, si refiere alteración inespecífica de la AV en ese mismo ojo ("un telo"). No otra focalidad NRL como afectación de la fuerza o sensibilidad. El cuadro permanece estable, sin mejoría a pesar de tratamiento con AINES VO. EF: BEG, C yO. TA: 116/70mmhg. FC: 74pm. Temp: 36.6. ACP: corazón rítmico. Pulmones con MVC. Pares craneales: alteración de la campimetría por confrontación: alteración de hemicampo nasal OD. Desaturación de visión cromática (prueba subjetiva al rojo). Defecto pupilar aferente en OD. No paresias claras de oculomotores. Posible hipertropia de OD, que no se verifica con las posiciones de la mirada y que sugiere asimetría facial. Test de Parks -. Fondo de Ojo: sin papilitis. Resto de pares normales. Fuerza 5/5. Sensibilidad conservada. REM: 3/5 4 EE. RCP: flexor bilateral. Romberg negativo. Marcha y coordinación: normales.

CONCLUSIONES

Tras la realización de varias pruebas clínicas, entre ellas el test de los tres pasos de Parks Bielschowsky, para descartar la hipertropia, y posible lesión de IV nervio (Parálisis de Oblicuo Superior derecho), se diagnostica la paciente como una Neuritis Óptica Retrobulbar derecha, y una Pseudohipertropia, ya que el test de Parks fue negativo y la paciente nos proporciona fotografías anteriores donde se objetiva su asimetría facial y apariencia ocular derecha sin cambios desde la infancia. La RMN evidencia lesiones desmielinizantes periventriculares compatibles con Esclerosis Múltiple.

B-12 COSTE-EFICACIA DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO (PAPPA). RESULTADOS PRELIMINARES

A. Vilà[1], E. Villegas[1], R. Sabaté[1], J. Cruanyes[2], R. Cot[3], R. Delgado[4], C. Humet[3]
[1]*Servicio de Medicina Interna - Geriatría,* [2]*Departamento de Circuitos,* [3]*Dirección. Hospital de Barcelona. Barcelona*
[4]*Dirección. Assistència Sanitària. (Barcelona)*

OBJETIVOS

Assistència Sanitària (AS) diseñó un programa para atender a los enfermos con patologías crónicas, con el triple objetivo de adecuar los servicios a las características de estos pacientes, mantener o mejorar la eficacia clínica del tratamiento y disminuir el coste de la atención evitando la incorrecta utilización de otros servicios.

MATERIAL Y MÉTODO

En mayo de 2011 AS inició un programa de atención en el domicilio de los pacientes frágiles pluripatológicos. Se seleccionaron los pacientes con diagnóstico de EPOC, insuficiencia cardiaca, demencia o pluripatología que habían tenido un elevado consumo de recursos. Se excluyeron los casos en los que no había cuidador y los de fuera del municipio de Barcelona. Los pacientes fueron evaluados durante su ingreso en el Hospital de Barcelona. El paciente o el familiar responsable firmaron un consentimiento para la incorporación al Programa. La atención en el domicilio quedaba bajo la tutela de un equipo de geriatras, médicos de cabecera y enfermeras. El paciente disponía de un teléfono que respondía una enfermera. Una vez en el domicilio y en las primeras 24 o 48 horas, recibían la visita del equipo de intervención (geriatra y enfermera). Seguidamente se le asignaba un médico de cabecera entre los del Cuadro Facultativo de AS, que coordinaba con la enfermera el seguimiento periódico en el domicilio según el perfil de necesidades establecidas. El equipo de Intervención podía reevaluar al paciente, pudiendo recibir en el domicilio un tratamiento de mayor complejidad (tratamiento endovenoso, oxigenoterapia u otros). La historia clínica y las órdenes médicas y de enfermería estaban disponibles en el domicilio del paciente en soporte papel y eran accesibles en soporte informático por los facultativos que intervienen en el Programa. Durante la franja horaria no cubierta por el PAPPA el paciente podía recibir la atención domiciliaria mediante el Servicio de Urgencias a Domicilio (SUD)

RESULTADOS

En el periodo entre junio y diciembre de 2011, se evaluaron 138 pacientes de los que 65 (47%) fueron incorporados al PAPPA. En este periodo 16 pacientes causaron baja del Programa. La distribución por grupos de patología fue: 17 EPOC (26%) 11 insuficiencia cardiaca (15%) 7 demencia (11%) 30 pluripatología (46%). A efectos de evaluar los datos económicos se han considerado los 43 casos incorporados entre junio y octubre de 2011 de los que se dispone de tres meses de seguimiento. La edad media fue de 84 ± 7 años, con un índice de Barthel de 40 y un índice Charlson de 4. El 65% eran mujeres. A lo largo de los 5 meses los pacientes necesitaron en 76 visitas del equipo de Intervención, 119 de los médicos de cabecera, 292 de enfermería y 43 del SUD. En 48 ocasiones las enfermeras solucionaron problemas telefónicamente. Se realizaron 25 visitas al servicio de Urgencias y 17 ingresos hospitalarios, con 77 estancias (0,9 días ajustado por paciente y mes). Diez pacientes fallecieron. Durante los seis meses previos a su incorporación al programa, estos mismos pacientes habían precisado 146 visitas en urgencias y habían necesitado 1.218 días de estancia hospitalaria (4,7 días ajustada por paciente y mes). El gasto ajustado por paciente y mes en el programa fue un 63% menor.

DISCUSIÓN

La pertenencia a una sola entidad sanitaria y disponer de historia clínica única con acceso remoto, permite la coordinación de los diferentes profesionales. El PAPPA es un servicio complementario dentro del sistema de AS, más adecuado a las necesidades clínicas de este tipo de pacientes. La consiguiente disminución del número de reingresos, visitas a urgencias, visitas del SUD y de consultas a especialistas, ponen de relieve la eficiencia de este programa.

CONCLUSIONES

El programa PAPPA permite una actuación ágil y resolutiva de los pacientes con enfermedades crónicas, dando respuesta a la atención de la salud de los pacientes mayores en las sociedades occidentales.

B-13 EL PERFIL DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO CRÓNICO QUE INGRESA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA POR SOBREINGESTA MEDICAMENTOSA

E. Cristóbal Domínguez, B. Aguirre Ruiz de Arcaute, I. Arizaga Hernández, L. Hilera Ortega, R. Galán Morcillo, M. Arroyo Fontaneda, B. Aguayo Esgueva, Z. Elorza Ozaeta

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Álava-Santiago. Vitoria-Gasteiz (Álava)

OBJETIVOS

• Conocer el perfil de los pacientes con patología psiquiátrica crónica, atendidos en la Unidad de Medicina Interna (MI) por intoxicación medicamentosa con fines autolíticos.

MATERIAL Y MÉTODO

• Estudio observacional retrospectivo descriptivo. • Servicio de M.I. del Hospital Santiago de Vitoria (Mayo 2009- Diciembre 2010) • Población: pacientes psiquiátricos con diagnóstico de intoxicación voluntaria que ingresa en el servicio de M.I. • Instrumento: cuestionario ad-hoc para la recolección de datos. Revisión de historias clínicas • Estadística descriptiva (SPSS 17.0)

RESULTADOS

-Un 58% de las intoxicaciones medicamentosas atendidas en urgencias fueron ingresados en la unidad de Medicina Interna. -Con una edad media de 41,22 años y con predominio femenino (63,7%). El 45% consumen tóxicos de forma habitual y un 87% presentan antecedentes psiquiátricos. Un 51% presentan intentos autolíticos en el pasado. -Tóxicos más utilizados: benzodiacepinas (58,33%), antidepresivos (16,6%), antipsicóticos (15,9%) y alcohol (15,9%). El tóxico utilizado se relaciona significativamente con la medicación habitual (p= 0,001). -Un 57,25% ingresó con nivel de conciencia \"consciente y alerta\", siendo su estancia media de 1,5 días y requiriendo como tratamiento principal sueroterapia (51,9%). Un 75,19% fue dado de alta a su domicilio habitual.

DISCUSIÓN

-En número de pacientes que ingresaron en Medicina Interna difiere en gran medida con los presentados en otros estudios, superándolos. En dichos estudios se utiliza el servicio de urgencias como lugar de observación y se dan de alta tras un periodo de estancia de 12-15 horas. -En cuanto al perfil del paciente que ingresa, coincide con la mayoría de otros estudios.-No se ha podido demostrar que exista relación entre la intoxicación medicamentosa y la dependencia a tóxicos, lo cual difiere con la literatura. Podría deberse al tamaño de la muestra o a falta de registro en historias. -Parece que los pacientes se intoxican de forma voluntaria con la medicación que tienen a mano. Se necesita explorar la gestión que se hace de la medicación en sus casas y la facilidad con la que la obtienen. -En contra de la literatura, no se ha podido relacionar los antecedentes psiquiátricos con el tipo de intoxicación, aunque solamente un 13% no presentaban antecedentes de ningún tipo. Se requeriría aumentar la muestra. -Con un 75,19% de altas al domicilio habitual, que el 64,8% de los sujetos no permanecen ingresados más de24 horas,...cabe reflexionar la necesidad de ingreso en una unidad de Medicina Interna de determinado tipo de intoxicaciones voluntarias, las que no tienen riesgo vital, ni real o potencial.

CONCLUSIONES

-Los pacientes que cometen intoxicaciones medicamentosas voluntarias presenta una edad 35-40 años y son mayoritariamente de sexo femenino. -Más de la mitad de los pacientes repiten una intoxicación medicamentosa con intento autolítico a lo largo de sus vidas y presenta una patología psiquiátrica crónica. -Se requiere un control exhaustivo de la medicación habitual de estos pacientes, sobre todo, lo reincidentes, asegurando el correcto cumplimiento y adherencia al tratamiento, además de controlar la medicación disponible en el domicilio de los pacientes de mayor riesgo. -Se requiere reflexionar sobre la necesidad de ingreso en la Medicina Interna de cierto tipo de intoxicaciones.

B-14 PROYECTO ALZHBASQUE: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA LA MEJORA DEL MANEJO DEL ALZHEIMER EN LA CAPV

G. Villanueva[1], M. López De Argumedo[1], I. Gutiérrez-Ibarluzea[1], A. Rodríguez-Antigüedad[2], E. Aguirreche Ollo[3], C. Gómez Poveda[4], E. Reviriego[1], L. Galnares-Cordero[1]

[1]*EKU-OSTEBA. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. País Vasco*
[2]*Servicio de Neurología. Hospital de Basurto. Bilbao (Vizcaya)*
[3]*Arrigunaga. Centro de Atención Integral, área neuropsicología. (Vizcaya)*
[4]*Residencia. Fundación Miranda. (Vizcaya)*

OBJETIVOS

Realizar un análisis del abordaje terapéutico de la enfermedad de Alzheimer (EA) en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) con el fin de establecer recomendaciones para una mejora de los servicios asistenciales.

MATERIAL Y MÉTODO

En primer lugar se llevará a cabo una búsqueda bibliográfica de los estudios y registros epidemiológicos sobre la prevalencia de la EA en la CAPV. También se identificarán los métodos que usan los profesionales sanitarios para el registro de los pacientes a través de una encuesta. En relación al diagnóstico, se evaluarán los criterios diagnósticos utilizados mediante una encuesta dirigida a profesionales sanitarios. Asimismo se identificarán las recomendaciones internacionales para el diagnóstico de la EA para comparar la evidencia científica con la práctica clínica y así establecer recomendaciones de mejora. En relación a las prácticas de cuidado, a través de una encuesta dirigida a personal sanitario se evaluará la integración entre los distintos niveles asistenciales, así como el uso de las TICs. Se realizará también un análisis del consumo de fármacos específicos para el tratamiento del Alzheimer. Respecto a la oferta formativa dirigida a profesionales, se identificarán los recursos existentes a través de una encuesta dirigida a entidades formadoras y profesionales. A su vez se realizará una revisión de los proyectos formativos llevados a cabo en otros países con el fin de identificar nuevas necesidades formativas y para valorar su adaptación en nuestro contexto. Por último se procederá a identificar los recursos disponibles en la CAPV de los que disponen las personas con EA para garantizar sus derechos, autonomía y dignidad a través del análisis de las prácticas que se llevan a cabo, su marco legal, el contenido, la promoción que se hace de las mismas y la evaluación de su uso.

RESULTADOS

Una propuesta de intervención para la atención integral del paciente con EA basada en estándares de calidad y criterios de buena práctica clínica y que a su vez se adapte al entorno particular de la CAPV. Esta intervención buscará una gestión más eficiente a través de la optimización de los recursos existentes, potenciando la relación entre profesionales de AP, AE, servicios sociales y atención domiciliaria, favoreciendo su desarrollo profesional y manteniendo una cultura enfocada al paciente que asegure la mejora y continuidad de los cuidados. Todo ello orientado hacia la calidad de vida como objetivo final, entendida ésta como un concepto integrador del enfoque sanitario y del enfoque psicosocial.

DISCUSIÓN

La EA es uno de los mayores problemas de salud pública que tendremos que afrontar en las próximas décadas debido al incremento en la prevalencia que conlleva un fuerte impacto a nivel socio-sanitario, en un sistema que necesitará reorganizar los recursos disponibles con eficacia. En relación a la investigación en Alzheimer, varios estudios denuncian que la inversión

es muy escasa. En el caso de España aún no se ha desarrollado un Plan Nacional contra el Alzheimer. Por lo tanto evaluar cómo se están invirtiendo los recursos permitirá diseñar una estrategia integral de intervención que garantice la continuidad en la atención, tanto a nivel transversal (con los centros de día, atención residencial, servicios de AP, salud mental, etc.) como longitudinal, a través del tiempo, que se debe ofrecer a las personas afectadas y sus familias, de forma que suponga una transformación en el abordaje de la EA y una mejora de la eficiencia del sistema, basada en el conocimiento de nuestro entorno y en la mejor evidencia científica disponible.

B-15 DISEÑO DE UN PROTOCOLO PARA EL ESTUDIO DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES CRÓNICOS INGRESADOS EN HOSPITALES DE DOS COMUNIDADES AUTÓNOMAS (CASTILLA Y LEON Y GALICIA)

J. García Aparicio[1], J. Herrero Herrero[1], R. Jorge Sánchez[2], A. Gómez Gigirey[2]
[1]*Servicio de Medicina Interna "Los Montalvos". Complejo Asistencial de Salamanca. Salamanca*
[2]*Servicio de Medicina Interna. Hospital Arquitecto Marcide. Ferrol (A Coruña)*

OBJETIVOS

La malnutrición en la población anciana es un problema de salud frecuente y un factor pronóstico desfavorable, asociado a la morbimortalidad y al consumo de recursos sociosanitarios. El objetivo principal del trabajo fue el diseño de un protocolo consensuado de evaluación de la situación nutricional del paciente anciano, portador de patología crónica y hospitalizado, en dos hospitales de España.

MATERIAL Y MÉTODO

Se establecerán dos equipos de investigación, uno en cada hospital, coordinados, que serán lo encargados de seleccionar a los pacientes, aplicar el test Mini Nutricional Assessment, validado en pacientes ancianos hospitalizados, recoger un conjunto de datos epidemiológicos - clínicos pertinentes y procesar e interpretar los datos.

RESULTADOS

DISEÑO DEL PROTOCOLO 1.Sujetos y criterios de inclusión: Todos los pacientes mayores de 65 años, portadores de patología crónica e ingresados, en los servicios de Medicina Interna "Los Montalvos" de Salamanca y Medicina Interna "Arquitecto Marcide" de el Ferrol durante los meses de marzo y abril de 2012. 2.Recogida de datos: Se aplicará el test Mini Nutricional Assessment y se recogerán otros datos clínico-epidemiológicos: fecha y lugar de nacimiento, localidad de residencia habitual, procedencia (institucionalizado / domicilio), número de ingresos durante los 12 meses previos, diagnóstico principal y secundarios, nivel de deterioro cognitivo, índice de Charlson, índice de Barthel, estancia media, fallecimiento durante el ingreso y marcadores bioquímicos, al ingreso (cifras de albúmina, transferrina, creatinina, linfocitos y colesterol). 3. Elaboración de un documento de consentimiento informado. 4. Aplicación del protocolo: Se llevará a cabo por miembros del equipo investigador, previo consentimiento informado. Se invertirán aproximadamente 30 minutos por paciente y precisará de la colaboración de los familiares y/o cuidadores. En su caso se contactará telefónicamente con los mismos para completar el cuestionario. 5. Análisis de resultados: Se elaborará una base de datos utilizando el procesador de datos SPSS versión 15.0. Para establecer las comparaciones se distribuirá a los pacientes en grupos estratificados por sexo, edad y diagnóstico principal.

DISCUSIÓN

La evaluación detallada del estado nutricional tiene un coste elevado y requiere un tiempo considerable, por este motivo se han desarrollado herramientas de cribado nutricional más sencillas. La Sociedad Europea de Nutrición Parenteral y Enteral recomienda el Mini Nutricional Assessment específicamente validado en la población anciana, hospitalizada, en España. Nosotros pretendemos implementar esta herramienta, en dos medios diferentes, unida a otras determinaciones, para valorar las implicaciones reales de la desnutrición en la evolución de los pacientes y poder comparar dos áreas de salud diferentes (geográficamente y en materia de gestión). Será un primer paso para posteriormente, poder diseñar un protocolo de prevención y tratamiento.

CONCLUSIONES

Conocer el grado de desnutrición de la población anciana hospitalizada y su implicación en el aumento de la morbimortalidad, estancia media y pérdida de capacidad funcional, por medio de un estudio cooperativo, será beneficioso para elaborar programas encaminados a su prevención, detección precoz y tratamiento.

B-16 ALCOVE. ALZHEIMER COOPERATIVE VALUATION IN EUROPE/ PROYECTO EUROPEO DE COOPERACIÓN EN ALZHEIMER

G. Villanueva, I. Gutiérrez-Ibarluzea, M. López de Argumedo
EKU-OSTEBA. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. País Vasco

OBJETIVOS

Teniendo en cuenta el impacto sanitario, económico y social de la enfermedad de Alzheimer (EA), la Unión Europea (UE) a través de la Agencia Ejecutiva de Sanidad y Consumo (EAHC, Executive Agency for Health and Consumers) ha resuelto financiar el proyecto de cooperación ALCOVE (Alzheimer COoperative Valuation in Europe). Este trabajo tiene como objetivo aumentar la calidad de los sistemas de registro epidemiológico de la EA y de otras demencias; implementar estrategias de prevención y de diagnóstico precoz; mejorar los cuidados de los pacientes en régimen ambulatorio e institucionalizado; y promover la dignidad y los derechos de las personas con demencia.

MATERIAL Y MÉTODO

Este proyecto de colaboración, de una duración de 24 meses, está coordinado por la Haute Autorité de la Sante (Francia), y engloba un total de 30 entidades pertenecientes a 19 países europeos. Se han constituido siete grupos de trabajo orientados a: (1-3) Coordinación, diseminación y evaluación; (4) epidemiología y registros epidemiológicos; (5) diagnóstico precoz; (6) modelos de cuidado y prácticas existentes para el tratamiento y; (7) derechos, autonomía y dignidad de las personas con EA. OSTEBA, a través de BIOEF, participa en el proyecto en los paquetes de trabajo 5 y 6 en la elaboración de una nueva definición de diagnóstico precoz; el análisis de los métodos diagnósticos usados en los países mediterráneos; el examen de los proyectos que se están llevando a cabo para el manejo de los síntomas conductuales asociados a la EA, así como la evaluación del uso de medicamentos y; el análisis de los programas de formación dirigidos a profesionales y cuidadores de pacientes con EA.

RESULTADOS

Esta iniciativa europea no pretende sustituir a los planes nacionales existentes en algunos países para combatir la EA y otras formas de demencia, sino que debe ser utilizada como un método para favorecer una mayor eficacia en la coordinación de la investigación europea en este ámbito. Así mismo se espera como resultado poder establecer a nivel de la Unión Europea estándares de buena práctica basados en la mejor evidencia disponible y en la experiencia práctica de los distintos contextos sociales y sanitarios.

DISCUSIÓN

Este proyecto supone un reclamo para que la Unión Europea y los Estados miembros fortalezcan la investigación, mejoren el acceso a los servicios de diagnóstico y adapten los servicios de atención y apoyo a las necesidades de las personas afectadas por la EA. Alienta a los Estados miembros a proporcionar a los pacientes el acceso a nuevos tratamientos cuya eficacia terapéutica ha sido verificada y establecida, y a hacerlo tan pronto como sea posible una vez estos estén disponibles. Así mismo insta a los Estados miembros para mejorar la conciencia pública y profesional de la demencia entre los profesionales de la salud, los responsables de políticas sanitarias y la población en general. Esto se traduce en un mejor reconocimiento de los síntomas de la EA, una mejor comprensión de la enfermedad y su cuidado y un incremento en la percepción de la necesidad de centrarse en diferentes componentes, tales como diagnóstico, tratamiento y apoyo adecuado.

B-17 PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO CORPORATIVO EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON ENFERMEDAD CRÓNICA (PAPEC) DEL SERVEI DE SALUT DE LES ILLES BALEARS

I. Doncel Juárez[1], S. Mota Magaña[1], J. Buades Fuster[1], M. Román Rodríguez[1], T. Rodríguez Ruiz[1], C. Jiménez Martínez[1], J. Palmer SIMO[1], N. Pérez García[2]
[1]Grupo Funcional Historia de Salud, [2]Director Grupo Funcional. Oficina de les Tecnologies de la Informació i les Comunicacions. IBSALUT. Illes Balears

OBJETIVOS

Las patologías crónicas representan la principal causa de morbi-mortalidad en las sociedades avanzadas, generando un problema de salud a considerar en las políticas sanitarias. Por tanto, los servicios de salud deben incorporar el abordaje a los pacientes con patología crónica en su planificación sanitaria. Una de las estrategias a incluir en dicha planificación es el desarrollo de nuevas tecnologías de información y comunicación. La comunidad autónoma de Illes Balears ha hecho una apuesta firme por dicha tecnología desarrollando el proyecto Historia de Salud (HSAL) que incluye los Programas de Atención a Pacientes con Enfermedad Crónica (PAPEC) bajo un modelo asistencial basado en la continuidad de cuidados y la atención integral. El Plan de Cuidados Enfermero Corporativo como PAPEC, es transversal al resto de PAPECs desarrollados hasta el momento, siendo sus objetivos: Favorecer una atención integrada y coordinada entre los diferentes niveles asistenciales; consolidar la Continuidad de Cuidados entre hospitales y atención primaria: fundamentada en la última evidencia científica, orientada a las necesidades de la persona y familia, y de una manera estructurada, organizada y longitudinal; minimizar la variabilidad en la práctica clínica; favorecer la calidad asistencial.

MATERIAL Y MÉTODO

La historia de salud, como portal disponible en Illes Balears desde el año 2006, es una herramienta multidisciplinar con la visión de centrar la atención en el ciudadano que permite el acceso a la información clínica desde cualquier nivel asistencial a todos los profesionales de la salud, eje fundamental para la gestión de patologías crónicas. Una vez puesto en marcha el Portal, el IB-Salut decidió dar un paso adelante desarrollando los siguientes proyectos: 1.Programas de Atención a Pacientes con Patologías Crónicas (PAPEC), que engloba:1.1Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)1.2Riesgo Vascular/ Diabetes Mellitus (RV/DM)1.3Ictus 2.Plan de Cuidados Enfermero Corporativo, trasversal a todas las patologías crónicas:2.1 Modelo conceptual de Virginia Henderson.2.2 Proceso enfermero como método científico.2.3 Terminología NANDA, NOC, NIC, SNOMED y CIE9

RESULTADOS

Atención enfermera de calidad, uso adecuado de los recursos, menor impacto económico, satisfacción del usuario y familia sobre la atención recibida y de los profesionales de la salud

El Plan de Cuidados Corporativo se esta pilotando por enfermeras/os en los distintos niveles asistenciales desde 18/04/2011 y en la actualidad se han incluido 441 pacientes.

DISCUSIÓN

Este Sistema de Información mejora la percepción que el usuario tiene del sistema sanitario, evita redundancias, minimiza errores y permite a la enfermera/o realizar intervenciones enfocadas a la promoción/educación para la salud y la atención de los problemas de salud del paciente/ familia basadas en la última evidencia científica y con el apoyo de las Guías de Práctica Clínica integradas, facilitando la toma de decisiones.

CONCLUSIONES

El Plan de Cuidados Corporativo será el punto de encuentro de las enfermeras de los diferentes ámbitos de la atención sanitaria. Permitirá la continuidad de la atención de manera longitudinal e integral, favorecerá cuidados enfermeros basados en la evidencia científica y bajo un mismo marco de referencia, unificando el lenguaje y permitiendo evaluar la calidad de las intervenciones enfermeras.

B-18 ¿SEGUIMOS CORRECTAMENTE A NUESTROS PACIENTES EPOC?

I. Cerrillo, L. Novella, C. Moya, M. Duran, A. López, N. Montesinos
Centro de Salud Murcia Centro. Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia

OBJETIVOS

Estudiar el seguimiento realizado a pacientes EPOC. Valorar la tasa de exacerbaciones en EPOC. Valorar si cumplen los criterios diagnósticos de la GOLD. Evaluar si existe un registro correcto en la historia clínica.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, retrospectivo realizado en un centro de salud urbano. Para conseguir una precisión del 10% en la estimación de una proporción mediante un IC asintónico normal con corrección para poblaciones finitas del 95% bilateral, asumiendo que la proporción esperada es del 50% y que el tamaño total de la población es de 297, sería necesario incluir 73 unidades experimentales en el estudio. Variables de estudio: -Edad. –Sexo. –Fumadores. -Numero de paquetes/año. –IMC. –Espirometría. -Número de vacunas antigripal en los últimos 5 años. -Número de inhaladores diferentes usados en el último año. -Cantidad de inhaladores prescritos en el último año. -Número de inhaladores diferentes prescritos en los últimos 5 años. -Número de exacerbaciones en los últimos 5 años. -Número de exacerbaciones leves. -Número de exacerbaciones moderadas. -Número de exacerbaciones graves. Los resultados se han analizado con el programa de análisis estadístico G-Stat 2.0.

RESULTADOS

La edad media de los pacientes estudiados es de 73 años (71.23% varones). Existe un mal registro en hábito tabáquico (61.64%), IMC (81.82%) y calendario vacunal (34.25%). Sólo el 28.77% de los pacientes EPOC tienen una espirometría. Un 28.77% no han usado inhaladores en el último año, siendo la cantidad media de inhaladores prescritos de 17.3. Durante los últimos 5 años, más del 50% de los pacientes han utilizado 3 o más dispositivos diferentes, el número medio de exacerbaciones ha sido 1.89%, siendo el 58.9% leves, 13.7% moderadas y 21.92% graves. Los pacientes que usaban mayor numero de inhaladores presentan mayor número de exacerbaciones ($p<0.001$). Más del 50% de los pacientes que no usan ningún tipo de inhalador presentan exacerbaciones leves ($p<0.001$).

DISCUSIÓN

Podemos por tanto afirmar que el diagnóstico y el seguimiento realizado a nuestros pacientes es erróneo y deficiente, a nivel de registro y de exploraciones complementarias fundamentales como es la espirometría. La cantidad media de inhaladores diferentes empleados en muy elevada (17.3/año) y quizás sea esta la causa de un mal uso de los mismos y como consecuencia de mayor número de exacerbaciones y peor control de los pacientes. Además >50% de los pacientes están infratratados, presentando exacerbaciones por ello.

CONCLUSIONES

Si mejoramos el uso de los inhaladores podemos conseguir una reducción de las exacerbaciones y de las prescripciones de los mismos, y en consecuencia de los costes. Debemos mejorar el registro de la historia clínica de nuestros pacientes EPOC. Debemos educarlos y educarnos para mejorar el control de su enfermedad.

B-19 REVISIÓN DE PACIENTES CON DEMENCIA EN UNA RESIDENCIA DE MAYORES

A. Manzano Guzmán, C. Macias Ortiz de Galisteo, A. Ribes Bautista,
B. Jiménez Pertiñez, C. Reche Navarro, G. Agredano Torquemada
Centro de Salud San Felipe, Jaén. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

OBJETIVOS

1- Conocer la prevalencia de Demencia en una Residencia de Mayores. 2- Revisar los tratamientos utilizados en la Demencia y su seguimiento.

MATERIAL Y MÉTODO

DISEÑO: Descriptivo Transversal. EMPLAZAMIENTO: Residencia de Mayores dependiente de un Centro de Salud. Se incluyeron todos los pacientes ingresados en una Residencia de Mayores (N= 129). VARIABLES DEPENDIENTES: Diagnóstico, tratamiento, revisión anual e informe de Neurología. VARIABLES INDEPENDIENTES: Sexo y edad. MÉTODO DE MEDICION: Historia digital Diraya.

RESULTADOS

El 72% fueron mujeres con una edad media de 83 años (DT 6,7). El 31% de la muestra tenía Demencia, encontrándose con tratamiento el 85%. De los 34 pacientes en tratamiento 20 tomaban un fármaco, 12 tomaban dos fármacos y 2 tomaban tres. Los tratamientos más utilizados fueron: Memantina (28%), Risperidona (16%), Rivastigmina (16%), Donepezilo (14%), y otros como Vitamina B12, Galantamina… (26%). En el 60 % de los pacientes consta en su Historia de Diraya algún informe de Neurología y el 40% ha sido revisado en el último año.

CONCLUSIONES

Un tercio de los pacientes de la Residencia está diagnosticado de Demencia. El fármaco más utilizado fue Memantina. Debemos mejorar el seguimiento de estos pacientes.

B-21 ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN INTEGRAL PRESTADA A PACIENTES PSIQUIÁTRICOS CRÓNICOS QUE INGRESAN POR INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA

B. Aguirre Ruiz de Arcaute, E. Cristóbal Domínguez, I. Arizaga Hernández, L. Hilera Ortega, R. Galán Morcillo, M. Arroyo Fontaneda, B. Aguayo Esgueva, Z. Elorza Ozaeta

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Álava-Santiago. Vitoria-Gasteiz (Álava)

OBJETIVOS

Analizar cómo se lleva a cabo la atención integral a los pacientes ingresados en la unidad de Medicina Interna (MI) por intoxicación medicamentosa con fines autolíticos.

MATERIAL Y MÉTODO

• Estudio observacional retrospectivo descriptivo. • Servicio de M.I. del Hospital Santiago de Vitoria (Mayo 2009- Diciembre 2010) • Población: pacientes psiquiátricos con diagnóstico de intoxicación voluntaria que ingresa en el servicio de M.I. • Instrumento: cuestionario ad-hoc para la recolección de datos. Revisión de historias clínicas • Estadística descriptiva (SPSS 17.0)

RESULTADOS

-Un 58,9% de los ingresos en MI fue valorado por un psiquiatra antes del ingreso. De estos, al 68,4% se le indicó contención mecánica desde la urgencia. -Tras una estancia media de 1,5 días, cuyo principal tratamiento fue la sueroterapia, al 60,3% se le dio de alta médica y psiquiátrica. Un 75,19% a su domicilio habitual. -El 47% fue dado de alta con la continuidad de cuidados hecha. -De 131 pacientes estudiados, 57 causaron algún tipo de incidencia y 27 más de una. Solamente un 2% de las incidencias tuvieron que ver con problemas físicos derivados de la intoxicación, no supusieron peligro vital para el paciente. La mayoría de las incidencias estuvieron relacionadas con la contención mecánica.

DISCUSIÓN

-La bibliografía sugiere que con un periodo de observación de 6 horas es suficiente para tomar una decisión y para saber si hay riesgo vital o no. Con una adecuada coordinación y mejorando la comunicación entre el nivel comunitario y hospitalario, muchos de estos pacientes podrían irse derivados a su centro de salud mental. -Las sujeciones son causa de agitación y de otras incidencias como la ansiedad, nerviosismo, agresividad. Evitando el ingreso se evitarían estas y otras incidencias. -Las unidades de MI no se encuentran equipadas adecuadamente, tanto a nivel de recursos materiales como humanos, para cubrir ciertas necesidades del paciente intoxicado, sería interesante valorar si datos como la necesidad de sujeción o los posibles cuidados enfermeros requeridos, puedan tomarse en cuenta para decidir el destino del paciente para su ingreso. Se podrían utilizar equipos multidisciplinares en la toma de decisión. -No parece asegurarse una comunicación y coordinación eficaz entre niveles asistenciales cuando el paciente psiquiátrico es dado de alta desde una unidad de Medicina Interna a un servicio de Salud Mental comunitario.

CONCLUSIONES

-Una pronta valoración del paciente por parte de medicina y psiquiatría para dar un alta temprana y evitar la aparición de incidencias. -La propia contención mecánica, por la gran dimensión ética que esta técnica posee y para evitar posibles complicaciones derivadas de la propia contención. -Un equipo multidisciplinar para la toma de decisión de ingreso del paciente es necesario para tomar en cuenta todas las necesidades del intoxicado, físicas, actitudinales, comportamentales y cuidados enfermeros. También para asegurar un tratamiento óptimo, favoreciendo una atención integral. -Es necesaria una adecuada gestión y planificación del alta, sobre todo para los reincidentes, que incluya un plan de cuidados individualizado, programando una consulta ambulatoria posterior con el centro de salud mental comunitario, definida previa al alta.

B-22 NOTIFICACIÓN AUTOMÁTICA DEL INFORME DE ALTA EN PACIENTES CRÓNICOS

A. Calcedo Ascoz, M. Mulet Pons, M. Vidosa Acin, E. Flores Pardo, V. Moncho Mas

Departamento de Salud de Denia. Hospital de Denia. Denia (Alicante)

OBJETIVOS

Los pacientes crónicos son un colectivo de alta frecuenciación de los servicios Hospitalarios no programados (Urgencias hospitalarias e ingreso no programado). El seguimiento de estos eventos por parte de su médico responsable en Atención Primaria en ocasiones resulta dificultoso. Nos propusimos diseñar, implementar y valorar un sistema de notificación automática de alta hospitalaria, al médico responsable del paciente en Atención Primaria.

MATERIAL Y MÉTODO

El Departamento de Salud 13 de la Comunidad Valenciana dispone de la Historia Clínica informatizada (Cerner Millenium) y acceso desde toda la red asistencial. En Atención Primaria, cada profesional sanitario del Departamento dispone de un buzón personal dentro de la historia clínica y de un buzón compartido por todos los integrantes del centro de Atención Primaria. Los sistemas de información permiten el acceso a la base de datos de SIP, donde se indica el médico encargado de cada paciente y su centro asignado. Cada vez que un paciente finaliza el proceso de atención hospitalaria (Urgencias o ingreso no programado) es necesario que el facultativo responsable del paciente genere el informe de alta y una indicación de alta médica. Se realizó un análisis estructurado de los procesos que se llevan a cabo a nivel funcional y técnico cuando un paciente crónico entra en contacto con el ámbito hospitalario. Para valorar la implantación del proceso se distribuyó una encuesta entre los médicos de atención primaria.

RESULTADOS

Se diseñó e implementó un nuevo proceso automatizado en el Departamento de salud 13 de la Comunidad Valenciana. Cada vez que un paciente atendido en el ámbito hospitalario (Urgencia y Hospitalización) recibe el alta médica, el sistema informático genera un proceso interno automatizado. El sistema informático accede a la base de datos de SIP y averigua cual es el médico asignado en Atención Primaria y su centro de salud. Automáticamente genera un correo al centro de mensajes del centro de salud al que el paciente pertenece, avisando de que el paciente ha recibido un alta médica en el ámbito hospitalario. Este mensaje puede ser consultado por el médico encargado de Atención Primaria y acceder a la historia clínica para consultar todos los detalles del evento. El 79% de los médicos encuestados habían recibido algún mensaje de alta de sus pacientes. Los aspectos mejor valorados fueron: Mejora de la comunicación interna (7,6), Satisfacción con la utilidad que me proporciona (7,4), Facilita la integración entre Atención Primaria- Especializada (7,3), Mejora efectividad clínica y seguridad del paciente (7,0).

DISCUSIÓN

En este trabajo se muestra como los Sistemas de Información y Tecnologías pueden ayudar a la mejora de manejo del paciente crónico. La coordinación de la continuidad asistencial entre Hospitalización y Urgencias es uno de los grandes retos del manejo de la patología crónica. Disponer de un dispositivo que avisa automáticamente al profesional de referencia de la evolución del paciente es una herramienta muy potente. La mayoría de los profesionales ya ha recibido mensajes y están satisfechos con la herramienta.

CONCLUSIONES

Las organizaciones deben apostar por todos aquellos procesos, que sin generar una burocratización y carga de trabajo a los profesionales, permitan compartir información pertinente para la salud de los pacientes crónicos.

B-23 PROYECTO PREALT: COORDINAR PARA MEJORAR

M. Muniain Díaz De Cerio[1], A. Martín Lorente[1], E. Satué Gracia1, M. Espelt Aluja[2], M. Barrera Uriarte[1]

[1]EAP La Granja-Torreforta. Atención Primaria Tarragona-Valls (ICS). Tarragona
[2]Atención Primaria Tarragona-Valls. Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona. Tarragona

OBJETIVOS

Cuantificar el número de informes prealt recibidos en nuestra Área Básica de Salud en el último año así como el tiempo transcurrido entre el aviso y el alta, la demora (por parte del equipo) en contactar con el paciente y el tipo de contacto realizado (básicamente telefónico, visita domiciliaria o cita en consulta)

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado en un Área Básica de salud urbana Un equipo de enfermeras entrenadas (gestoras de casos) se encargan de revisar todas las altas tanto del Hospital de Referencia como del Centro Socio-sanitario (de referencia) y del Hospital psiquiátrico. Mandan avisos (alertas) a la enfermera de referencia y a la adjunta de dirección con las altas de pacientes de su área básica de Salud que requieren seguimiento a corto plazo (por edad y/o fragilidad, tipo de patología…) previstas para los días siguientes. La enfermera de referencia contacta con médico de cabecera y deciden tipo de contacto: telefónico (en ocasiones pactan visita presencial en el Centro) y/o domicilio. La adjunta se encarga de gestionar los casos cuya enfermera de referencia no está o no da respuesta en breve. Hemos revisado las historias clínicas informatizadas de todos los pacientes con aviso prealt en el último año (del 1 de enero de 2011 a 31 de diciembre de 2011) asignados a nuestra Área Básica de Salud. Hemos registrado la edad, el sexo, el tiempo (desde fecha de alta) y tipo de contacto así como el tiempo de previsión de alta (días de antelación con que recibimos aviso)

RESULTADOS

Para una población asignada de 28624 usuarios (14 equipos de Atención Primaria adultos) Recibimos un total de 534 avisos prealt en el año 2011. 280 (52, 4%) correspondían a hombres y 254 (47,6%) a mujeres. La edad media fue de 74,2 con una desviación estándar de 14,9 y un rango de entre 1,8 y 97,9. El tiempo medio de respuesta fue de 1,4 días con una desviación estándar de 6,7 y un rango de entre 0 y 134 días. El tipo de contacto fue mediante consulta en la mayoría de los casos (351 ó 65,7%); telefónico en 58 (10,9%) casos y visita domiciliaria en 18 (3,4%) casos. En 7 casos hubo contacto telefónico y consulta y en 1 contacto telefónico y visita domiciliaria. En 99 casos no se registró el tipo de contacto. El tiempo de previsión de alta fue de 1 día de media con DE de 1,9 y rango entre -11 y 21 días.

DISCUSIÓN

En nuestro Centro ha habido un importante número de casos incluidos en el proyecto prealt. En general los avisos se han producido con un tiempo suficiente y la demora en la respuesta es adecuada. Llama la atención que en 99 casos no sabemos cuál fue el tipo de contacto. Cabe explicar que en nuestro Centro todos los avisos son revisados por la adjunta a dirección; es posible que algunos equipos no registren el tipo de contacto pero todos reciben la información y en principio actúan de acuerdo a las necesidades detectadas. La mayoría de los avisos no precisaron visita domiciliaria y el paciente pudo acudir a la consulta. Quizás estamos utilizando poco el contacto telefónico que suele ser muy bien aceptado por los pacientes y de gran utilidad para gestionar el seguimiento.

CONCLUSIONES

En general consideramos que esta iniciativa contribuye a optimizar la continuidad asistencial y la comunicación entre diferentes niveles, aspectos que se consideran claves para la seguridad de los pacientes y la mejora continua de la calidad asistencial. No tenemos datos objetivos de eficiencia pero la coordinación no requiere muchos recursos (gracias a que aprovechamos el importante desarrollo de las TICs) y es presumible que resulte altamente eficiente

B-24 SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PACIENTE MAYOR POLIMEDICADO

M. Casanova Lage, M. Villa Escamilla, A. Melo Almiñana, D. López Martínez, M. Castro García, I. Barahona Arroyo, M. Gordo González, P. Iglesias Sanz
Centro de Salud Justicia. Madrid

OBJETIVOS

1.-Evaluar el programa de atención al mayor polimedicado en nuestro centro de salud. 2.-Valorar el grado de conocimiento que tienen los pacientes mayores sobre los tratamientos que reciben.

MATERIAL Y MÉTODO

Es un estudio descriptivo transversal. Se analizaron los datos recogidos en las historias clínicas en el programa AP-Madrid, mediante el protocolo elaborado específicamente para el paciente mayor polimedicado. Criterios de inclusión: pacientes de al menos 75 años que usen de forma habitual 6 o más medicamentos y que pertenezcan a nuestro centro de salud. Se interrogó a los pacientes incluidos en el estudio sobre alteraciones cognoscitivas y perceptivas, así como, la revisión del uso de medicamentos. Como test de adherencia al tratamiento se utilizó el test de MORINSKY-GREEN.

RESULTADOS

El número de usuarios total en el C. S. Justicia es de 14.398 de los cuales 1.473 eran mayores de 75 años, lo que corresponde a un 10% del total. La población diana en el momento del estudio era de 473, de los cuales 204 fueron los pacientes captados, correspondiendo a una cobertura del 43.13%. El tratamiento había sido revisado por el médico en el 16.27% de los casos. En la atención del paciente polimedicado para la mejora de la utilización de los medicamentos, realizada por enfermería, se alcanzó hasta 50.73%. Con respecto al conocimiento, por parte de los pacientes incluidos, de la indicación y la posología de tratamiento recibido, sí lo conocían el 87.88% y 93.18%, respectivamente. El test de Morinky-Green fue realizado a la totalidad de los pacientes incluidos en el estudio por enfermería. El porcentaje de buena adherencia terapéutica entre los pacientes incluidos fue de 96.85%.

DISCUSIÓN

Cuando evaluamos el programa del paciente mayor polimedicado observamos que la revisión del tratamiento por el médico es muy baja (16.8%), lo que nos indica que se deben evaluar en profundidad las posibles causas con el fin de iniciar un plan de mejora. Al evaluar los pacientes incluidos en el protocolo, el porcentaje de los mismos que tiene conocimiento de la indicación y posología de los medicamentos que utiliza es muy elevado, lo cual subraya la importancia de introducir a los pacientes en el protocolo. Según los resultados obtenidos nos parece importante resaltar la labor de enfermería que presenta cifras superiores (50.73%) en cuanto a la realización de la valoración general, adherencia y test de estos pacientes.

CONCLUSIONES

1.-Se ha detectado una importante infrautilización del programa de atención al mayor polimedicado. 2.-Existe una buena concordancia entre el conocimiento de la indicación y posología del tratamiento, así como, altos índices de adherencia terapéutica en los pacientes incluidos en el programa. 3.-Es necesario elaborar y poner en práctica un plan de mejora de la calidad para conseguir el completo desarrollo de este programa.

B-25 ¿PODEMOS EVALUAR Y MEJORAR LA ASISTENCIA A LOS DIABÉTICOS TIPO 2?

F. López Robles[1], F. Ortega Urbano[2], M. Rull Martínez[3]
[1]*Centro de Salud de Benaoján. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)*
[2]*Centro de Salud Ronda Norte. Hospital de Antequera. Antequera (Málaga)*
[3]*Centro de Salud Ronda Norte. Hospiten Estepona. Estepona (Málaga)*

OBJETIVOS

OBJETIVOS: Valorar la atención al paciente diabético tipo2. Comparar estos resultados con los recogidos el año anterior. Describir características de estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

MATERIAL Y MÉTODO: Población de 17.273 personas, con 13 cupos médicos y 1.267 DM tipo2. Muestra de 112 diabéticos (intervalo de confianza (IC) 95%, nivel de riesgo alfa 0,05). Muestreo aleatorio sistemático. Variables: edad, sexo, tabaco, HTA, obesidad, dislipemia,

cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, arteriopatía periférica, retinopatía y nefropatía diabéticas. Indicadores: 9 del Proceso Asistencial Integrado DM tipo2. Datos en Diraya. Análisis estadístico con SPSS 15.0. Exposición de los resultados y debate en sesiones clínicas con todo el equipo con posterior abordaje de líneas de mejora.

RESULTADOS

RESULTADOS: Un 55% son mujeres, media 66.2 años, comorbilidad elevada (HTA 76%, dislipemia 64,3%, tabaco 20%, cardiopatía isquémica 18% y, retinopatía y nefropatía diabéticas un 19% y 20%). Indicadores mejorados respecto al año anterior: solicitud de hemoglobina glicosilada de 63.1% a 83% (I.C.77.23-88.77), registro de hemoglobina glicosilada de 22.0% a 49.5% (I.C.42.60-55.39), registro del pie diabético del 15.6% a 41.1% (I.C. 33.9-48.3), mientras que hay malos indicadores en hemoglobina glicosilada<7.5 (I.C.46.81-50.21) y colesterol-LDL<100 (I.C.29.40-43.85).

DISCUSIÓN

Discusión: De los resultados obtenidos, hemos comprobado, una mejora significativa en el seguimiento de nuestros pacientes diabéticos, así como un incremento en el registro de los valores en el Proceso Asistencial de diabetes. El porcentaje de diabéticos con HBA1 < 7.5 (53.2%), los encontramos por debajo de los objetivos establecidos y por debajo de los valores encontrados el año anterior. Lo mismo ha ocurrido con los valores de LDL-C < 100 (36.6%). Ha habido un incremento importante en la solicitud de Retinografía (36,6%), pie diabético (41,1%) y prescripción de antiagregación en aquellos pacientes con criterio para ello (56,3%), pero sin lograr llegar al pacto de objetivo. El registro de HBA1C en el proceso se ha aumentado comparado con los obtenidos el año anterior. De los pacientes con criterios de antiagregación hay un 43,7% que no lo están, relacionamos la causa de ello por desconocimiento por parte de los profesionales, la intolerancia a fármaco, por olvidos en pacientes polimedicados, miedo al riesgo sangrado entre otros. La valoración del pie diabético ha presentado un incremento muy importante de un 15% a un 41,1% casi triplicando la cifra del año anterior, pero sin lograr el objetivo que lo establecimos en 50%. La solicitud de Retinografía también ha aumentado de 17,1% a 36,5%, resultado aceptable aunque queda muy lejos del estándar del 50%.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES: Tienen elevada comorbilidad y complicaciones, evidenciándose mejoras en los indicadores respecto al año anterior salvo en el control de los niveles de hemoglobina glicosilada<7.5 y de LDL-colesterol<100. Los trabajos de Calidad son una herramienta que apoya nuestra práctica asistencial y con ellos esperamos elevar la salud de nuestros pacientes

B-26 ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS ASISTENCIALES. COOPERACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA Y UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

K. San Sebastián Moreno[1], J. Gómez Cañedo[2], M. Alonso De Prado[1], M. Aguilo Pérez[2], J. Garzón Sainz[1], M. Oliver Goicolea[2], A. Olarte Rügnitz[1], M. Rojo Pérez[1]

[1]*Comarca Ezkerraldea-Enkarterri. OSAKIDETZA. (Vizcaya)*

[2]*Unidad de Paliativos. Hospital San Juan de Dios. Santurtzi (Vizcaya)*

OBJETIVOS

Evaluar los resultados de la experiencia piloto de “Cooperación Atención Primaria y Especializada en el ámbito de los cuidados paliativos”. Detectar áreas de mejora en la prestación sanitaria a los enfermos en fase terminal y sus familias.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo transversal y retrospectivo. La población diana está compuesta por los pacientes codificados como “Paciente Terminal, V66.7” según el programa informático \”Osabide\” empleado en Atención Primaria en Osakidetza, que pertenecen a las poblaciones vizcaínas de Baracaldo, Portugalete y Santurce, y han fallecido el año 2011. El estudio se está llevando a cabo por el “Equipo de Cuidados Paliativos” de la Comarca Ezkerraldea Enkarterri de Osakidetza, el cual está formado por la Unidad de Cuidados Paliativos de Hospital de San Juan de Dios de Santurce, y varios médicos y enfermeras pertenecientes a dicha Comarca. Durante el pasado año 2011, además del tratamiento conjunto del paciente terminal y su entorno, se ha impartido formación al Equipo de Cuidados Paliativos, con posterior formación en cascada a los centros de referencia por parte de éste y se ha hecho hincapié en todos los profesionales del área de actuación del equipo, de la importancia que tiene una correcta codificación del paciente terminal, para activar el tratamiento conjunto.

RESULTADOS

Aunque a día de hoy no disponemos de los resultados definitivos en alguno de los apartados del estudio, podemos indicar lo siguiente: • Basándonos en datos bibliográficos previos, podemos indicar que existe una infracodificación del paciente terminal, con un índice de codificación del 14,4%, que aumenta hasta un 17,7% en los centros sobre los que se desarrolla el proyecto piloto. • La tasa de codificación en relación a la población diana esperada, es un 6% mayor en las áreas del proyecto piloto. • La codificación real ajustada a población en el área de actuación con respecto a la de control es casi el doble (1,12/0,71) por cada 1000 habitantes. • También existen diferencias en la codificación dentro del área de actuación. Santurce 1,64, Portugalete 0,61por cada 1000 habitantes.

DISCUSIÓN

La implementación de un programa de adecuación de los recursos asistenciales para pacientes paliativos favorece la detección de estos pacientes desde Atención Primaria. La sensibilización y formación de los profesionales contribuye a mejorar la tasa de cobertura de estos pacientes.

CONCLUSIONES

El trabajo conjunto de ambos colectivos va encaminado hacia la adecuación de los recursos asistenciales, valorando el apoyo a las Unidades de Primaria desde la Unidad de Cuidados Paliativos como un nuevo escalón en el tratamiento del paciente terminal. Ambas actuaciones son factibles y beneficiosas para el paciente y el entorno familiar, mostrando una sinergia y una mejora importante en las actuaciones realizadas conjuntamente.

B-27 APRENDIENDO A DESPRESCRIBIR: UN RETO EN PACIENTES CRÓNICOS

I. Esteban Hernández, A. Halova, A. Salas Quispe

Área Sur Atención Primaria Madrid. Centro de Salud San Blas. Parla (Madrid)

OBJETIVOS

-Conocer y entender el concepto de desprescripción de medicamentos y cómo llevarlo a cabo. -Mejorar conocimientos y habilidades relacionados con el seguimiento y control del paciente crónico polimedicado en Atención Primaria.

MATERIAL Y MÉTODO

-Revisión bibliográfica sobre el tema en el ámbito de Atención Primaria. -Preparación de una sesión formativa resumiendo la evidencia disponible. -Presentación de dicha sesión dentro del programa específico de la Unidad Docente Multidisciplinar del Área Sur de Madrid dirigida a residentes y tutores.

RESULTADOS

-Revisión exhaustiva de la evidencia disponible sobre la desprescripción de medicamentos en pacientes crónicos polimedicados. -Formación en un campo novedoso y útil en nuestro ámbito laboral. -Presentación del tema en sesión al resto de integrantes de la Unidad Docente. -Valoración positiva de la actividad mediante encuesta de satisfacción.

DISCUSIÓN

-Este tema novedoso ha despertado nuestro interés así como el del personal sanitario asistente, generando un interesante debate al final de la presentación. -Debemos plantearnos revisar periódicamente la medicación de los pacientes crónicos para evitar administrar tratamientos innecesarios e incluso perjudiciales. -Cabe destacar que el grueso de la bibliografía revisada es descriptiva, y a pesar de que las consecuencias de la desprescripción son alentadoras (tanto en comodidad del paciente, costo-beneficio y efectos adversos), se necesitan estudios prospectivos que refuercen la evidencia científica para justificar su aplicación.

CONCLUSIONES

-El concepto de desprescripción de medicamentos es un tema nuevo e interesante en Atención Primaria. -La revisión de la literatura científica nos ha permitido un correcto aprendizaje sobre este nuevo enfoque del manejo del paciente crónico. -La adquisición de conocimientos y habilidades repercutirá en una mejora del seguimiento y control del paciente polimedicado en Atención Primaria.

B-28 PACIENTE CRÓNICO: ATENCIÓN AL VIAJERO DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

E. Alonso Saratxaga[1], M. Pérez Esquerdo[2], M. Ortega Horrillo[3], P. Wunderling Brüggemann[2]

[1]Osakidetza. Centro de Salud Txurdinaga. Bilbao (Vizcaya) [2]Osakidetza. Centro de Salud de San Ignacio. Bilbao (Vizcaya) [3]Osakidetza. Centro de Salud de Olagibel. Vitoria (Álava)

OBJETIVOS

Conocer si los médicos de Atención Primaria preguntan a sus pacientes con patología crónica si viajan y, en consecuencia, qué tipo de consejos y qué actividades de prevención de la salud se realizan.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal multicéntrico realizado mediante encuestas autocumplimentadas con preguntas abiertas (2) y cerradas (7), cumplimentadas por 26 médicos de Atención Primaria de tres Centros de Salud en diciembre de 2011.

RESULTADOS

76,92% NO preguntan si los pacientes realizan viajes. 57,69% NO preguntan por el destino. 73,07% NO se interesan por la duración del viaje. 69,23% NO aconsejan sobre la medicación y el cambio horario. 19,23% NO dan recomendaciones básicas generales de prevención. De los que contestaron afirmativamente: el 69,23% aconsejaba sobre higiene de agua y alimentos, el 11,53% sobre protección solar y prevención de picaduras, y el 7,69% recomienda adecuación de la dieta a los diabéticos. 38,46% NO recomienda llevar botiquín. De los que si lo hacen: el 61,53% aconseja llevar paracetamol, el 30,76% AINEs y loperamida, el 26,92% amoxicilina/clavulánico y ciprofloxacino, el 19,23% material de curas, el 15,38% antihistamínicos, repelentes de insectos, corticoides tópicos y medicación habitual.

DISCUSIÓN

Creemos que a raíz de la encuesta realizada en nuestros Centros de Salud, los facultativos sobre todo realizan recomendaciones generales, que en muchos casos ya son conocidas por los usuarios, olvidando realizar indicaciones precisas en relación a la patología crónica que presentan. Así mismo, tampoco se incide en la medicación habitual y en los cambios que puedan precisarse dependiendo de las horas de vuelo, el cambio horario y el destino.

CONCLUSIONES

Un 34,61% de los médicos a los que se entregó la encuesta declinaron participar en el estudio. Destaca que un 80,77% de los profesionales sí dan recomendaciones generales y son en su mayoría sobre higiene de agua y alimentos, siendo en un porcentaje muy bajo (11,53%) sobre protección solar y prevención de picaduras. Se pone de manifiesto que el 61,54% recomienda viajar con botiquín y solamente el 15,38% incide en la medicación habitual del paciente crónico. En conclusión estimamos que no se realizan las suficientes actividades de prevención sobre el paciente viajero con patología crónica en la consulta de Atención Primaria.

B-29 OSABIDE GLOBAL. INTEGRANDO EL ROL DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN GLOBAL AL PACIENTE CRÓNICO

M. Madrid Conde[1], M. Ogueta Lana[2], R. Sánchez Bernal[3], L. Aulestia Seoane[4]

[1]Subdirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza, [2]Subdirección de Calidad e Información Sanitaria de Osakidetza, [3]Dirección de Osakidetza no Presencial, [4]Subdirección de Informática de Osakidetza. Organización Central de Osakidetza. Vitoria (Álava)

OBJETIVOS

El objetivo es garantizar la continuidad asistencial y seguridad del paciente crónico, más allá de los límites del hospital. Para ello, utilizando la tecnología existente, implantar una historia clínica electrónica, centrada en el paciente, integrando, con una única herramienta, la actividad de todos los profesionales. Permitiendo compartir la información, mejorando la utilización de recursos y por tanto la seguridad en la atención sanitaria. La herramienta debe posibilitar la continuidad de cuidados, conciliando los diferentes niveles asistenciales y garantizando la continuidad de la atención.

MATERIAL Y MÉTODO

Implantación de Osabide Global, en los 18 hospitales de Osakidetza, como herramienta de historia clínica única centrada en el paciente, compartiendo la información con atención primaria y desarrollando nuevas funcionalidades compartidas, mediante un equipo multidisciplinar de profesionales, donde la enfermería ha participado activamente, y de su integración con los diferentes sistemas de información de Osakidetza. Su desarrollo, se ha basado en la aportación de los propios profesionales lo que consigue una mayor implicación y mejores resultados.

RESULTADOS

Osabide Global es la aplicación Corporativa de Osakidetza que permite dar una respuesta a las necesidades en la atención a los pacientes crónicos. Permite a enfermería disponer de una herramienta fácil de utilizar e intuitiva, que integra toda la atención. Permite conocer el motivo de consulta o ingreso de cada paciente, un sistema de alertas dinámicas, acceso a los antecedentes familiares y personales, medicación habitual, registro de constantes y firma de la administración de medicamentos. Permite el acceso a la información relevante en tiempo real, y el registro de un evolutivo único por paciente. Favorece la continuidad de cuidados y la elaboración de planes de cuidados estandarizados. Al profesional de enfermería le permite reducir tareas innecesarias, como duplicidad de registros, dando un valor añadido a su trabajo, facilitando la actualización y registro de la información y mejorando la seguridad de la atención sanitaria.

DISCUSIÓN

La implantación de Osabide Global ha supuesto un paso cualitativo en la atención sanitaria. Pasamos de historias individualizadas a una atención integrada donde compartimos la información y la actualizamos. La visión centrada en el paciente, facilita la coordinación entre profesionales y aumenta la seguridad. Se trata de una estación clínica completa, que integra la actividad de enfermería con la de todos los profesionales que intervienen en la atención de los pacientes crónicos. Su implantación supone que la enfermería se integra en una historia única y comparte la información generada por otros profesionales. Los datos se actualizan allí donde se registran y en tiempo real, evitando réplicas y duplicidades y garantizando una mejor calidad de los mismos.

CONCLUSIONES

Osabide Global ha logrado cumplir todos los objetivos generales y específicos que nos habíamos propuesto. Facilitando la implicación y el compromiso de los profesionales de enfermería. Mejorando y facilitando la práctica clínica diaria, favoreciendo la continuidad de cuidados y la relación entre niveles asistenciales. Reduciendo los eventos adversos y por tanto mejorando la seguridad del paciente. La implantación de Osabide Global supone un cambio en la concepción de nuestros sistemas de información, centra la atención en el paciente y se fundamenta en compartir la información independientemente del profesional o nivel asistencial en el que se genere, especialmente relevante en el paciente crónico puesto que aporta una visión global del mismo.

B-30 INFLUENCIA DEL SOCIOSANITARIO EN EL HOSPITAL DE AGUDOS. PAPEL DE UNA UNIDAD FUNCIONAL INTERDISCIPLINARIA SOCIOSANITARIA PROACTIVA

C. Nogueras Rimblas[1], A. Pujol García[1], À. Hellín Castro[1], B. González Ávila[2], N. Cañameras Viñas[3], C. Partera Luque[2], A. Martínez Villegas[1]

[1]UFISS Geriatría, [2]Convalescència, [3]PADES Fràgil. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona)

OBJETIVOS

Comparar la influencia en el Hospital de Agudos de la actuación proactiva de una Unidad Funcional Interdisciplinaria Sociosanitaria (UFISS) con respecto a una actuación convencional.

MATERIAL Y MÉTODO

La Corporació Sanitària Universitària Parc Tauli es un centro sanitario que atiende a una población de 429.109 habitantes en el área del Vallés Occidental. Dispone de un total de 791 camas, siendo 255 sociosanitarias (SS): 143 camas de Media Estancia (78 de Convalecencia) y 112 de Larga Estancia. En el año 2010 se dieron 21.081 altas convencionales de Agudos. En el año 2009 el SS inicia un cambio para potenciar la transversalidad con el Hospital de Agudos y con Atención Primaria. La UFISS queda definida como consultora del SS en Agudos y, conjuntamente con el hospital, se definen los servicios y patologías en las que actuará de forma proactiva: la fractura de fémur en Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología y el accidente vasculocerebral (AVC) en Servicio de Neurología. Se compara el porcentaje de derivación al SS y la EM en Agudos entre 2008, previo al inicio del cambio, y 2010, cuando éste ya está operativo. Se compara la estancia media (EM) en Agudos de los servicios en que se actúa de forma proactiva respecto a los que se sigue actuando de forma convencional a demanda. Se utilizan los datos de la explotación de la Plataforma Iametrics© para la EM de los Servicios y los datos del Servicio de Codificación del CSPT para las patologías AVC y fractura de fémur.

RESULTADOS

El porcentaje de derivación de pacientes desde Hospital de Agudos al CSS en 2008 fue: global 5.2%, COT 7%, Neurología 12.6%, Neumología 1.4% y Oncología 7.1%. El % de derivación al CSS en 2010 fue: global 6.2% (benchmark 2010: 1.6%), COT 10% (benchmark 3.3%), Neurología 14.8% (benchmark 3.6%), Neumología 2.8% (benchmark 1%) y Oncología 14.7% (benchmark 4.3%). La EM de los Servicios en 2010 respecto a 2008 fue -18% en COT (6.9 días en 2010), -21.6% en Neurología (9.03 días en 2010), +5.2% en Neumología (11.9 días en 2010) y +9.3% en Oncología (13.2 días en 2010).La EM de las patologías en que se actuó de forma preactiva fue para el AVC: 12.83 días en 2008 frente a 9.79 días en 2010 y para la fractura de fémur: 13.19 días en 2008 frente a 8.6 días en 2010.

DISCUSIÓN

El porcentaje de derivaciones a CSS fue superior en 2010 respecto a 2008, tanto en el global del Hospital como en los servicios estudiados. Dicha derivación fue también superior en todos los casos a la del benchmark. La EM disminuyó en los Servicios y en las patologías en que la UFISS actuó de forma proactiva pero no así en el resto.

CONCLUSIONES

El papel del SS para aumentar la eficiencia del Hospital de Agudos no sólo depende de la accesibilidad del SS sino también del funcionamiento de una UFISS proactiva que esté suficientemente dimensionada.

B-31 PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE LA ASISTENCIA EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

T. Sáez Vaquero, L. Lucas Fernández, T. Fluxa Egea, G. García Melcón, M. Cardaba Plaza, B. Viña Carregal, M. Pantoja Zarza, S. De Juan García
Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Torre. Madrid

OBJETIVOS

Estudiar los aspectos relacionados con la Planificación Anticipada de la Asistencia en los pacientes pluripatológicos (PP) atendidos en el año 2011 en una Unidad de Cuidados Paliativos de media complejidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo. Criterios de PP según Gª Morillo et al. Detección sobrecarga Cuidador principal (CP) mediante escala Zarit reducida. Estadísticos básicos de centralización y dispersión para variables cuantitativas, distribución frecuencias para cualitativas.

RESULTADOS

De los 273 pacientes atendidos, 132(48.4%) eran PP. Un 71% varones, edad media 78.3 (DE9.7). Estancia media 8.8días (DE 8.3; rango 1-60). Media PPS 33%, Barthel 21.8, Pfeiffer 4.12. Ingresan desde ESAD40.5%, urgencias18.3%, Hospital agudos25.1%. Un 85.6% eran pacientes con enfermedad oncológica. El 68% ingresa para control sintomático, 22% por situación de últimos días. El CP fue el cónyuge en 57.9%, otros familiares 28.6%, vivían solos 9.5% y 4% en residencia. Se detecto sobrecarga cuidador en 75.8% de los casos. El conocimiento dx/pco del paciente fue: lo conocen 61.2%/37%; no lo conocen 13.8%/36.3%; no quieren saber 4.3%/9.7%; deterioro cognitivo 21%. No hubo ningún caso con instrucciones previas. La familia conocía dx/pco 100%/97.5%. Precisaron sedación paliativa 16%. Contacto psicólogo/trabajo social: 69%/39%. Tasa mortalidad 72%.

DISCUSIÓN

La planificación anticipada de la asistencia deriva de un nuevo estilo de relación clínica entre profesionales y pacientes. Se trata de ver la atención sanitaria como un continuo, no ocasional, sino planificado. Presenta por ello una dimensión no solo ética, sino como pieza fundamental de gestión clínica. Incluye aspectos como el consentimiento informado, instrucciones previas, adecuación del esfuerzo terapéutico, decisiones de representación, etc. Esto es especialmente relevante en enfermedades crónicas, sobretodo en etapas avanzadas.

CONCLUSIONES

Una relación efectiva equipo —familia (cuidadores)— enfermo es un elemento clave del triángulo terapéutico para conocer las necesidades del paciente, tomar decisiones respetando sus valores, y adaptar los cuidados a sus requerimientos. En los pacientes con enfermedades no oncológicas es preciso desarrollar modelos de predicción y detección precoz de necesidades

paliativas para garantizar una medicina humanitaria, justa y equitativa. Una atención eficaz y de calidad debe contemplar estrategias de apoyo a las familias.

B-32 IMPACTO DE LA COMORBILIDAD EN EL CONTROL METABÓLICO DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 INMOVILIZADAS EN DOMICILIO

B. Pascual de la Pisa, C. Cuberos Sánchez, C. Márquez Calzada, I. García Pérez-Regadera, *I. Hermoso Cano, R. Perejón González, M. Ortiz Camúñez, P. Bohórquez Colombo*
Unidad de investigación. Distrito Sanitario de Atención Primaria Aljarafe. Camas (Sevilla)

OBJETIVOS

Tras el consenso del 2011 sobre la modificación del valor de la HbA1c como objetivo de control en personas con Diabetes tipo 2 (DM2) y edad superior a 70 años y/o comorbilidad y/o entre otros, nos planteamos conocer el control metabólico según hemoglobina glucosilada (HbA1c) en personas con DM2 inmovilizadas en domicilio según morbilidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal multicéntrico en Atención Primaria en personas con DM 2 inmovilizadas en domicilio. Muestra: Universo muestral tras cruzar listados de DM2 (n= 7.932) e inmovilizados (n= 2.267). Muestreo consecutivo. Fuente de información: entrevista presencial e historia clínica. Variables: edad, género, diagnósticos concomitantes, índice de comorbilidad de Charlson (ICh) y HbA1c. Análisis estadístico: Uni y Bivariante.

RESULTADOS

Se incluyeron 209 sujetos (75,6% mujeres). La edad media fue 80,83 años (IC 95% 79,86 - 81,80) sin diferencias por género. El 95,7% tomaban dos o mas fármacos hipoglucemiantes. La media en el ICh en hombres fue 3,08 y mujeres 2,60 (diferencia media 0,47; p=0,021). Se identificaron 36 diagnósticos diferentes en la muestra, siendo el número medio de entidades diagnósticas de 2,92 (IC 95% 2,68-3,15; mínimo 0 máximo 9). Las morbilidades más frecuentes fueron: 59,3% Hipertensión arterial, 29,2% Artrosis y 15,3% Cardiopatía isquémica. La HbA1c media fue 7,22%, (IC 95% 6,99-7,46) sin diferencias por género. El 42,1% presentaban un valor de HbA1c mayor o igual a 7,5%. La HbA1c establecida en 7,5% mostró asociación con género, dislipemia, hepatopatía e insuficiencia venosa (p<0,05), no siendo así con ICh.

DISCUSIÓN

En la muestra estudiada de personas con DM2 e inmovilizadas, el valor de HbA1c no se relaciona con la comorbilidad. Recomendamos el seguimiento de estas personas a medio plazo para valorar el impacto de la morbilidad, ajustado por la HbA1c, en la incidencia de complicaciones agudas y crónicas y mortalidad.

CONCLUSIONES

El grado de control metabólico según HbA1c en la muestra de personas con DM2 ancianas e inmovilizadas se considera bueno. La comorbilidad no muestra asociación con el grado de control metabólico.

B-33 POLIFARMACIA EN PACIENTES CRONICOS INSTITUCIONALIZADOS ¿MANTENEMOS CRITERIOS DE CALIDAD?

M. Quintana Urrea, A. Garay López de Aguileta, M. Sebastián Aparicio
C. S. Aranbizkarra 2. Comarca Araba. Osakidetza. Álava

OBJETIVOS

Conocer la calidad de la prescripción, según los criterios de Beers en los pacientes crónicos polimedicados institucionalizados.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal a fecha diciembre 2010 de 70 pacientes institucionalizados asignados a un centro de salud urbano. Recogida de datos según historia clínica informatizada. Variables sociodemográficas, escala de Barthel, mini-mental, número comprimidos/día, fármacos por grupo terapéutico por paciente y cumplimiento de criterios de Beers.

RESULTADOS

Variables sociodemográficas: Edad media 77 +/- 14 d.s. (57-98), 41% entre 81 y 91 años. Mujeres 63 % y son
mayores de 70 años el 97% de ellas. Barthel: independientes 6%, dependencia total 10%, moderada 31,43% y leve 35,71%. Patología crónica: El 90% con pluripatología. Las más frecuentes: HTA 75,7%, osteoarticular 57,1%, neurológica 51,1%, insuficiencia renal el 14.28%. Demencia 51%, grave el 28 %. Polifarmacia: El 64% toman entre 4 y 10 fármacos/día, 34% de 7 a 10 y el 3% más de 15. El 75% entre 71 y 80 años, toman de 7 a 10 comprimidos/día. Criterios de Beers: Grupo de gravedad alta inadecuado siempre: amiodarona 1,44% de los pacientes. El 55% toman benzodiazepinas (4.34% de V½ larga-diazepan). Grupo de gravedad alta inadecuado en ocasiones: Benzodiazepinas V½ corta-media: lorazepam 17,4%, alprazolam 2,9%. Antidepresivos: fluoxetina con 1,4%. No se han encontrado otras medicaciones inadecuadas. Grupo de gravedad baja inadecuadas en ocasiones: digoxina 11.6%, Fe 15.2%.

DISCUSIÓN

Según el INE, la esperanza de vida en España es de 80,9 años en los hombres y 83,7 años en las mujeres; para el 2050 será el tercer país con mayor número de personas con más de 80 años (13 % de la población). Conllevará un aumento de la prevalencia de patologías crónicas y el consumo de recursos sanitarios y sociales. La población anciana por sus características

de fragilidad, autoprescripción y pluripatología es uno de los colectivos donde la polifarmacia es más elevada. Esto unido a cambios físicos, en la farmacocinética, en la farmacodinamia, y su susceptibilidad a las reacciones adversas hacen sensible a la morbilidad relacionada con la medicación. El uso correcto de los fármacos en la práctica médica, incluye criterios de indicación correctos, administración, seguimiento y seguridad en su uso. La fármaco vigilancia es necesaria en nuestra práctica. Los errores en la medicación, son en la mayoría de los casos prevenibles, por ello, hemos elegido a los pacientes institucionalizados, que cumplen estas premisas de cronicidad y polifarmacia, empleando lo criterios de Beers, para evitar fármacos con mayor probabilidad de provocar efectos adversos. Nuestros datos coinciden con los de la revisión bibliográfica realizada. Siendo los criterios más utilizados, creemos tienen inconvenientes: no están actualizados, aparece medicación en desuso, no se han incorporado nuevos fármacos que pudieran ser inapropiados, no se tiene en cuenta la monitorización del tratamiento ni se valora la persistencia de la indicación, ni contempla el uso de fármacos de eficacia probada a dosis subóptimas que minimizan los efectos adversos. A pesar de existir otros criterios que abordan estos aspectos, tienen la ventaja de su fácil manejo y nos sirven de excusa para mantener ese control y monitorización de los pacientes crónicos.

CONCLUSIONES

Elevado grado de polifarmacia, aumentada con la edad. Fármacos más prevalentes: antihipertensivos y psicotropos. Elevado uso de benzodiazepinas y como medicación no adecuada según criterios de Beers: fluoxetina, amiodarona, digoxina y hierro. Necesidad de revisión periódica de tratamientos crónicos.

B-34 CUIDADO AL CUIDADOR DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

I. Sarduy Azcoaga[1], S. Alfambra Vicente[2], C. Esparza Liberal[3], A. Dilla Velarde[4]

[1]EGEH, [3]Directora de Enfermería, [4]Supervisora de Planta. Hospital Santa Marina. Bilbao (Vizcaya)

[2]EGCA. Comarca Bilbao. Bilbao (Vizcaya)

OBJETIVOS

1- Evitar la claudicación del cuidador principal 2- Proporcionar al cuidador los conocimientos necesarios sobre la patología crónica del paciente que le permitan que la llegada al domicilio no suponga una situación de estrés añadida y sea capaz de detectar signos y síntomas de alarma que precisen atención sanitaria, con el fin de evitar el empeoramiento de la patología y así el ingreso hospitalario. 3- Proporcionar al cuidador instrumentos y referencias para evitar la sobrecarga la y aumentar la independencia en la aplicación de cuidados. 4- Proporcionar formación de cuidados básicos (higiene, dieta, cambios posturales,...) comenzando esta formación desde el ámbito hospitalario, facilitando así la transición al domicilio con la máxima autonomía posible. 5- Elaborar planes de cuidados individualizados dirigidos al cuidador, con participación activa del mismo, con establecimiento de objetivos y evaluación del mismo 6-Facilitar al cuidador información y acceso a la cartera de servicios socio-sanitarios disponible.

MATERIAL Y MÉTODO

escalas de valoración: zarit, barthel, escala de valoración social documentación dirigida al paciente y sus cuidadores sobre la patología crónica que padece metodología estructurada, estandarizada y medible en los diferentes niveles asistenciales Planes de cuidados individualizados en los que se tiene en cuenta las necesidades del cuidador Informes de continuidad de cuidados al alta

RESULTADOS

Pendiente de obtención de resultados pues esta recién comenzado el pilotaje

CONCLUSIONES

Con este proyecto, atendiendo de una manera individualizada e integral al cuidador principal del paciente crónico, tanto en lo que se refiere a su formación en cuidado y conocimientos de la patología como en su cuidado personal, concluimos que: mejorará la calidad del cuidados dirigidos al paciente, la coherencia en la aplicación de los mismos, el uso responsable de los servicios socio-sanitarios, la autonomía e independencia del cuidador en todas las circunstancias de salud tanto de estabilidad como de inestabilidad. Además de mejorar la coordinación interniveles garantizando la continuidad de cuidados establecidos de manera consensuada evitando los mensajes contradictorios y duplicidad de actividad.

B-35 ESTIMACIÓN DE LA POBLACIÓN DIANA DE LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES

I. Martínez-López[1], C. Barcelo Campomar[1], J. Forteza-Rey Borralleras[2], R. Seco Melantuche[1]

[1]Farmacia, [2]Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca (Illes Balears)

OBJETIVOS

Diseñar un modelo para identificar los pacientes candidatos a sustituir el tratamiento con acenocumarol o warfarina por los nuevos anticoagulantes orales

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo: pacientes mayores de 18 años en tratamiento con fármacos antivitamina K y con diagnóstico de fibrilación auricular desde el 1 de enero al 1 de diciembre de 2010 y con TTR calculado inferior al 65 %. Extracción de la base de datos de AVK del hospital de referencia de la comunidad (Sintomatic®, Grifols). Se excluyeron los pacientes sin registro informático y aquellos en fase de titulación (menos de 5 determinaciones de INR en el periodo de estudio). La adherencia al tratamiento, interacciones medicamentosas y alimenticias no han sido evaluadas.

RESULTADOS

1.686 pacientes en tratamiento con AVK y diagnóstico de FA. Pacientes INR 2-3 un TTR>65%: 1201 (71%). Pacientes con TTR<65%: 485 (29%). Pacientes TTR< 65% e INR<2: 239 (14%) Pacientes con TTR< 65% e INR>3: 246 (15%)

DISCUSIÓN

La rápida aparición de un nuevo grupo de anticoagulantes para la indicación de FA de evaluada eficacia pero elevado coste, hace necesario establecer las condiciones de uso. Para que un paciente con FA esté correctamente anticoagulado según las recomendaciones de la NHS, el "Time in Therapeutic Range" o porcentaje del tiempo con valores INR en rango terapéutico debe ser superior al 65%. Si desarrollamos un sistema que nos permita, siguiendo este criterio, identificar en nuestro medio qué pacientes no están correctamente descoagulados, podremos optimizar el tratamiento sin un incremento excesivo del coste.

CONCLUSIONES

El modelo planteado en esta comunicación permite facilitar el posicionamiento terapéutico de los nuevos AO: los pacientes adherentes y con INR inferiores a 2 en el 65% del TTR son los candidatos al cambio. Seleccionar los pacientes candidatos empleando un modelo como el presentado en este trabajo permite reducir el gasto de (723.294 €- 1.363.974 €) a (102.531 €- 193.351 €), lo que supone una reducción total del 86%.

B-36 TRATAMIENTO CON DIGOXINA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

I. Martínez López[1], M. Adrover Rigo[1], M. De Juan García[1], C. Barceló Campomar[1]
R. Seco Melantuche[1], J. Forteza-Rey Borralleras[2]
[1]*Servicio de Farmacia,* [2]*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca (Illes Balears)*

OBJETIVOS

Seguimiento de uso de digoxina en pacientes ancianos institucionalizados en nuestra comunidad con diagnóstico de insuficiencia cardiaca (IC) y/o fibrilación auricular (FA).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, retrospectivo de un año de duración realizado en ancianos institucionalizados en dos residencia públicas. Las variables evaluadas fueron edad, sexo, diagnósticos, tratamiento farmacológico (dosis de digoxina y tratamiento concomitante), digoxinemia y frecuencia cardiaca. Los datos demográficos y diagnósticos se obtuvieron de la historia clínica y el tratamiento farmacológico de la hoja farmacoterapéutica del servicio de farmacia. Las digoxinemias se extrajeron de la base de datos de análisis clínico del hospital de referencia.

RESULTADOS

Población incluida: 898 ancianos (83,3 ± 8,4 años, 60%?) Pacientes tratados con digoxina: 35 (3,9%) 13 FA, 5 IC y 17 (mixtos) Media de digoxinemia fue 1,06 ± 0,41 ng/mL (rango normal 0,8-2 ng/mL) 3 pacientes con Cr > 1,5 mg/Dl Frecuencia cardiaca media 75,4 ± 13,5 lpm 2 pacientes ingresaron en el hospital de referencia por intoxicación digitálica (uno con Cr 3,3 mg/dL). Digoxinemias de ingreso: 2,01 y 3 ng/mL respectivamente

CONCLUSIONES

El empleo de digoxina en los pacientes institucionalizados es correcto en base a su diagnóstico de FA y/o ICC y no se ha podido observar ni overuse por indicación ni missuse. Las dosis prescritas se adaptan a las recomendadas según los criterios STOPP/START (dosis ≤ 125 µg/día en presencia de insuficiencia renal), sin embargo uno de los pacientes que ingresó con clínica de intoxicación presentó insuficiencia renal y dosis superiores a 125 µg/día. La intoxicación digitálica en el paciente anciano no sólo depende de la dosificación y función renal sino que se debe considerar la deshidratación, hipotiroidismo, alteraciones electrolíticas e interacciones farmacológicas.

B-37 FACTORES PSICOSOCIALES Y DESTINO AL ALTA DEL PACIENTE CON ICTUS

S. Pinedo Otaola[1], M. Miranda Artieda[1], N. Lizarraga Errea[2], B. Zaldibar Barinaga[1],
A. Gamio Indacoechea[2], P. Tejada Ezquerra[1], V. Sanmartín Cuevas[3],
P. Erazo Presser[1]
[1]*Servicio de Rehabilitación. Hospital de Gorliz. Gorliz (Vizcaya)*
[2]*Servicio de Rehabilitación. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea. Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa)*
[3]*Investigación. BIOEF. (Vizcaya)*

OBJETIVOS

Valorar la influencia de diferentes variables psicosociales en el destino al alta de los pacientes hospitalizados para tratamiento de su discapacidad tras un ictus.

MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyen todos los pacientes con ictus que ingresan de febrero a septiembre de 2011 en los Servicios de Rehabilitación de dos hospitales de Osakidetza. Se realizó una evaluación del riesgo social mediante la escala de valoración sociofamiliar de Gijón, una valoración cognitiva mediante el cuestionario de Pfeiffer y la situación de dependencia mediante el índice de Barthel durante las primeras 72 horas del ingreso. Se realizó análisis descriptivo y análisis univariante para determinar la influencia de las variables en el destino al alta. El grado de recuperación funcional (IB) y el estado anímico (escala de Yesagave) fueron evaluados al alta hospitalaria.

RESULTADOS

Durante los ocho meses del estudio 240 pacientes fueron incluidos, de los cuales un 57% eran hombres. La media de edad fue de 71 años, siendo 9 años mayor en las mujeres. El 27% de los pacientes vivía sólo, y más de la mitad no disponía de una vivienda adecuada a las necesidades de su discapacidad. La media del índice de Barthel al ingreso fue de 24,44 (dependencia severa). La media de la estancia hospitalaria fue de 37 días, y la mejora funcional de 32,54 puntos en el índice de Barthel. El 82 % de los pacientes fueron derivados a domicilio al alta hospitalaria, y un 54% presentaba probable depresión en la escala Yesagave. Las variables que más influyeron en el destino al alta fueron el estado civil, el riesgo social, la situación familiar, las relaciones sociales, el apoyo social y el índice de Barthel ($p<0.001$).

DISCUSIÓN

Lograr la máxima autonomía del paciente con discapacidad y que el paciente retorne a su entorno habitual son objetivos principales del tratamiento rehabilitador. En la decisión de residencia o domicilio familiar al alta hospitalaria, las variables sociales influyeron tanto como la situación de discapacidad. Además de la ganancia funcional y el asesoramiento en ayudas técnicas, es necesaria la pronta implicación de la trabajadora social en el proceso rehabilitador, para conseguir la integración de los pacientes con alto grado de dependencia en su entorno habitual.

CONCLUSIONES

Tanto la situación funcional como el estado civil y la situación de riesgo social son factores influyentes en el destino al alta del paciente con dependencia moderada - severa tras un ictus.

B-38 PRESCRIPCIÓN VERSUS DISPENSACIÓN. LA FALTA DE ADHERENCIA PRIMARIA. NO PODEMOS TOMARNOS LAS PASTILLAS POR TI

M. Ballesta García, F. Forja Pajares, R. Pereiro Hernández
Dirección de Distrito. Distrito Bahía de Cádiz - La Janda. Cádiz

OBJETIVOS

Evaluar la adherencia primaria a los tratamientos médicos prescritos Cuantificar el coste de la medicación prescrita y no dispensada

MATERIAL Y MÉTODO

En un Distrito de Atención Primaria que presta atención sanitaria a 500.000 habitantes, se han evaluado, durante el periodo 2008 – 2011, el número de envases prescrito por los 354 médicos de familia y pediatras del Distrito, así mismo se evalúa el número de envases facturado por las oficinas de farmacia en el mismo periodo. La información del número de prescripciones se obtiene de la explotación estadística del módulo de recetas de la Historia de Salud Digital Diraya y el número de envases facturado mediante el Módulo de Tratamiento de la Información MTI-farma. Para el cálculo del coste de la medicación no dispensada se ha utilizado el coste medio por receta de nuestro Distrito para los años 2008 (11,83 €), 2009 (11,62 €), 2010 (11,42 €) y 2011 (10,69 €)

RESULTADOS

Durante el año 2008 se prescribieron por parte de los profesionales sanitarios un total de 10.952.371 envases,
las oficinas de farmacia dispensaron 8.921.374 envases, que equivalen al 81,46% del total de las prescripciones. Esto supone que el 18,54% de los tratamientos tuvieron una falta de adherencia primaria. El año 2009 se retiraron de las farmacias el 75,87% de los 12.714.079 de envases prescritos, el año 2010 el 77,98% de las 12.714.079 prescripciones y el año 2011 el 74,98% de los 13.386.193. El precio de los medicamentos prescritos y no dispensado asciende a 24.026.095 € para el año 2008, 35.641.422 € para el año 2009, 31.967.641 € para el año 2010 y 35.805.674 € para el año 2011.

DISCUSIÓN

La falta de eficacia de un tratamiento por un incumplimiento terapéutico hace que el profesional sanitario, que en muchas ocasiones ignora este hecho, no pueda valorar con claridad la utilidad de su actuación y piense que el diagnóstico y/o tratamiento no sean correctos. Esta circunstancia puede conllevar un mayor número de consultas, someter al paciente a pruebas complementarias, muchas de ellas cruentas e innecesarias, a la realización de tratamientos más agresivos, todo lo cual aumenta el riesgo del paciente disminuyendo la seguridad del mismo. En este trabajo hemos querido analizar la falta de adherencia primaria, considerada ésta como la no retirada de la medicación de las oficinas de farmacias. Podemos considerar este dato como un mínimo, ya que indiscutiblemente la no retirada de la prescripción en la farmacia implica que estos pacientes no siguen el tratamiento prescrito, aunque el hecho de haber sido dispensado tampoco implica necesariamente el cumplimiento del tratamiento, habrá un grupo de pacientes que sean correctos cumplidores y otros que no, denominados falta de adherencia secundaria. Entre el 18 y el 25% de los tratamientos prescritos no son retirados de las farmacias. La falta de adherencia secundaria se estima en diversos estudios entre el 25% de los que toman un fármaco al 90% de los que toman nueve. Esta falta de adherencia secundaria incluye tomar una dosis incorrecta, a horas incorrectas, olvidarse de tomar una o varias dosis (o aumentar la frecuencia de las dosis) y suspender el tratamiento demasiado pronto. Entre los condicionantes que pueden influir en la falta de adherencia primaria, destacamos el régimen de aportación económica, el incremento de médicos prescriptores no titulares del cupo y la confianza que se tenga previamente del profesional así como el desarrollo de la entrevista clínica y aspectos relacionados con la empatía y asertibidad.

CONCLUSIONES

Un alto número de pacientes no retiran la medicación de las oficinas de farmacia, lo cual conlleva un incumplimiento terapéutico y las consecuencias que de ello se deriven El coste de la medicación prescrito y no dispensada podría no ser asumible para la administración sanitaria

B-39 ATENCION AL DUELO EN UN CENTRO DE SALUD. OPORTUNIDADES DE MEJORA

M. Campillos Páez, M. Delgado Valera, R. Melguizo Benavides, B. Martínez Alonso de Armiño, Y. Santamaría Calvo, R. Jiménez Díaz
Centro de Salud Potes. Hospital 12 de Octubre. Madrid

OBJETIVOS

Principal: Estudiar la asistencia al duelo en un EAP. Secundarios: identificar fallos e implementar medidas correctoras.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: Descriptivo retrospectivo. Ámbito de estudio: Un EAP urbano. Sujetos: Listado de fallecidos que constan en el EAP desde 01/03/2010 hasta 01/03/2011 y a través de éstos, estudiamos la asistencia prestada a sus cónyuges viudos en los meses siguientes al fallecimiento. Mediciones: Variables: Datos de filiación del viud@. ¿Registramos en planes de cuidado de enfermería/diagnósticos enfermería la asistencia al duelo? Tipo de asistencia prestada a viud@: valoración funcional, social o psicológica, exploración física, cuidados y tratamiento. ¿Realizamos visita domiciliaria al viud@? Tiempo transcurrido desde el fallecimiento hasta la atención al viud@.

RESULTADOS

75 fallecidos en el periodo estudio (74,2% varones, 25,8% mujeres). En 5 casos no consta la pareja en el registro familiar en AP-Madrid (suponemos estado civil soltero), por lo tanto estudiamos a 70 viud@s. Edad media de los 70 viud@s: 72,5 años (DE 5.7). En su mayoría mujeres. De los 70 viud@s, completamos 5 planes de enfermería/diagnósticos de enfermería de duelo: 3,6%. Realizamos visita domiciliaria en 4 casos. En el 55,8% de los viud@s no prestamos ninguna asistencia sanitaria. En el 44,2% restante, cuando demandan asistencia sanitaria los principales tipos de atención prestada a los viud@s son: atención psicológica (32%), ayuda en recursos sociales (23%) y demandas por síntomas físicos (45%). La media del tiempo transcurrido desde el fallecimiento hasta la asistencia sanitaria al viud@ es de 17,9 días (DE 41,48). El viud@ demanda asistencia en 4-15 días si el motivo de consulta está relacionado con una sintomatología física y se demora a 45-75 días si solicitan una asistencia psicológica/social. Consultan por igual al profesional médico como al de enfermería (no hay diferencias significativas).

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES: •Descubrimos un área de mejora al constatar una deficitaria atención al duelo en nuestro centro de salud. •Sería muy interesante implementar protocolos con los ítems a registrar, como el protocolo del que constan las enfermeras sobre planes de cuidado y diagnósticos de enfermería en relación al duelo, que existe en AP-Madrid. •Recordar a todos los profesionales sanitarios la necesidad de un registro correcto, con búsqueda activa del cónyuge viud@, por el riesgo sociosanitario que presenta el viud@ de sufrir patologías físicas, psíquicas o problemas sociales, e incidir en la necesidad de atención integral en este periodo vital.

B-40 IMPLEMENTACIÓN DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE DÍA EN UN HOSPITAL DE SUBAGUDOS

A. Gil Molet[1], D. Cantero González[2], P. García Peña[1], R. Herrería Laherrán[1], I. López De Arancibia[1], A.*Urigoitia Ugarte*[1]
[1]*Servicio de Urgencias,* [2]*Unidad de Calidad. Hospital Santa Marina. Bilbao (Vizcaya)*

OBJETIVOS

Dar a conocer una modalidad asistencial alternativa en la atención al paciente crónico ofreciendo una asistencia precoz de sus reagudizaciones y procedimientos diagnóstico-terapéuticos específicos que precisen recursos hospitalarios. Facilitar el acceso y coordinación con Atención Primaria, Residencias geriátricas y el mundo hospitalario. Disminuir el número de ingresos en hospitalización convencional.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo de los datos de los paciente atendidos por reagudización de su patología crónica en nuestro servicio de urgencias durante el último año. Se analizan retrospectivamente los datos registrados en la Unidad de Día durante los dos primeros meses desde su implantación. Se comparan los datos según la procedencia y el número de altas de los pacientes atendidos bajo las dos modalidades.

RESULTADOS

De la totalidad de los pacientes atendidos en nuestro Servicio de Urgencias durante el año 2010 el 32,69%
fueron dados de alta a su domicilio habitual. De estas altas, el 64% acudieron por iniciativa propia, el 19% fueron derivados desde Atención Primaria, seguido de un 10% que lo hicieron desde Urgencias extrahospitalarias y un 7% desde residencias geriátricas. Tras analizar los datos de los dos meses transcurridos desde la implantación de la Unidad de Día se observa que el porcentaje de altas alcanza un 60%. El 64% de altas atendidas bajo la modalidad de hospitalización de día fueron remitidos desde el Servicio de Urgencias, el 24% desde atención Primaria, el 4% desde residencias geriátricas y un 8% fueron derivados desde Consultas Externas.

DISCUSIÓN

Se ha duplicado el porcentaje de altas de los pacientes atendidos de forma no programada pero precoz en la nueva Unidad de Día. Se ha observado un aumento considerable del porcentaje de pacientes derivados desde Atención Primaria.

CONCLUSIONES

El plan de divulgación de la implantación de la unidad de día en nuestro hospital de subagudos ha tenido una buena respuesta por parte de Atención Primaria reflejada en el incremento del número de derivaciones precoces lo que supone una disminución de los ingresos en las plantas de hospitalización. Con todo ello contribuimos a aumentar la eficiencia del sistema sanitario en la gestión del paciente crónico.

B-41 CRONICIDAD Y CONSUMO DE ANSIOLÍTICOS

E. Borreguero Guerrero, E. Satué Gracia, A. Martín Lorente, M. García Barrera, R. Landín Delgado, J. Serra Virgili

EAP La Granja-Torreforta (Tarragona). Atención Primaria Tarragona-Valls (ICS). Tarragona

OBJETIVOS

Conocer el porcentaje de pacientes con patologías crónicas (Hipertensión y/o diabetes y/o dislipemia) de nuestro Equipo de Atención Primaria que consume de manera crónica ansiolíticos o antidepresivos. Compararlo con el consumo en población general

MATERIAL Y MÉTODO

Hemos seleccionado una muestra aleatoria de pacientes de 3 equipos de Atención Primaria de nuestro Centro con los diagnósticos de Hipertensión o diabetes o Dislipemia. Hemos registrado la edad, el sexo, las patologías, los años de evolución, las complicaciones, el número de fármacos en listado de medicación crónica y si consumían ansiolíticos y/o antidepresivos. Hemos analizado el consumo de estos fármacos en función de las otras variables. Hemos comparado nuestros resultados con los datos de consumo general de nuestro Servicio de Farmacia

RESULTADOS

Hemos analizado una muestra de 146 pacientes, 76 (52,05%) mujeres y 70 (47,95%) hombres. La edad media fue de 67,1 años con una desviación típica de 13,24 y rango desde 37 a 93, los hombres algo más jóvenes (media de 62,3). 35 (24%) eran hipertensos, diabéticos y dislipémicos, 30 (20,5%) sólo hipertensos, 25 (17,1%) hipertensos y diabéticos, 24 (16,4%) hipertensos y dislipémicos, 15 (10,3%) sólo dislipémicos, 8(5,5%) sólo diabéticos y 9 diabéticos y dislipémicos. 50 (34,2%) habían presentado alguna complicación: 25 (17,1%) fibrilación auricular y/o insuficiencia cardiaca, 18 (12,3%) cardiopatía isquémica, 7 (4,8%) ictus y 7(4,8%) insuficiencia renal. Un 26% consumen ansiolíticos o antidepresivos; 26 (17,8%) toman ansiolíticos (la mayoría como hipnóticos, 65,4%) y 17 (11,6%) toman antidepresivos; 5 pacientes (3,4%) consumen ambos fármacos. El consumo de ansiolíticos es igual en ambos sexos pero los antidepresivos los toman más las mujeres (76,5%). No se encontraron diferencias por edad ni por tipo ni años de evolución de la patología crónica ni tampoco por la existencia de complicaciones. El promedio de fármacos (principios activos) incluidos en hoja de medicación crónica por paciente fue de 5,9 y algo superior en los que toman ansiolíticos (7,6) y/o antidepresivos (8,5) sin que la diferencia resultara estadísticamente significativa. Sí hemos encontrado una asociación entre edad y número de fármacos (mayor número a mayor edad)

DISCUSIÓN

Aunque nuestros resultados reflejan un consumo de ansiolíticos superior al de la población general (Dosis Habitante Día en nuestra Área de 83,38/1000 personas/día) hay que tener en cuenta que la edad puede ser un factor de confusión, ya que el consumo es superior en edades avanzadas (hasta de un 27,3%, para ansiolíticos en mayores de 75 años según estudios en nuestra Región Sanitaria). Probablemente habría que valorar en cada caso el balance riesgo/beneficio, sobre todo teniendo en cuenta los riesgos que se asocian a la polimedicación, que en nuestra muestra aumenta con la edad, y es en pacientes mayores en los que más riesgos comporta.

CONCLUSIONES

No podemos afirmar que el hecho de padecer las patologías crónicas estudiadas se asocie a un mayor consumo de ansiolíticos y/o antidepresivos, al menos en nuestra muestra. Tampoco hemos encontrado ninguna variable, aparte de la edad, que se asocie a un mayor consumo. Dado que la seguridad de los pacientes es clave, quizás deberíamos plantearnos alguna estrategia para reducir la polimedicación, sobre todo en pacientes de edad avanzada, pues sabemos que en ellos comporta un mayor riesgo y son los más polimedicados.

B-42 PACIENTE PLURIPATOLÓGICO: ¿ALGUNA DIFERENCIA EN EDADES AVANZADAS?

M. Castro Vilela, R. Quilez Pina, J. Bonafonte Marteles, B. Gamboa Huarte, T. Morlanes Navarro, E. *García - Arilla Calvo*

Geriatría. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza

OBJETIVOS

Analizar características diferenciales entre ancianos hospitalizados con y sin criterios de paciente pluripatológico (PPP).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo, prospectivo. Datos preliminares en el marco del estudio PLUPAR (PPP Aragón). Todos los pacientes hospitalizados en una Unidad de Agudos de Geriatría, procedentes de Urgencias con (G1) y sin (G2) criterios de PPP (Según categorías predefinidas, Bernabeu-Wittel 2010), entre el 18 de abril y el 18 de junio de 2011. Datos registrados: Edad, sexo, procedencia, índice Barthel basal (IB), T. Pfeiffer, I. Charlson,

I.Profound, hábitat, fármacos al ingreso y alta, creatinina, hemoglobina, nueva hospitalización y mortalidad en 6 meses. Tratamiento estadístico: Entre G1 y G2 se han comparado variables cuantitativas (t- Student) y cualitativas (Chi cuadrado). SPSS.

RESULTADOS

121 pacientes hospitalizados, 41 (34%) con criterios de PPP (G1). 27 (65.9%) mujeres y 14 (34.1%) hombres. Edad media: 85 años. El 39% provenían de residencias. Estancia media: 15 días. Categorías más representadas: enfermedades neurológicas (73.2%), osteoarticulares (41.6%) y enfermedad renal crónica (39%). Al comparar ambos grupos, se encontraron diferencias con significación estadística en el índice de Charlson modificado (edad) (p< 0.001), comorbilidad diabetes (DM2) (p= 0.043), número de fármacos al ingreso (p< 0.003) y mortalidad en 6 meses (p= 0.014).

CONCLUSIONES

En nuestro ámbito, con pacientes de edad muy elevada, el grupo con criterios de PPP se ha asociado a mayor

mortalidad, comorbilidad, presencia de diabetes y polimedicación. No se han encontrado diferencias en la puntuación del Índice Profund entre los grupos estudiados.

B-43 EQUIVALENCIA DE DOSIS-EFECTO ENTRE EPOETINA Y DARBOEPOETINA EN TODOS LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS DE UNA COMUNIDAD AUTONÓMICA

J. Molina del Río[1], C. Robledo[2], M. Muñiz[6], R. Aguirre[5], A. Maza[4], I. Moina[3], M. Gallardo[7], J. Arrieta[3]

[1]*Servicio de Nefrología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea. Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa)*

[2]*Servicio de Nefrología. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz (Álava)*

[6]*Servicio de Nefrología. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya)*

[5]*Servicio de Nefrología. Clínica Virgen Blanca, S.A. Bilbao (Vizcaya)*

[4]*Servicio de Nefrología. DIALBILBO. Bilbao (Vizcaya)*

[3]*Servicio de Nefrología. Hospital de Basurto. Bilbao (Vizcaya)*

[7]*Servicio de Nefrología. Hospital de Galdakao. Galdakao (Vizcaya)*

OBJETIVOS

La anemia secundaria a enfermedad renal crónica afecta a un 5 a 10% de la población adulta. La terapia con diferentes Agentes Estimulantes de la Eritropoyesis (AEE) tiene ya una experiencia de dos décadas. Presentamos un estudio retrospectivo de sustitución de AEEs: eritropoyetina alfa (epo) por darboepoetina alfa (DA) en pacientes en hemodiálisis. El cambio de tratamiento tuvo lugar en todos los centros de diálisis públicos y concertados de la Comunidad Autonómica y fue debido a la celebración del concurso de proveedores de AEEs a finales del 2007. El objetivo es demostrar que la equivalencia de dosis en medicamentos biológicos no siempre es la que sugieren los fabricantes.

MATERIAL Y MÉTODO

Se seleccionaron todos los pacientes estables en hemodiálisis (HD) desde al menos tres meses antes del estudio y durante los tres posteriores. Un año de observación con epo y dos tras el cambio a DA. Edad de 70 ± 13 a. (59,7% hombres) en HD desde 103 ± 98 meses antes de la selección. Solo se excluyeron los pacientes con neoplasias activas o hemorragia. Se utilizó para los cálculos la equivalencia propuesta por los fabricantes (1 mcg por 200 Uds).

RESULTADOS

Los valores de Hb (11.98 mg/dL) y dosis de epo, y de hierro (siempre IV) fueron estables antes del cambio de epo a DA. • La "intención de tratar" de los nefrólogos se tradujo en una equivalencia de dosis de 350 a 400 Uds de epopor cada mcg de DA sin atender a la propuesta por los fabricantes. • La dosis media requerida de AEEs disminuyó significativamente en el primer mes de cambio de AEE (23,3 ±12,5 µg/semana vs 54,1 ± 29,8 µg/semana, en el mes anterior, respectivamente; p<0,0001). Los niveles de Hb se mantuvieron sin diferencias estadísticamente significativas. • La dosis media requerida de AEEs antes del cambio fue de 56,8 ± 30,3 µg/semana y después del cambio de28,8 ± 12,9 µg/semana (p<0,0001). • Estabilidad de la Hb: el tiempo medio en que los pacientes se mantuvieron con niveles objetivo de Hb antes del cambio fue de 4 ± 3 meses y de 8 ± 5 meses después del cambio (p<0,0001). A los 18 meses después del cambio, se aprecia un leve descenso de la Hb desde 12.0 hasta 11.7. Este pequeño descenso se debe a una reducción de las dosis de DA, para bajar el objetivo de Hb conforme a las nuevas modificaciones de las GPC. • En el modelo de regresión multivariante no se pudo apreciar la influencia del patrón de uso del hierro, la calidad del agua de HD, el estado inflamatorio del paciente y el índice de Charlson, sobre la respuesta eritropoyética frente a epo y DA.

CONCLUSIONES

La equivalencia de dosis real ha sido de 413 Uds por mcg. El tiempo medio dentro de niveles objetivo de Hb se duplicó tras el cambio a un AEE de semivida más larga. Los futuros cambios en la adquisición de medicamentos biosimilares deberían pasar por un adecuado estudio de las equivalencias de dosis y de la estabilidad de las respuestas en los diferentes tipos de pacientes.

B-46 MOVILIZANDONOS ANTE LA INMOVILIZACION

M. García Ron[1], F. López Arcediano[1], M. Holgado Juan[1], C. Moreno Pérez[2]

[1]*Médico de Familia,* [2]*DUE. Centro de Salud Isabel II. Parla (Madrid)*

OBJETIVOS

El aumento de la esperanza de vida experimentado durante los últimos años debido a las mejoras de las condiciones higiénico sanitarias y al desarrollo económico y social, ha dado lugar a un envejecimiento progresivo de la población. Como consecuencia de esto, se ha dado un incremento de las personas dependientes que requieren cuidados domiciliarios. Así pues, la atención domiciliaria desempeñada por un equipo multidisciplinar desde Atención Primaria, está dirigida a cubrir las necesidades de salud de estas personas que requieren una atención y un seguimiento continuado, permitiéndoles conseguir el grado de autonomía y la calidad de vida óptimos, en virtud del problema de salud que presentan. Las repercusiones de una adecuada atención domiciliaria derivarían en un mejor control de la enfermedad, un menor número de ingresos hospitalarios y una mayor calidad de vida para el paciente.

MATERIAL Y MÉTODO

A propósito de un caso clínico de un paciente incluido en el protocolo de Atención Primaria de seguimiento del paciente inmovilizado en el centro de salud Isabel II en Parla (Madrid). Mujer de 80 años que en el momento de la inclusión presentaba limitación funcional para el desplazamiento hasta el centro asistencial (Escala de Barthel 5/100 y de Lawton 0/8), casada y con buen apoyo familiar. Entre los antecedentes médicos destacan un deterioro cognitivo moderado-grave, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, obesidad mórbida y arritmia cardiaca tipo fibrilación auricular en tratamiento con anticoagulación oral. Durante el seguimiento se estableció un plan de actuación dirigido a mejorar el cuidado general, con la intención de prevenir posibles problemas cutáneos, osteomusculares, cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales y genitourinarias; y se diseñaron técnicas destinadas a una mejor adaptación en el hogar.

RESULTADOS

En los últimos 5 años el seguimiento ha consistido en: -Por parte de enfermería: visitas mensuales e incluso quincenales en las cuales se ha llevado a cabo un adecuado control de los parámetros biológicos del paciente (T.A, FC, glucemia), una vigilancia de la adherencia al tratamiento (técnica de administración de insulina, protocolo de polimedicado) y un seguimiento continuado de la situación de la salud (control de INR, evolución de úlceras...). -Por parte del médico: al menos 2 visitas anuales que se han visto intensificadas por la necesidad de intervenir ante problemas del tipo cutáneo (micosis en pliegues), osteomusculares (fractura humeral y de cadera), cardiovascular (fibrilación auricular con mal control de anticoagulación), respiratorio (CVA y neumonía), gastrointestinal (estreñimiento), genitourinario (ITU) y neuropsiquiátrico (alucinaciones secundarias a antipsicóticos).

DISCUSIÓN

Se acepta que una mejora en el cuidado domiciliario de los pacientes inmovilizados ofrece ventajas respecto a la institucionalización y hospitalización: fomenta el autocuidado y la autonomía, disminuye las complicaciones derivadas de la hospitalización (infecciones nosocomiales, situaciones de desorientación...) y mejora el bienestar afectivo, aumentando así su satisfacción.

CONCLUSIONES

Es importante realizar un seguimiento que conste de visitas periódicas, adaptándose el intervalo entre éstas a las necesidades del paciente. No obstante, debería realizarse: -Una visita trimestral por un profesional sanitario.

-Al menos 2 veces al año las sesiones serán conjuntas entre el profesional médico y el de enfermería. -El profesional médico, revisará los regímenes terapéuticos, farmacológicos y rehabilitadores establecidos. -El profesional de enfermería realizará visitas cada 2 meses, siendo éstas susceptibles de modificar según la evolución del paciente.

B-47 ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO: CREACIÓN DE UNA UNIDAD DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

F. Fresco Benito, M. Iriarte Ibarrarán, M. Millán Estébanez, P. Arriola Martínez, M. Arozamena Martínez, S. Nieto Martínez, J. Velasco Montes, J. De la Viuda Unzueta
Servicio de Medicina Interna. Hospital Santa Marina. Bilbao (Vizcaya)

OBJETIVOS

1. Ofrecer un cuidado integral e individualizado del paciente crónico, en coordinación con Atención primaria, servicios sociales y otros Organismos con especial relevancia en la recuperación funcional y en la calidad de vida. 2. Mejorar la accesibilidad a los recursos hospitalarios sociosanitarios evitando las reiteradas visitas y exploraciones en los servicios de urgencias. 3. Proporcionar asistencia y cuidados integrales a través de un equipo multidisciplinar.

MATERIAL Y MÉTODO

Pacientes ingresados en la Unidad de Pluripatológicos del Hospital de Santa Marina que cumplan 2 o más de los criterios propuestos por la SEMI junto con unos criterios de inclusión y exclusión. CRITERIOS DE INCLUSION Pacientes que cumpliendo los criterios de enfermo pluripatológico presenten uno de los siguientes criterios: * Más de dos ingresos en el último año. * Ingreso en el último mes o descompensación de su enfermedad de base. * visto en el S. de Urgencias en los últimos tres meses. * Varias revisiones programadas en más de dos especialistas. Y -los pacientes deben estar diagnosticados y evaluados no precisando nuevas exploraciones sostificadas: cateterismos, radiología intervencionista. -no estar indicados tratamientos agresivos o invasivos: Intervenciones quirúrgicas, angioplastias, ingreso en UCI, y ventilación mecánica invasiva. CRITERIOS DE EXCLUSION: * Presentar únicamente problemática social. * Pacientes en fase agónica. * Pacientes únicamente con deterioro funcional no rehabilitable.

DISCUSIÓN

La prevalencia de pacientes pluripatológicos llega a situarse entre el 21 y 72% de los pacientes atendidos en los Servicios de Medicina Interna y con una edad media en torno a los 70 años. En Atención Primaria constituyen aproximadamente el 5 % de la población usuaria de los Centros de Salud, pero con un consumo de recursos (frecuentación, visitas domiciliarias, pruebas complementarias y farmacia) que llega a cuadruplicar el promedio por paciente y un grado de complejidad clínica que requiere múltiples contactos con el medio hospitalario. El paciente pluripatológico obliga más que ningún otro a una atención sustentada en la integralidad sociosanitaria y en la atención compartida entre el nivel especializado y primario. Para una correcta valoración del paciente pluripatológico, al igual que en el anciano frágil, es necesaria una valoración integral que incluya la esfera clínica, funcional, mental y social, incorporado escalas de valoración geriátrica que cuantifican el grado de deterioro del paciente, facilitan la detección y el seguimiento de problemas, así como la comunicación entre profesionales, y sirven para implementar las atenciones sanitarias. Estas valoraciones identificarían por tanto a aquellos pacientes en los que es predecible una evolución más desfavorable y que precisarán mayor consumo de recursos. En el entorno hospitalario, los criterios de pluripatología permiten identificar a una población de mayor edad, mayor limitación funcional, mayor mortalidad y mayor consumo de recursos por lo que la identificación de un paciente como pluripatológico es un aspecto fundamental para el desarrollo de una estrategia.

B-48 ¿ESTÁ JUSTIFICADO CONTINUAR EL TRATAMIENTO CRÓNICO CON BIFOSFONATOS EN LOS PACIENTES QUE HACE MÁS DE 5 AÑOS QUE LOS TOMAN?

À. Pellicer Jacomet[1], M. Noguer Martorell[2], T. Guerrero Guerrero[1], M. Nadal Llover[1], P. Modamio Charles[2], E. Mariño Hernández[2]

[1]*Direcció d'Atenció Primària Girona. Institut Català de la Salut. (Girona)*

[2]*Facultat de Farmàcia. Universitat de Barcelona. (Barcelona)*

OBJETIVOS

Describir las características de los pacientes que hace más de 5 años que toman bifosfonatos. Calcular el riesgo de fractura y en función del riesgo valorar la necesidad de continuar el tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo y retrospectivo. Se analizaron las características de los pacientes asignados a 10 Equipos de Atención Primaria que habían recogido en una oficina de farmacia un bifosfonato entre enero-marzo 2006 y también entre diciembre 2010 y enero 2011, es decir, pacientes que podría hacer más de cinco años que estaban tomando bifosfonatos. Se analizó una muestra representativa de 300 pacientes de los 820 que hacía más 5 años que tomaban bifosfonatos De cada paciente se registró según los datos que constaban en la historia clínica informatizada: -Diagnóstico: osteopenia u osteoporosis con o sin fractura previa -Factores de riesgo: edad, sexo, IMC, DMO, fracturas previas, tabaco, alcohol, DM tipo I, hepatopatía crónica, artritis reumatoide y corticoideterapia. -Riesgo de fractura según FRAX. -Tratamiento: dosis y pauta de bifosfonato, calcio y / o vitamina D. -Fecha inicio y final.

RESULTADOS

Un 37,5% de los pacientes podría hacer más de cinco años que tomaban bifosfonatos.
De los 300 pacientes analizados 9 (3%) presentaban un diagnóstico de osteopenia, 18 (6%) de osteoporosis, 63
(21%) osteoporosis con fractura, 148 (49,3%) osteoporosis sin fractura previa y en un 20,7% de los pacientes no constaba ningún diagnóstico. Factores de riesgo de fractura: La edad media era de 75 años (DE: 9,1 años), 95,3% eran mujeres. El IMC constaba en el 43,3% de los pacientes y su valor promedio fue de 27,4 (DE: 7,1). Un 21% de los pacientes presentaron una fractura previa siendo registrada como atípica en un caso (0,3%). Un 3,3% de los pacientes eran fumadores y un 0,7% presentaba consumo de alcohol de riesgo. Un 14,3% (43) de los pacientes presentaban diagnósticos concomitantes que aumentaban el riesgo de fractura (51,1% (22) hepatopatía y 48,8% (21) artritis reumatoidea). No se ha encontrado ningún paciente con DM-I. Un 10% (30) de los pacientes tomaba corticosteroides. Se pudo calcular el FRAX el 40,3% (121 pacientes), con un riesgo medio de fractura mayor osteoporótica de 12,3 (DE: 8) y riesgo de fractura de cadera de 5,7 (DE: 4,9). Un 58% de los pacientes tomaban alendronato, un 33,3% risedronato, un 8% ibandronato, un 0,3% clodronato y un 0,3% etidronato. Un 62% de los pacientes tomaban concomitantemente calcio y vitamina D. La duración media del tratamiento en los pacientes en tratamiento es de 6,6 años (DE: 1,04), con un máximo de 9,2 años.

CONCLUSIONES

-Un elevado porcentaje de pacientes presentan bajo riesgo de fractura por lo que continuar el tratamiento con bifosfonatos presenta un balance beneficio-riesgo desfavorable. -A pesar de que desconocemos la ingesta de calcio de la dieta se observa un elevado porcentaje de pacientes que no toman suplementos de calcio y vitamina D. -Hay que mejorar el registro en la historia clínica informatizada del diagnóstico, peso y altura.

B-49 ENCUESTA DE OPINIÓN SOBRE OSTEOPOROSIS EN PERSONAL SANITARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA

G. Pérez Torregrosa[1], M. Santiago Portero[2], J. Delgado de los Reyes[1], H. Reig Gómez[2], M. ArencibiaGiménez[1], J. Llompart Vidal[2], E. Alonso Echave[2]
[1]Medicina Preventiva, [2]Salud Pública. Hospital General Universitario de Elche. Elche/Elx (Alicante)

OBJETIVOS

La Osteoporosis (OP) es la enfermedad crónica metabólica ósea más prevalente, afecta fundamentalmente a mujeres, un 30% a partir de los 50 años y al 50% a mayores de 70 años. La prevención de la osteoporosis se debe realizar a todas las edades, se inicia desde niños con una alimentación saludable rica en Calcio y Vitamina D (lácteos, pescados) y ejercicio físico en las primeras dos décadas de nuestra vida con el objetivo de obtener una óptima densidad de masa ósea (DMO). Además de lo anterior hay que evitar hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, exceso de café), y a partir de los 40-50 años existen tratamientos farmacológicos pero siguen siendo muy útiles la alimentación saludable, el ejercicio físico adaptado a cada edad y además prevenir las caídas en los domicilios. El objetivo es tomar el pulso a la opinión de los profesionales en su experiencia diaria con la OP y valorar posibles medidas de mejora a implementar con posterioridad desde Salud Pública y Dirección de AP.

MATERIAL Y MÉTODO

En el transcurso de unas jornadas sobre OP en Atención Primaria (AP) se les realiza una encuesta de opinión al personal sanitario tanto médicos (39) como enfermería (39). Un total de 78 encuestas anónimas con preguntas abiertas y/o semiabiertas (multicontestación) donde se valora actitud/opinión y conocimientos en tres temas: 1) prevención, 2) dificultades en el día a día en seguimiento, diagnostico y control, y 3) derivación a especializada de OP. Análisis estadístico con Excel y SPSS.

RESULTADOS

En opinión de los profesionales sanitarios de AP sobre a que grupos poblacionales realizarían medidas preventivas frente a la OP:1) a cualquier edad (18%), 2) en niños y adolescentes (4%), 3) en mujeres > 40 años (56%), 4) en hombres > 50 años (5%), 5) en pacientes diagnosticados de OP (42%), en este último grupo se han encontrado diferencias significativas (p = 0,006) entre la opinión de médicos (59%) y enfermería (26%), en pacientes tratados de manera crónica con Glucocorticoides (50%) con diferencias significativas (p = 0,0003) entre médicos (72%) y enfermería (28%). Preguntados por las dificultades en el día a día con el seguimiento y la prevención en OP solo contesta el 37% y opina: les falta tiempo para seguimiento y prevención de OP (46%), pobre adherencia al tratamiento, (23%), debe mejorar la formación en OP para AP (23%), en la realización de DMO (8%), mejorar la relación/ comunicación entre especializada y AP (8%), y un 4% piensa que la OP es poco relevante para realizar seguimiento y prevención. Solo a los médicos se les pregunta si derivan y donde derivarían un paciente con OP y opinan: 10% no derivan nunca piensan que se pueden seguir y tratar en AP, 58% derivan solo los casos complejos y 32% derivan a especializada los diagnosticados de osteoporosis. Derivan: 87% Reumatología, 26% Traumatología y Ortopedia, 18% Rehabilitación y 10% Ginecología, se podían contestar varias opciones.

CONCLUSIONES

La opinión de un grupo de profesionales sanitarios altamente motivados que acuden voluntariamente a las charlas de formación debe ser tenida en cuenta, refieren: falta de tiempo que dedicar a la prevención de la OP, mejorar la formación continuada en prevención, seguimiento y protocolos de tratamiento (Programa ESOSVAL y herramientas informáticas de Abucasis), además de una comunicación fluida y resolutiva entre especializada y AP. Se deben unificar criterios entre médicos y enfermería en el tema de prevención, la formación evitaría las diferencias de criterio y mejoraría los conocimientos y actitudes ante la prevención de la OP simplemente con el consejo médico y el uso de programas informáticos. Se confirma que la mayoría de los médicos de AP creen que la prevención, seguimiento y control de la OP debería ser resuelta en AP por lo que no derivarían o solo casos muy puntuales o complicaciones de la OP serian derivados y los pocos médicos que derivan en una gran mayoría lo hacen a Reumatología.

B-50 ATENDAMOS MEDIANTE CONSULTAS NO PRESENCIALES A LOS PACIENTES UROLÓGICOS CRÓNICOS QUE LO DESEEN, Y LOS QUE NO, SIGAMOS COMO SIEMPRE

A. Arruza Echeverría[1], R. Sánchez Bernal[2], E. Bárez Hernández[3], A. Collia Posada[4], O. Álvarez Guerras[5], J. Deza Carrillo[6]
[1]Servicio de Urología, 3Dirección Médica, 6Dirección Médica. Hospital Universitario de Álava. Vitoria (Álava)
[2]Osarean: Osakidetza no Presencial, 5Osarean: Osakidetza en red. Dirección de Osakidetza. Vitoria (Álava)
[4]Dirección de Consumo. Departamento de Sanidad. Vitoria (Álava)

OBJETIVOS

1. Beneficiarse de las utilidades que proporciona la Historia Clínica Electrónica (Osabide Global) para que los pacientes crónicos no acudían al hospital para sus revisiones de rutina 2. Potenciar las interconsultas no presenciales (e-mail, Web, tv) con familiares, cuidadores o Médicos de Atención Primaria (AP) ó residencias, y asegurarse el correcto seguimiento de sus patologías crónicas 3. Disminuir la presión asistencial en consultas 4. Evitar desplazamientos

innecesarios a pacientes con problemas de traslado o movilidad 5. Implicar a Enfermería en la atención y cuidado del paciente crónico con problemática como ostomías, sondajes, heridas, etc.

MATERIAL Y MÉTODO

Encuesta a 100 pacientes y a 100, que requieran un control médico o de enfermería de las siguientes patologías: A. Control evolutivo de patología prostática, pacientes sondados a permanencia y/o evolución de PSA en el paciente anciano. B. Control evolutivo del cáncer superficial de vejiga que cumple criterios de estabilidad de la enfermedad. C. Control de patología neoplásica renal tratada o no previamente, que requiera controles periódicos de imagen y que no tenga criterios de riesgo. D. Control de litiasis renales crónicas. E. Control de patologías estabilizadas e infrecuentes, susceptibles de control por su Médico de AP ó de la residencia. En lo que respecta al control por parte de Enfermería serán problemas solucionables a distancia y con la colaboración del Médico de A.P., ó Médicos de las Residencias, como el control de urostomías, bolsas de orina, curas, sondajes permanentes y heridas post-intervención. Osabide Global y página Web del Servicio de Urología, propicia una comunicación con los Médicos de AP para que remitan sus pacientes de Circuito Prioritario, consulten sus dudas, y sirva para canalizar las consultas de Enfermería de los Centros de Salud, con implantación paulatina de telemedicina desde el domicilio, residencias o similar, por parte del paciente, cuidadores o familiares.

RESULTADOS

El 86% de los encuestados no dispone de Internet o no sabe usarlo. El grado de confianza en el nuevo circuito es en el 11% de los encuestados malo, en el 39% regular, y en el 49% bueno. En cuanto a si los familiares y pacientes aceptan al Médico de Primaria como transmisor, el 78% dijo que sí, y el 22% que no.

DISCUSIÓN

Los pacientes prefieren evitar traslados y molestias a la familia por encima de todo, y el desconocimiento o falta de uso de Internet crea desconfianza en la teleasistencia. Por otro lado, la inmensa mayoría de los mayores de 65 años son incapaces de acogerse a este plan, y si se impone lo aceptarían, pero su frase preferida es “nos gusta el sistema actual”.

CONCLUSIONES

El nuevo plan requiere tiempo y una intensiva difusión/concienciación en los próximos 10 años. Lo aceptarán los pacientes que tienen entre 55-65 años. Por último parece razonable que el interlocutor para algunas consultas no presenciales entre paciente y especialista sea únicamente el Médico de AP ó de las Residencia.

B-52 EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE UNA RUTA ASISTENCIAL PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON EPOC

M. Irizar Aramburu[1], R. San Vicente Blanco[2], M. Galparsoro Goikoetxea[2], M. Díaz Atienza[2], S. Dorronsoro Quintana[3], I. Iturbe Susilla[3]
[1]*Osakidetza. OSI Goierri Alto Urola - C S Idiazabal. Guipúzcoa*
[2]*Osakidetza. OSI Goierri Alto Urola - C S Zumarraga. Guipúzcoa*
[3]*Osakidetza. OSI Goierri Alto Urola - Hospital de Zumarraga. Guipúzcoa*

OBJETIVOS

Conocer el grado de cumplimiento de algunos indicadores de la atención al paciente con EPOC en la fase previa a la implementación de una ruta asistencial en una organización sanitaria integrada (OSI).

MATERIAL Y MÉTODO

Se consensuó una ruta asistencial para la atención al paciente con EPOC entre profesionales de atención primaria, neumología, medicina interna y urgencias hospitalarias y se establecieron unos indicadores de calidad para medir el impacto de la misma junto con unos estándares de cumplimiento. Antes del inicio de la implementación de la ruta, se obtuvieron algunos de los citados indicadores para conocer la situación de partida en las 7 Unidades de Atención Primaria que componen la OSI por medio del programa de historia clínica informatizada de Atención Primaria, Osabide

RESULTADOS

Se encontró un 2.3% de prevalencia de EPOC entre 40 y 80 años. El 73,2% de los pacientes diagnosticados de EPOC no fuman en la actualidad. El 65,9% de los pacientes con EPOC han recibido la vacuna antigripal en el último año. Tan sólo el 7,2% de los pacientes con EPOC tienen registrado el dato de haberse realizado una revisión de la técnica de inhalación en el último año.

DISCUSIÓN

En consonancia con otros los estudios existe un alto porcentaje de infradiagnóstico de EPOC en nuestro ámbito (en el estudio EPISCAN se encontró una prevalencia de EPOC del 10,2% y el 73% no estaban diagnosticados) y una insuficiente periodicidad en la revisión de la técnica de inhaladores. En cuanto al abandono del hábito tabáquico y de vacunación antigripal los datos son más favorables.

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos ofrecen una oportunidad de mejora sobre todo en los aspectos del diagnóstico de la EPOC y revisión de la técnica de inhalación. En base a ellos, nos marcamos los estándares de cumplimiento reflejados en la tabla para la evaluación que realizaremos dentro de un año.

Tabla. Indicadores de una ruta asistencial sobre EPOC (evaluación previa) (B-52)

INDICADOR	RESULTADO	ESTANDAR
Cobertura: Prevalencia de EPOC encontrada/prevalencia estimada. (Fuente: EPISCAN. Prevalencia: 10,2%)	22,5%	30%
Tabaco: % EPOC no fumadores / Total EPOC	73,2%	80%
Vacuna antigripal: % pacientes con EPOC y vacunación antigripal recibida en el ultimo año/ Total EPOC	65,9%	75%
Enfermería: % pacientes con EPOC con registro de revisión de la técnica de inhalación en el último año/Total de EPOC	7,2%	50%

B-53 LA ATENCIÓN INTEGRADA ENTRE UNIDADES DE RIESGO VASCULAR Y CARDIOLOGÍA: UNA ESTRATEGIA ASISTENCIAL EFICAZ EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CORONARIOS

A. Zamora[1], G. Vázquez[2], M. Crespo[3], M. Vilaseca[2], G. Paluzie[4], A. Parada[5], R. Massa[1], M. Palos[6]

[1]*Servicio de Medicina Interna,* [2]*Unidad de Cardiología,* [3]*Unidad de Riesgo Vascular,* [4]*Unidad de Documentación,* [6]*Unidad de Atención al Usuario. Hospital Comarcal de Blanes. Blanes (Girona)*

[5]*Servicio de Farmacia. Hospital Comarcal Sant Jaume de Calella. Barcelona*

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad de un Programa de Atención Integral e Integrado (PAI-I), coordinado entre la Unidad de Riesgo Vascular (URV) y Cardiología, en pacientes que han tenido un síndrome coronario agudo (SCA)

MATERIAL Y MÉTODO

Se analizan 92 pacientes ingresados de forma consecutiva con el diagnóstico de SCA y seguidos posteriormente durante 6 meses en la consulta PAI-I (N: 59) y en consulta convencional (N: 33). Los pacientes del grupo control realizan el seguimiento habitual en las consultas de cardiología. El PAI-I consta de 5 visitas estructuradas en la URV (médico/enfermera). Durante este periodo se realiza un abordaje integral de todos los factores de riesgo. Se realizó una encuesta telefónica de satisfacción a 30 pacientes de cada grupo seleccionados aleatoriamente. Los aspectos organizativos más novedosos del PAI-I son: a) Plan de formación para pacientes y familiares b) Actuación integral sobre todos los factores de riesgo. Elaboración de plan de ejercicio personalizado c) Actuación de la URV como enlace entre niveles y profesionales d) Atención por Procesos e) Uso de TICs para potenciar la comunicación entre niveles

RESULTADOS

El grupo PAI-I fue significativamente más joven, con peor perfil lipídico y TIMI de menor riesgo. No se observaron diferencias en prevalencia de factores de riesgo, evento índice y clase KILLIP. El grupo intervención mejoró significativamente entre el examen inicial y final en la encuesta dietética, el número de pasos día, índice de masa corporal, perímetro abdominal, hábito tabáquico, hemoglobina glicada y perfil lipídico. Los pacientes del grupo PAI-I valoraron positivamente y de forma significativa respecto a la atención convencional la información recibida, el tiempo y número de visitas, la accesibilidad, la comunicación entre niveles y la atención sanitaria recibida. En el grupo PAI-I se detectó un 20% de inadecuación en la medicación, un 15% de diabéticos ocultos y en un 8,9% de afectación asintomática de otros territorios vasculares. En el grupo intervención se realizó en un 20% de los pacientes consultas telemáticas con especialidades diferentes a cardiología o medicina familiar y comunitaria. La adherencia en el grupo intervención se situó en torno al 90%. Si atendemos a los valores de C-LDL/C-HDL, la asistencia en PAI-I supone una disminución adicional del 25.6% de riesgo de evento mayor y atendiendo a HbA1c una reducción del 5,4% del riesgo de infarto.

DISCUSIÓN

La enfermedad arteriosclerótica es una enfermedad multifactorial, sistémica y crónica lo que dificulta una atención integrada. Las URV pueden realizar una función fundamental en la coordinación entre niveles y profesionales. El presente trabajo muestra que la atención coordinada a los enfermos coronarios entre es una medida eficaz en cuanto a la modificación de hábitos, la consecución de objetivos terapéuticos, la detección de medicación inadecuada y el diagnóstico precoz de enfermedad sub- clínica. Por otra parte, dichos programas reciben una valoración muy positiva por parte de los usuarios. El presente trabajo ha sido considerado el mejor proyecto en el año 2008 de mejora de la Calidad Asistencial al Enfermo Coronario por la Sociedad Española de Cardiología. Aunque el modelo ha resultado aplicable en nuestra área y es posible que sea exportable a otras zonas y a otras manifestaciones de la enfermedad arteriosclerótica, hay aspectos organizativos singulares de cada territorio que hacen necesario su análisis.

CONCLUSIONES

La atención coordinada e integrada entre URV, Cardiología y Atención Primaria puede ser una herramienta eficaz en la atención da los pacientes coronarios y servir de base para el desarrollo de programas de rehabilitación cardiaca en pacientes seleccionados.

B-54 PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO CON INSUFICIENCIA CARDÍACA: EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA PARA LA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES

J. Molina Hinojosa[1], P. Piñeiro Mendez[2], A. Allepuz Palau[2], V. Jou Ferrer[2], M. Roca Toledo[1]

[1]*Servei Medicina Interna. Hospital Comarcal de l'Alt Penedès.. Vilafranca del Penedès (Barcelona)*

[2]*Servei d'Atenció Primària. SAP Penedès-Garraf-Llobregat Nord (ICS). Vilafranca del Penedès (Barcelona)*

OBJETIVOS

Evaluar los resultados de un programa de coordinación entre niveles para el manejo de pacientes crónicos complejos con insuficiencia cardiaca (IC).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio que compara los resultados antes del inicio del programa (enero-mayo 2011) con los de después (junio-octubre 2011). Los pacientes fueron identificados a partir de la historia clínica informatizada y el CMBD (>2 ingresos en último año). El programa interviene a diferentes niveles:(1) paciente(formación al paciente y a su familia en el autocuidado, y sobre contactos y circuitos asistenciales), (2) profesional (formación periódica de los profesionales [atención primaria, especializada, sociosanitaria, PADES, ACUT] en el control de estos pacientes y recordatorio de circuitos), (3)organización asistencial (responsables en cada nivel, acceso a los diferentes sistemas informáticos de historia clínica para los responsables del programa, trazabilidad del paciente y escenarios clínicos que identifican las funciones de los diferentes profesionales y niveles asistenciales, creación de la Unidad de Atención al Paciente Crónico Agudizado [UPCA]). Para la evaluación del programa se calcularon los indicadores sobre utilización de recursos (ingresos urgentes, visitas a urgencias hospitalarias, visitas de Gestoras de Casos). Además, se analizaron las características basales de los pacientes (calidad de vida relacionada con la salud, limitación funcional, sobrecarga del cuidador).

RESULTADOS

Se ha incluido a 191 pacientes de los que 23 fallecieron (12%). Las características basales de los pacientes se presentan en la tabla. El porcentaje de ingresos urgentes por IC aumentó tras la inclusión en el programa (14,6% vs. 19,8%) aunque el promedio de ingresos por paciente se mantuvo estable (0,12 vs. 0,13). Por el contrario, los ingresos urgentes por cualquier motivo se redujeron (32,4% vs. 18,8%) al igual que los ingresos por paciente (0,43 vs. 0,27). Los reingresos se mantuvieron estables (3/191). Los pacientes en PREALT se incrementaron (17,9% vs 39,9) así como la coordinación de las Enfermeras Gestoras que superó el 90% de las altas. Diez pacientes fueron atendidos en 61 ocasiones en la UPCA, de las cuales en 54 volvieron al domicilio, en 5 ingresaron en un sociosanitario y en 2 ingresaron en el hospital.

DISCUSIÓN

El corto periodo de tiempo evaluado tras el inicio del programa podría explicar la ausencia de efecto sobre los ingresos por IC relacionado con el aprendizaje de los profesionales que intervienen en el programa. Por otro lado, los ingresos por cualquier diagnóstico experimentaron un descenso significativo, que se podría atribuir a la reorganización de circuitos con más contención en atención primaria, UPCA y la mejor gestión del alta. Sin embargo, el corto espacio de tiempo impide descartar que esta variación tenga un componente aleatorio.

CONCLUSIONES

La identificación de pacientes a través de los sistemas de información disponibles facilita la implementación de un programa para la atención sanitaria proactiva y coordinada, con el objetivo de mantener al paciente en su entorno evitando en lo posible ingresos hospitalarios. El programa implementado ha conseguido parcialmente este objetivo, aunque será necesario evaluar los resultados a largo plazo.

Tabla. Características basales de los pacientes en el momento de entrar en el programa (B-54)

Instrumento	Categoría	Resultado
Escala funcional NYHA	III-IV	47,6%
Escala Barthel	Limitación moderada - grave	7,3%
Minnesota	Media (DE)	42,2 (DE: 20,9)
Sobrecarga del cuidador – Zarit reducido	Sí (>17 puntos)	39,3%

B-56 VALORACIÓN DE LA FIGURA DEL ESPECIALISTA CONSULTOR EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CRÓNICO EN EL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA

R. Redondas Marrero[1], F. Fuentes Arrocha[2], C. Jorge Acosta[3], C. Corujo Díaz[4]

[1]*Médico. Técnico de Salud Pública. Área Técnica,* [2]*Médico. Coordinación Primaria Especializada,* [3]*Director Médico,* [4]*Médico. ZBS Ingenio. Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria. Las Palmas*

OBJETIVOS

Dentro de una estrategia global de mejora en la atención al paciente crónico, la Gerencia de Atención Primaria (AP) de Gran Canaria (GC) lleva más de 7 años desarrollando la figura del especialista consultor (EC) en AP. Por ello nos propusimos: Valorar la percepción que tienen los profesionales de AP de GC sobre la iniciativa del especialista consultor.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio: descriptivo transversal, estudio de opinión a través de encuesta. Población diana: médicos de adultos de equipo de todas las Zonas Básicas de Salud (ZBS) de GC. Criterios de selección: sin restricción. Tamaño de la muestra: 470 médicos. Recogida de información: a través de encuestas anónimas autocumplimentadas. Los directores de ZBS se encargaron de distribuir las encuestas a los médicos y de su recogida y remisión al Área Técnica de la Gerencia de AP de GC.

RESULTADOS

Se obtuvieron 194 encuestas (participación: 41%), quedando representadas 30 de 40 ZBS en GC y el 77% de las que disponen de especialista consultor. El 53% de las encuestas procedían de médicos varones (44,9% mujeres). La distribución por edad de los profesionales se puede ver en la imagen 1. El 90,2% confirmaba que habían valorado al menos un caso junto con el EC durante el último año. Para minimizar el efecto del recuerdo lejano, sólo se tuvieron en cuenta estas encuestas para la valoración cuantitativa. En las valoraciones (sobre 10 puntos) el beneficio para el usuario se valoró en un 7,3±2,2; los avances para el profesional de primaria 7,0±2,1; como sistema global de ayuda en la carga de trabajo 6,8±2,6. El 67% valoró positivamente el sistema de forma global. De los tres sistemas de trabajo que se establecieron en el protocolo (valoración conjunta médico AP-EC, tipo sesión clínica, sesión conjunta médico de AP-usuario-EC), se valoró como primera elección la opción valoración conjunta, mientras que las dos opciones posteriores, dependían de la especialidad. En la valoración cualitativa, y como aspectos negativos, encontramos que algunos profesionales lo viven como una sobrecarga de trabajo, que sólo funciona por procesos de cercanía interpersonal y lo viven como un beneficio sólo para el especialista. Como aspectos positivos, se observa una priorización, agilización e incremento de la resolutividad, mejorando la comunicación AP-Atención hospitalaria, estableciéndose el principio de trabajo en equipo interniveles, con la elaboración de protocolos de casos urgentes y sus criterios de derivación, para posteriormente realizar un plan de tratamiento y seguimiento conjunto, que favorecen la disminución de la lista de espera y sirven de ayuda a la formación de nuestros profesionales, reflejándose todo ello en una mejora de la accesibilidad, resolutividad y calidad asistencial en ambos niveles.

DISCUSIÓN

Hemos obtenido una participación alta en la que la inmensa mayoría (más del 90%) de los profesionales tenían contacto con el EC. Muchas de las valoraciones cuanti-cualitativas son coincidentes en cuanto a que inciden sobre puntos y temáticas que se repiten, lo cual va a favor de la consistencia de la encuesta. Un número no despreciable (6%) de valoraciones negativas está relacionado con situaciones de conflicto.

CONCLUSIONES

Las valoraciones que hacen los médicos sobre los beneficios del EC para el usuario, mejoras en la formación, capacitación y carga de trabajo, son positivas. La valoración global del sistema es positiva. Los profesionales valoran positivamente los puntos fuertes del sistema, realizan críticas sobre sus debilidades y hacen aportaciones de mejora, reflejando una preocupación sobre el funcionamiento de la iniciativa. Las críticas más incisivas hacen referencia a situaciones particulares relacionadas con especialidades concretas. Las aportaciones realizadas por los profesionales son factibles en la mejora del sistema de EC a corto y medio plazo.

B-61 ASOCIACIÓN DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS EN PACIENTES DEL ÁREA MÉDICA DE UN HOSPITAL. PACIENTES CRÓNICOS Y PLURIPATOLÓGICOS: UN PROBLEMA CLÍNICO Y DE GESTIÓN

M. Matesanz Fernández[1], I. Íñiguez Vázquez[1], D. Rubal Bran[1], S. Pértega Díaz[2], J. Conde Freire[3], E. Casariego Vales[1]

[1]*Servicio de Medicina Interna.,* [3]*Servicio de Documentación Clínica. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo*

[2]*Unidad de epidemiología. Hospital Universitario A Coruña. A Coruña*

OBJETIVOS

Los pacientes con múltiples patologías crónicas simultáneas suponen tanto un reto clínico como un problema de gestión. Se conoce la existencia de muchos problemas, clínicos o no, que limitan el control adecuado de las enfermedades y reducen la calidad de vida y propician ingresos múltiples. El objetivo de este estudio fue conocer, a través de las asociaciones de las 5 patologías más frecuentes, el peso de la pluripatología en los servicios médicos de un Hospital General

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de la totalidad de ingresos hospitalarios efectuados en la totalidad de servicios del área médica de adultos en un Hospital General entre enero de 2000 y diciembre de 2009. Los datos de cada ingreso (demográficos, clínicos y relativos a la estancia) se obtuvieron de la base de datos general del centro y se trasformaron en una base de pacientes (matriz donde cada línea es un paciente y de manera sucesiva se incluye la totalidad de los datos de todos los ingresos) Se crearon nuevas variables con la integración de otras bases del servicio y tras el análisis y compactación de los datos existentes. En el análisis estadístico se utilizaron técnicas habituales de la estadística descriptiva

RESULTADOS

En los 10 años en estudio se registraron un total de 111.123 ingresos correspondientes a 52.269 pacientes: sexo: 51,2 % varones, edad: 69 (DT 14,4), mortalidad: 7,1% distribuidos

en 12 servicios hospitalarios. Por servicios, Endocrinología tuvo el menor número de ingresos (1208, 1.8%) y Medicina Interna el mayor (26307, 23.6%). El 51.2% de la totalidad de ingresos estaban afectados por al menos una de las siguientes patologías: Cardiopatía Isquémica (12.4%), Insuficiencia Cardiaca (15.2%), Demencia (9.8%), Cáncer (18.1%), EPOC (16.4%). En conjunto, los pacientes que sufrían dos o más de estas patologías sumaron 8597 pacientes, 30598 ingresos (de promedio, 3059 ingresos por año), 11.887 meses de ingreso (estancia media 12,4 (DT 7,1) días, meses por año) y 2818 fallecimientos hospitalarios (32.8% de estos pacientes). Por asociaciones de patologías la más frecuente fue EPOC mas Insuficiencia cardiaca (1355 pacientes, 3.9 ingresos por paciente y 5337 ingresos anuales de promedio) y la asociación de las 5 patologías la menos habitual (18 pacientes, 6.9 ingresos y 12.5 ingresos anuales de promedios)

CONCLUSIONES

La comorbilidad supone no sólo un desafío clínico en el manejo de patologías muy diversas y complejas, sino también un importante problema de gestión. Nuestro estudio identifica subgrupos de pacientes que suponen un porcentaje muy elevada de la actividad hospitalaria y donde es posible establecer programas que mejoren su calidad de vida y reduzcan sus ingresos hospitalarios

B-63 PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS: ASOCIACIONES DE MÚLTIPLES PATOLOGÍAS COMUNES. PACIENTES CRÓNICOS Y PLURIPATOLÓGICOS: UN PROBLEMA CLÍNICO Y DE GESTIÓN

M. Matesanz Fernández[1], D. Rubal Bran[1], I. Íñiguez Vázquez[1], S. Pértega Díaz[2], J. Conde Freire[3], E. Casariego Vales[1]

[1]*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo*

[2]*Unidad de Epidemiología. Hospital Universitario A Coruña. A Coruña*

[3]*Servicio de Documentación Clínica. Hospital universitario Lucus Augusti. Lugo*

OBJETIVOS

Aunque cada vez existe una mayor conciencia del problema clínico que representan las patologías crónicas, la información sobre el peso que tienen estos problemas en el trabajo diario de un Hospital es muy limitada. El objetivo del estudio fue conocer el peso, en la hospitalización de un Hospital General, de los pacientes que sufren asociación de la menos 3 a 5 de las patologías más frecuentes en el área médica de adultos

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de la totalidad de ingresos hospitalarios efectuados en la totalidad de servicios del área médica de adultos en un Hospital General entre enero de 2000 y diciembre de 2009. Los datos de cada ingreso (demográficos, clínicos y relativos a la estancia) se obtuvieron de la base de datos general del centro y se trasformaron en una base de pacientes (matriz donde cada línea es un paciente y de manera sucesiva se incluye la totalidad de los datos de todos los ingresos) Se crearon nuevas variables con la integración de otras bases del servicio y tras el análisis y compactación de los datos existentes. Se seleccionaron los pacientes que presentan simultáneamente 3 de entre las siguientes patologías crónicas: Cardiopatía Isquémica, EPOC, Demencia, Insuficiencia Cardiaca o Cáncer. En el análisis estadístico se utilizaron técnicas habituales de la estadística descriptiva.

RESULTADOS

En los 10 años en estudio se registraron un total de 111.123 ingresos correspondientes a 52.269 pacientes. De ellos, 1930 (3,7%) presentaban simultáneamente al menos 3 de las 5 patologías seleccionadas (mujeres 52.6%, edad media 79.9 (DT 6.21) años). De estos, en los 1647 (85,4%) pacientes con 3 patologías se registraron un total de 6696 ingresos a lo largo de los 48.35 meses de promedio de seguimiento, lo que supone un promedio de 4,4 ingresos por paciente con una estancia media de 10,76 (DT 5,2) días. Los 265 (13,7%) pacientes con 4 patologías sumaron 1468 ingresos a lo largo de los 47,48 meses de seguimiento, lo que supone un promedio de 5,5 ingresos por pacientes con una estancia media de 11,01 (DT 4,8) días. Por último, lo 18 pacientes (0,9%) pacientes con las 5 patologías sumaron 125 ingresos en los 49,65 meses de promedio de seguimiento (6,9 ingresos por paciente, 11,28 (DT4,01) días de estancia media). Ajustando por el tiempo de seguimiento el conjunto de estos pacientes tuvo un promedio de 953 ingresos / año.

B-64 IMPLANTACIÓN DEL SUPRE EN UNA U.A.P.: SEGURIDAD PARA EL PACIENTE

I. Campo de la Torre, P. Paniego Murillo, O. Liñero Campo

Osakidetza. C.S. Amurrio. Amurrio (Álava)

OBJETIVOS

Mantener en todo momento informado al paciente correctamente de los cambios que se están llevando a cabo en sus prescripciones para evitar errores en la toma de la medicación. Asimismo, se aprovecha este cambio para comunicar la ejecución del Real Decreto 9/2011 que incluye medidas para la mejora de la calidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud cuya entrada en vigor fue el día 2 de noviembre de 2011.

MATERIAL Y MÉTODO

En el mes de noviembre de 2011 se dan los primeros pasos para cambiar el actual sistema de prescripción en Osabide por el SUPRE (Sistema Universal de Prescripción) como paso previo a la implantación de la Receta Electrónica, prevista para mediados de 2013. A medida que los pacientes acuden a las consultas de enfermería para el control de sus patologías crónicas, se comprueba su tratamiento y la pauta de administración. Con esta información,

posteriormente, el médico evalúa dicho tratamiento y lo regulariza al nuevo sistema SUPRE. En la siguiente cita, es de nuevo la enfermera quien le explicará el cambio de denominación (marca comercial/principio activo) y el nuevo formato de edición de las recetas, así como la manera de recogerlas en el Área de Atención al Cliente. Para esta recogida, deberá aportar la Hoja de Tratamiento Activo que le facilita la enfermera, donde está reflejado el tratamiento con la pauta de administración correspondiente. El paciente deberá solicitar las recetas que precisa para un máximo de 3 meses.

RESULTADOS

Este nuevo sistema de prescripción ha originado una nueva sistemática para la recogida de recetas, creándose una agenda específica para citar a los pacientes que requieran recetas y cuyo responsable es un administrativo que imprime dichas recetas y la HTA (Hoja de Tratamiento Activo) para cada paciente. Dada la complejidad que va a suponer este cambio, se ha elaborado una hoja informativa para entregar a los pacientes con las peculiaridades del nuevo sistema y el procedimiento a seguir en todo momento.

DISCUSIÓN

Debiera valorarse la posibilidad de darle más agilidad al programa, ya que resulta excesivamente lento y provoca retrasos en las consultas médicas y en la regularización de los tratamientos crónicos. Posibilidad de facultar a la enfermería para el manejo de SUPRE, amparándose en el Decreto de Prescripción Enfermera.

CONCLUSIONES

Se espera poder regularizar en tres meses el 100% de los tratamientos crónicos para poder trasladar a los pacientes, en la próxima cita con enfermería, toda la información necesaria para mantener la seguridad del paciente en todo momento, favorecer la adhesión al tratamiento y evitar errores en la toma de medicación.

B-65 ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DE DIABETES EN ATENCIÓN PRIMARIA

B. Robles Casado, M. Cortés Molina, F. Ramos Díaz, P. Alguacil Cubero, A. Expósito Tavora

Centro de Salud de La Chana. Complejo Hospitalario Virgen de las Nieves. Granada

OBJETIVOS

Evaluar el grado de cumplimiento de los indicadores del Proceso Asistencial Integrado de Diabetes

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: estudio descriptivo transversal Población y muestra: dos Unidades de Atención Familiar del Centro de Salud de la Chana de las cuales extrajeron pacientes diagnosticados de diabetes mellitus, con un total de 242 pacientes diabéticos, de los cuales se hizo una selección aleatoria, por la cual quedaron 100 pacientes incluidos en el estudio. Criterios de exclusión: presencia de DM tipo I, ausencia de visitas de seguimiento-control en el CS durante el año 2010 y la no inclusión en el proceso asistencial integrado de diabetes Fuentes de información: DIRAYA, TASS Se recabó de la historia del paciente la siguiente información: datos de filiación, años de evolución de la diabetes, presencia de otros factores de riesgo cardiovascular(HTA, dislipemia, obesidad y tabaquismo activo), parámetros de control de la diabetes(HbA1c y ultimo control analítico), Riesgo Cardiovascular (RCV) medido mediante escala Framingham, presencia o no de complicaciones micro y macrovasculares de la diabetes(enfermedad cerebro vascular, cardiopatía, nefropatía, retinopatía, arteriopatía). Análisis: Mediante una estrategia de análisis con intención descriptiva se describieron algunos de los indicadores de proceso y de resultado del Proceso Asistencial Integrado (PAI) de Diabetes

RESULTADOS

100 pacientes (54% varones y 46% mujeres) con una edad media de 67,8+-10,42 años. Promedio de años de evolución de la DM 6+- 3,9. Promedio de HbA1c es de 7,23% +-1,24. En cuanto al resultado de los indicadores de calidad del PAI de Diabetes escogidos: el 78% de los pacientes eran no fumadores, el 98% de los pacientes tenían al menos una determinación de HbA1c de los cuales el 55,1% era <7% y el 44,9% >7%,en cuanto a las complicaciones de la diabetes al 88% se le habían explorado los pies de los cuales el 21,6% se les detecto un pie de riesgo, al 68% se le había realizado una retinografía de los cuales el 16,23% presentaron retinopatía proliferativa, al 79% se le realizó cribado de nefropatía (ecuación de Cockroft-Gault) de los cuales el 45,57% presentó insuficiencia renal, al 98% de los pacientes se le realizó categorización de RCV, en cuanto a los eventos cardiovasculares, un 26% presentaron cardiopatía isquémica y/o insuficiencia cardiaca, y un 9% enfermedad cerebrovascular.

DISCUSIÓN

En este trabajo queda reflejado que la monitorización de HbA1c serica consta en un porcentaje más alto que el encontrado en otros estudios, mientras que el promedio de la HbA1c fue similar a otros estudios. De todas las HbA1c solicitadas, más de un 50% estaban por debajo del 7%, lo que se considera un buen control metabólico. En cuanto a los factores de riesgo cardiovascular, los conocemos en un porcentaje muy alto de nuestros pacientes, hecho fundamental pues nos permite un buen abordaje de nuestros pacientes diabéticos para una correcta valoración terapéutica. Aunque registro de eventos cardiovasculares es superior a otros estudios, deducimos que podríamos mejorar en cuanto al control de nefropatía, retinopatía y arteriopatía así poder establecer el tratamiento más adecuado y evitar la progresión de dichas patologías.

CONCLUSIONES

Observando los resultados de los indicadores concluimos que nuestros pacientes tienen un buen control glucémico en la mitad de los casos y un porcentaje de registro de FRCV y eventos cardiovasculares mejorable. Nuestro trabajo evalúa el Proceso Asistencial Integrado de Diabetes. Describe el cumplimiento de los indicadores señalados en el mismo. No obstante, de los datos se ha podido extraer información para estudios posteriores ya que en el diseño inicial de este trabajo no se contemplaba tal posibilidad.

B-66 PERFIL DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN POR FRACTURA DE CADERA EN UNA HOSPITAL DE TERCER NIVEL

L. Martín Fajardo, I. González Sayago, M. Femenías Sureda, M. Villalonga, J. Forteza-Rey

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca (Illes Balears)

OBJETIVOS

La fractura de cadera puede producirse a cualquier edad aunque, la mayoría (90%) ocurre en pacientes de edad avanzada (> 65 años) que además presentan una comorbilidad y un deterioro funcional asociado. El objetivo de este estudio es analizar la prevalencia y tipo de paciente que ingresa por fractura de cadera en un hospital de tercer nivel

MATERIAL Y MÉTODO

Se analizaron las fracturas de cadera ingresadas desde el 1 de enero al 31 de julio del 2011. Los datos se obtuvieron del servicio de codificación (código 820.0). El análisis estadístico se realizó mediante el paquete estadístico SPSS. Se analizaron las siguientes variables: edad media, sexo, residencia habitual, situación funcional para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) medido por el Índice de Barthel (IB), tipo de fractura y destino al alta.

RESULTADOS

Desde Enero a Julio del 2011 ingresaron en nuestro hospital 150 fracturas de caderas. La edad media fue de 78.4 años. De ellas 52 fueron varones y 98 mujeres. De todas las caderas, 29 tenían edad igual o mayor de 90años. Analizando la procedencia de las fracturas de cadera previo al ingreso, de todas ellas el 13.3% estaban institucionalizados. El IB previo al ingreso fue < o igual de 60 en el 46% de las fracturas de cadera. El tipo de fractura más frecuente observada en nuestra muestra es la fractura pertrocantérea con 71 pacientes, le sigue la fractura subcapital en 24 pacientes y 21 en la fractura basicervical. El resto de pacientes son fracturas subtrocantéreas (16), transcerviales (9) y periprotésicas (6). Al alta un 42% precisó un centro sociosanitario.

DISCUSIÓN

Se observa que la fractura de cadera predomina en el sexo femenino, en nuestro centro representa un 65% a favor de la mujer. Casi la mitad de las fracturas de cadera tiene una dependencia, previa al ingreso, moderada-severa para las ABVD. La fractura de cadera más frecuente es la pertrocantérea lo que condiciona que se coloquen placas de osteosíntesis en lugar de prótesis. Al alta la mayoría de los pacientes requieren un centro sociosanitario, bien sea para rehabilitación o convalescencia

CONCLUSIONES

En conclusión existe una elevada incidencia de fractura de cadera en edad avanzada que predomina en el sexo femenino y casi la mitad con un deterioro funcional moderado-severo para las ABVD. Un grupo importante de pacientes son derivados en el momento del alta a centros sociosanitario lo que conlleva un elevado coste al sistema público sanitario

B-67 MEJORA DEL USO DE ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS EN MAYORES DE 75 AÑOS CON EL VISADO DE INSPECCIÓN PREVIO A LA DISPENSACIÓN

E. Ruiz Vaquero, G. López Ayarzagüena, I. Elizondo López de Landache, L. Braceras Izaguirre, A. Zubizarreta Aizpurua, A. Echeto García, M. Gardeazabal Romillo, P. Acevedo Heranz

Prestaciones Farmacéuticas. Dirección de Farmacia. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Vitoria (Álava)

OBJETIVOS

En el conjunto de enfermedades crónicas, la psicosis es una importante causa de sufrimiento para pacientes y sus cuidadores, suele ser motivo de institucionalización y se asocia a un deterioro cognitivo más rápido y acusado. Tienen indicación en el tratamiento de la esquizofrenia los antipsicóticos atípicos (Olanzapina, Quetiapina, Risperidona, Aripiprazol, Amisulpride, Ziprasidona, Paliperidona). Para su dispensación en mayores de 75 años, requieren visado de inspección, y prescripción inicial por un especialista en psiquiatría, neurología o médico general. El objetivo es determinar la prevalencia en mayores de 75 años con demencia de síntomas psicológicos y conductuales y valorar la pertinencia de las restricciones.

MATERIAL Y MÉTODO

Se determina la prevalencia mediante DHD partiendo de datos poblacionales y de consumo y se comparan con los datos reportados por la bibliografía para nuestro medio. Se ha explotado el sistema informático del Servicio Vasco de Salud (Osakidetza), recogiendo los datos de facturación de recetas con los principios activos de antipsicóticos atípicos en el año 2007. Para la cuantificación de la facturación se ha tomado como unidad de medida la dosis diaria definida (DDD), recomendada por la OMS. Los datos de consumo se expresan en dosis diarias definidas (DDD) por 1.000 habitantes y día (DHD = (DDD consumidas / Población total * tiempo en días) * 1.000)

RESULTADOS

Para una población de 239.621 en 2007 se consumieron 281.983 DDD. Así, la prevalencia por cada 1000 habitantes mayores de 75 años es de 3.2, dato para el que no existe bibliografía.

CONCLUSIONES

El visado de inspección establecido presenta justificación polémica en base a publicaciones recientes, ya que los antipsicóticos típicos presentan mayor número de efectos adversos y peor perfil terapéutico en síntomas cognitivos y depresivos. Además se asocian a mayor mortalidad global (fueron autorizados cuando las exigencias eran menores). Por otra parte, no hay estudios para mayores de 75 años y en la práctica la utilización en indicaciones no aceptadas no era superior en los atípicos. Así, aunque el objetivo del visado fuera la seguridad y uso racional puede dificultar el acceso al tratamiento a quienes lo necesitan. La administración debería impulsar estudios de seguimiento con la participación de farmacéuticos de atención primaria e implicando a médicos prescriptores. Basándose en datos de eficacia, estudios de indicación/prescripción y protocolos terapéuticos o guías facilitarían la resolución del conflicto ético entre la actitud terapéutica con el paciente y el principio de no dañar.

B-69 EL SEGUIMIENTO DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA AVANZADA EN UN HOSPITAL DE CORTA-MEDIA- ESTANCIA: LA IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS

M. Pérez Contreras, S. García Tejada, M. Sánchez Casabella, M. Escolano Fernández, M. Buezo Serrano, M. Martín Hernández
Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Torre. Madrid

OBJETIVOS

El H. Virgen de la Torre crea en el año 2007 un programa para la atención de Pacientes con Enfermedad Crónica Avanzada (PECA), en 2011 se abre el Hospital de Día. Nuestros objetivos son: 1.-Mejorar la calidad de vida de los pacientes crónicos en la etapa mas avanzada de su enfermedad. 2.-Garantizar una atención sanitaria sustentada en la integralidad sociosanitaria y compartida entre niveles asistenciales. 3.-Hacer un uso más eficaz y eficiente de los recursos sanitarios en el paciente crónico avanzado. 4.- Seguimiento y atención de problemas que requieran atención especializada sin ingreso en estos pacientes

MATERIAL Y MÉTODO

- Análisis descriptivo de la creación y puesta en marcha de un Hospital de Día, para pacientes con Enfermedad Crónica Avanzada. (PECA). - Descripción del papel de la enfermera en el Hospital de Día.(Valoración Integral del paciente por necesidades, identificación de problemas reales o potenciales, planificación de objetivos realistas, paciente-familia-cuidador principal como parte del equipo terapéutico, seguimiento mediante llamada telefónica post-alta, control y visita previa al alta en los pacientes del programa y coordinación con primaria en los casos que precise).

RESULTADOS

Pacientes atendidos en el Hospital de día en 2011:330. De estos, 325 han sido programados, dados de alta a su domicilio en el mismo día, 279 pacientes y han cursado ingreso en nuestro hospital 51 pacientes. -Tipos de prestación: Revisión (54%), citados al alta desde nuestro hospital. Valoración (25%), cambios de estado de salud, pertinencia de inclusión en el programa (derivado de A.P, ESAD, hospital Infanta Leonor, o del propio hospital Virgen de la Torre.) Tratamiento activo y/o realización de pruebas médicas. (21%). -Procedencia de los pacientes: 46% revisión al alta citados desde el H. Virgen de la Torre. 24% consultas sucesivas citados desde 7% remitidos desde residencias o desde el propio domicilio. -el Hospital de día. 16%, remitidos desde atención Primaria. 7% remitidos desde el ESAD. Objetivos conseguidos a través de la llamada de control postalta (201) Resolución de dudas, Valoración de posibles problemas surgidos al alta, gestión de nuevas citas y refuerzo de instrucciones importantes

DISCUSIÓN

- Un mejor y más integrado seguimiento de estos pacientes influirá en la satisfacción del paciente y la familia y permitirá un mejor control de la enfermedad. -Implica una intervención educativa que va dirigida al conocimiento de la enfermedad, adherencia al tratamiento, autocuidados y vigilancia de signos de descompensación. -Este programa asistencial supone un abordaje novedoso en la atención de la población de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas

CONCLUSIONES

- Se hace necesario trabajar con los pacientes crónicos desde un abordaje integral, multidisciplinar, y que incluya todos los niveles asistenciales. - La educación en cuidados es un elemento estratégico del programa asistencial. -Todo el programa en sí pretende proteger la salud de un grupo de pacientes que, por su fragilidad y necesidad de cuidados constituyen un colectivo desfavorecido. -La búsqueda activa de estos pacientes en ambos niveles asistenciales, permite orientar su atención de una manera programada y sistematizada, disminuyendo su frecuentación en las urgencias hospitalarias

B-70 PREVALENCIA DEL ESTADO DE DESNUTRICIÓN Y DISFAGIA EN UNA UNIDAD DE PACIENTES CRÓNICOS DEL HOSPITAL LA FE DE VALENCIA

P. Berrocal, A. Toro, Y. Tung, R. Gil, P. Moral, I. Moreno, L. Diez, M. Gómez
Unidad de Media y Larga estancia. Hospital Universitario La Fe. Valencia

OBJETIVOS

Valorar la prevalencia de desnutrición y disfagia en una población de pacientes ingresados en una Unidad Hospitalaria de Crónicos. Evaluar la posible relación entre los estados de desnutrición y las características clínicas de los pacientes en términos de comorbilidad, capacidad funcional, deterioro cognitivo, salud buco-dental y/o disfagia orofaringea.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio piloto descriptivo, transversal y observacional que evaluará a un grupo de pacientes ingresados en la Unidad de Media-Larga Estancia de nuestro hospital. La evaluación la realizarán médicos y enfermeras adecuadamente entrenados. Se registrarán datos administrativos como la edad, sexo y los días de ingreso. También el diagnóstico principal que ha motivado el ingreso, la presencia de deterioro cognitivo (Pfeiffer) y la presencia de síntomas gastrointestinales. Se evaluarán la comorbilidad (índice de Charlson) y funcionalidad (Barthel). La antropometría consistirá en la medición del peso y talla, del IMC, la circunferencia braquial y el pliegue tricipital. Como parámetros analíticos determinaremos las proteínas totales, albúmina, colesterol total y linfocitos. La presencia o no de desnutrición será evaluada desde varias perspectivas: mediante el test MNA (herramienta de cribado y valoración nutricional), el IMC, las determinaciones analíticas y los parámetros antropométricos. Se añadirán las razones por las que el paciente no consumieron toda la alimentación aportada (trastornos de la dentición, anorexia…). Para valorar la disfagia se realizará un screening mediante el cuestionario EAT-10 y posteriormente un test de volumen-viscosidad si el cribado fuera positivo.

RESULTADOS

Se incluyeron 41 pacientes con una media de edad de 73,3 años (DE 11,4) siendo 23 de ellos varones (53%). El principal motivo de ingreso fueron las neoplasias (22,5%) seguidas por la insuficiencia cardiaca, la enfermedad vascular cerebral y las fracturas de cadera representando un 6% cada una de ellas. La estancia media fue de 36,2 días (DE 27,5), el Pfeiffer medio fue de 2,8 errores (DE 2,7), el Charlson fue de 2,1 (DE 1,4) y el Barthel medio de 38,9 (DE 28,8). La prevalencia de desnutrición varió según la herramienta empleada. Según el MNA fue del 56% y según los parámetros antropométricos 48,7% con el perímetro braquial y 63% con el pliegue tricipital. Por el contrario, siguiendo el criterio del IMC, ninguno de los pacientes podría clasificarse como desnutrido. Tan solo 5 pacientes (12%) presentaron disfagia orofaringea demostrada mediante el test de volumen-viscosidad siendo el EAT-10 patológico en un 29% de los casos. A destacar la alta prevalencia de trastorno de salud buco-dental (48,7%) y de quejas de anorexia (63,4%).

DISCUSIÓN

Se describe una población de pacientes añosos con una importante carga de comorbilidad y un alto grado de dependencia ingresados por patología muy heterogénea conllevando una estancia media importante. La prevalencia de desnutrición ha sido muy elevada variando según el método utilizado, en algunos casos de manera muy sustancial. Por el contrario la prevalencia de disfagia orofaringea ha sido baja, posiblemente debido al buen nivel cognitivo de los pacientes y a la baja tasa de patología vascular cerebral de la muestra.

CONCLUSIONES

La desnutrición es una complicación prevalente y un marcador de alta morbimortalidad intrahospitalaria pero muy infradiagnosticada y la disfagia orofaringea es una de sus principales causas. La prevalencia de desnutrición en nuestra unidad ha sido elevada, variando de manera importante según el método utilizado. La prevalencia de disfagia orofaringea ha sido muy baja, en posible relación al tipo de paciente de la muestra. Es necesario realizar un estudio más amplio de cara a determinar el alcance e impacto real tanto de la desnutrición como de la disfagia en nuestra población.

B-71 FORMULACIÓN MAGISTRAL UNA OPCIÓN PARA DETERMINADAS PATOLOGÍAS

E. Ruiz Vaquero, I. Elizondo López de Landache, L. Braceras Izaguirre, G. López Ayarzagüena, A. Echeto García, A. Zubizarreta Aizpurua, M. Gardeazabal Romillo, P. Acevedo Heranz

Prestaciones Farmacéuticas. Dirección de Farmacia. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Vitoria (Álava)

OBJETIVOS

Se propone el estudio de los principios activos más autorizados como formulación magistral individual en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) no recogidos en el concierto por el que se fijan las condiciones para la ejecución de la Prestación Farmacéutica y la Colaboración Sanitaria con el Departamento de Sanidad a través de las Oficinas de Farmacia de la CAPV; también la determinación de las indicaciones para las que han sido autorizados los distintos principios activos.

MATERIAL Y MÉTODO

Explotación de los datos del sistema de recogida de autorizaciones de formulaciones magistrales en la CAPV desde 2006 hasta 2009, surgido a partir de datos de facturación de recetas médicas oficiales.

RESULTADOS

En el periodo de estudio (2006-2009) los 5 principios activos más prescritos, que engloban casi la mitad de las autorizaciones, son: hidrocortisona (19,05%) en hiperplasia suprarrenal congénita, cromoglicato sódico (11,11%) indicada en mastocitosis sistémica, levotiroxina (4,76%) en casos de hipotiroidismo, riboflavina en encefalopatía metabólica por enfermedad mitocondrial y carvedilol (4,76%) indicada en miocardipatía.

DISCUSIÓN

El mercado farmacéutico nos ofrece muchas presentaciones farmacéuticas, pero a veces no son suficientes para cubrir las pautas terapéuticas de los pacientes crónicos, de ahí la

necesidad de las fórmulas magistrales individualizadas. Especial relevancia tiene el ajuste de dosis entre la población pediátrica, estas dosis deben ajustarse a las características de cada paciente en función del peso, estado renal, estado hepático, sexo, patologías concomitantes…

CONCLUSIONES

Las fórmulas magistrales como medicamentos preparados en las oficinas de farmacia de manera individualizada para un paciente cubren formulaciones y dosificaciones terapéuticas que de otra forma no existirían, de ahí que la formulación magistral no ha quedado abandonada, porque siempre permite individualizar el medicamento para cada paciente de acuerdo con las dosis que prescribe el médico en cada situación.

B-72 ELABORACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA EN LA GESTIÓN DEL PROGRAMA DE CRÓNICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

M. Mas Llull, M. Ferrando Carbó, J. Llopis Arnau, C. Espin Abellan, C. Bohigues Escrivá, C. García Enguix, V. Pérez García, B. Moral Vañó
Hospital a Domicilio. Hospital Marina Salud Denia. Denia (Alicante)

OBJETIVOS

Diseñar la documentación para implantar un nuevo modelo de gestión del paciente crónico con insuficiencia cardiaca, en el Departamento de Salud de Denia, con el propósito de dar soporte a todo el proyecto. Hemos proporcionado al profesional sanitario, toda la información necesaria para poder desarrollar el programa de gestión y aportado las instrucciones a los pacientes para aumentar su implicación en el autocuidado.

MATERIAL Y MÉTODO

La estrategia utilizada está basada en técnicas de grupo, un trabajo interdisciplinar que permite el intercambio fluido de información entre especialistas que manejan enfermos con insuficiencia cardiaca y enfermeras expertas que tienen experiencia en procesos de gestión de crónicos con el objeto de incorporar la documentación validada. En las sesiones de grupo se realizó la distribución de toda la documentación a elaborar para revisión bibliográfica entre los profesionales, tras la presentación, revisión y validación por las direcciones correspondientes se consensuó con los miembros del equipo. La difusión de todo el material que se realizó para los profesionales se distribuyó en cada uno de los centros de salud, y el material diseñado para los pacientes se les hizo entrega en las consultas de enfermería.

RESULTADOS

Se observó que tras la entrega del dossier a los profesionales sanitarios, aumentó la demanda de información de éstos respecto al funcionamiento del programa, y su implantación, todas estas dudas se resolvieron con la planificación de nuevas reuniones entre los profesionales implicados y el equipo multidisciplinar encargado. Respecto a la adhesión de los pacientes y utilización de la guía proporcionada se detectó que había un volumen importante de información que debía ser fraccionada y explicada en las visitas sucesivas de enfermería.

DISCUSIÓN

En la presentación del programa a los profesionales de Atención Primaria, se les entrega, un dossier con: • Vía clínica sobre gestión de pacientes con insuficiencia cardiaca. • Protocolo de actuación enfermero en el que se define la primera llamada telefónica de la enfermera para inclusión en programa, se explica al paciente qué es y en qué consiste y se le informa de la importancia de su implicación activa en éste. • Protocolo de acogida para entregar al paciente en la primera visita de enfermería al incluirse. Se explica brevemente que es la enfermedad, en qué consiste el programa, quien lo forma, como puede participar activamente en el, cómo y cuándo puede contactar con el equipo, recomendaciones sobre hábitos de vida y signos de alarma. • Procedimiento de actuación de la primera visita de enfermería al incluir a un paciente en el programa de gestión, identificación de los diagnósticos e intervenciones de enfermería más prevalentente y escalas de valoración más utilizadas. • Guía informativa para el paciente, sobre la insuficiencia cardiaca. Sobre la patología, síntomas y signos de alarma, recomendaciones sobre hábitos de vida, medicación e importancia del autocuidado. • Valoración de enfermería para recogida de datos del paciente sobre las variables relacionados con su patología a cumplimentar en cada contacto.

CONCLUSIONES

La importancia de la creación de un grupo de trabajo interdisciplinar que amplía los horizontes formativos y los recursos disponibles para una mejor atención a los pacientes crónicos con insuficiencia cardiaca. Proporcionar al profesional sanitario implicado en la ejecución del programa toda la información necesaria para
poder dar soporte para su implantación. Facilitar la información a los pacientes necesarios para fomentar su autocuidado.

B-73 CONTROL DE LOS PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA EN UN CENTRO DE SALUD

M. Campillos Páez[1], Y. Santamaría Calvo[1], A. Vigil-Escalera Villaamil[2], R. Jiménez Díaz[1], R. Melguizo Benavides[1], B. Martínez Alonso De Armiño[1]
[1]Centro de Salud Potes, [2]Centro de Salud Las Calesas. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

OBJETIVOS

1.-Identificar la hipercolesterolemia como factor de riesgo cardiovascular y su coste en salud.
2.-Analizar el grado de cumplimiento de cifras de colesterol total y LDL colesterol en la población con dislipemia en un centro de salud, según recomendaciones de la cartera de servicios de salud.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio: Descriptivo transversal. Localización: Atención primaria. Sujetos: Pacientes diagnosticados de hipercolesterolemia incluidos en la cartera de servicios del centro de salud en estudio. Intervención: Se analizan las historias clínicas informatizadas de 150 pacientes con hipercolesterolemia (muestreo aleatorio simple), una historia de cada 20 pacientes con este diagnóstico. Analizamos edad, sexo, coexistencia de otros factores de riesgo cardiovascular, mediciones de colesterol total y LDL colesterol en 2010 y tratamiento farmacológico seguido.

RESULTADOS

Población estudiada: 150 pacientes (53% mujeres, 47% hombres). Edad media: 66 años (desviación estándar: 12). Coexistencia de otros FRCV: Hipercolesterolemia solo: 14,8% Hipercolesterolemia + DM. 16% Hipercolesterolemia + HTA: 23,3% Hipercolesterolemia + Obesidad: 11,3% Tres o más FRCV: 34,6% Enfermedad cardiovascular establecida: sí, 54 pacientes (36%); no, 96 pacientes (64%). Número de mediciones del perfil lipídico en 2010: • Ninguna: 29 pacientes. • Un perfil: 25 “ • Dos perfiles: 64 “ • Tres perfiles: 18 “ • Cuatro o más perfiles: 14 “. Grado de control del perfil: 60% no presentan un control lipídico aceptable, 40% sí presentan control aceptable. Tratamiento farmacológico: sí: 94,6%; no: 5,4%. En su inmensa mayoría reconocen además control alimenticio.

CONCLUSIONES

1. Detectamos un campo de mejora al constatar un mal control de los pacientes con hipercolesterolemia del centro de salud. 2. Debemos recordar a los sanitarios, la necesidad de un control estricto de este FRCV mediante: • Sesiones informativas para sanitarios y pacientes • Carteles y folletos • Flash en historia clínica • Potenciar hábitos de vida saludables • Reevaluación del tratamiento

B-74 MODELO DE GESTIÓN DE CASOS: IMPLICACIÓN MULTIDISCIPLINAR Y COORDINADA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO CON INSUFICIENCIA CARDIACA

J. Llopis Arnau[1], M. Ferrando Carbo[2], M. Mas Llull[2], C. Espin Abellán[2], C. Bohigues Escrivá[2], V. Pérez García[2], B. Moral Bañó[2], M. Vidosa Azin[3]

[1]Enfermero CS Javea, [2]Enfermera, [3]Médico CS Denia. Hospital de Denia. Denia (Alicante)

OBJETIVOS

Establecer en el Departamento de Salud de Denia, un Programa estructurado de atención al Paciente Crónico con Insuficiencia Cardiaca. Integrando y describiendo el trabajo multidisciplinar de los profesionales responsables de su atención sanitaria. Coordinado mediante un modelo de Gestión de Casos.

MATERIAL Y MÉTODO

La metodología de elaboración de la vía clínica ha sido descriptiva. Se organizaron una serie de sesiones de trabajo con expertos de los sectores implicados con fin de lograr una visión multidisciplinar. Como resultado se desarrolla una Vía Clínica para el Seguimiento del Paciente Crónico con Insuficiencia Cardiaca. Se definen los diferentes niveles de atención y sus funciones. Mediante sesiones informativas se procede a su implantación en el Departamento de Salud de forma uniforme. Para su inicio se establece una segmentación de los pacientes diagnosticados de Insuficiencia Cardiaca en base a unas tablas establecidas.

RESULTADOS

Se establece la Gestión de Casos como modelo en el desarrollo de la vía clínica y su implantación. Se define el equipo multidisciplinar, sus funciones, responsabilidades y acciones de forma consensuada y organizada. La figura de la Enfermera Gestora de Casos como modelo de interacción de todos los profesionales implicados. La Gestora de Casos se coordina directamente con cada equipo de Atención Primaria mediante una Enfermera de Enlace, figura formada específicamente en cada Zona Básica de Salud.

DISCUSIÓN

La vía clínica se desarrolla tras un análisis de la situación, con la participación de todos los profesionales implicados en el seguimiento del paciente crónico. En ella se definen las acciones y los procesos a realizar en cada nivel; Atención Primaria (Médicos, Enfermería, profesionales de apoyo) y de Atención Especializada (Médico Internista, Médico Cardiólogo, Enfermería Hospitalización, Equipos de Urgencias, Farmacéutico Clínico, profesionales facilitadotes y de apoyo). Se busca implicar a otros profesionales; expertos en educación para la salud, nutricionista/dietista, psicólogo clínico y fisioterapeuta. Aparecen 2 figuras claves en la coordinación de procesos y actividades; 1.-La enfermera Gestora de Casos, se ubica en el Hospital. Coordina a los profesionales que intervienen en la atención al paciente con Insuficiencia Cardiaca, garantiza la continuidad del proceso y facilita el contacto entre los diferentes especialistas y Atención primaria. Se encarga del seguimiento de los pacientes con insuficiencia cardiaca descompensada, mediante consultas telefónicas programadas, estructuradas y periódicas. Ella es la que contacta con el equipo de Atención primaria, Medicina Interna o los Servicios de urgencias ante descompensaciones graves. 2.-En cada Centro de Salud se establece una Enfermera de Enlace que es el referente en atención primaria. Colabora estrechamente con la enfermera Gestora de Casos en el seguimiento de los pacientes. Su función es gestionar la actividad realizada por el médico y la enfermera de cupo de acuerdo con la programación definida por la vía clínica. Es la encargada de la transmisión de información. Se encarga de recoger los datos que permitan la evaluación de los indicadores establecidos a nivel de Atención Primaria.

CONCLUSIONES

El modelo de Gestión de Casos favorece la atención unificada y continua del paciente crónico dentro del Departamento. Implica la desaparición de barreras primaria-especializada y favorece la integración de todos los profesionales implicados. Se ha iniciado el modelo de Gestión de Casos con el proceso de Insuficiencia Cardiaca, comprobando que es aplicable al resto de problemas crónicos de la población como un modelo efectivo de seguimiento del paciente crónico.

B-76 ANÁLOGOS DE LA HORMONA PARATIROIDEA: ¿SE UTILIZAN ADECUADAMENTE?

G. Rodríguez Palomar[1], M. Romero Ramírez[2], J. Torrabadella Fábrega[1], P. Modamio Charles[2], C. Fernández Lastra[2], E. Mariño Hernández[2]

[1]Dirección de Atención Primaria Costa de Ponent. Institut Català de la Salut. (Barcelona)

[2]Unidad de Farmacia Clínica y Farmacoterapia. Facultad de Farmacia. Universidad de Barcelona. Barcelona

OBJETIVOS

Describir características demográficas y clínicas de usuarias en tratamiento con teriparatida y hormona paratiroidea humana recombinante (PTHr).Valorar indicación del tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: Estudio descriptivo transversal. Población de estudio: Mujeres en tratamiento activo a 4/3/2011, según historia clínica informatizada de Atención Primaria (HCAP), con análogos de la hormona paratiroidea. Variables de estudio: Demográficas (edad), clínicas (diagnóstico de osteoporosis (OP) y relacionados, factores de riesgo de OP y de caídas (antecedentes personales y/o familiares de fracturas, menopausia precoz, consumo de tabaco y alcohol actual, bajo IMC, sedentarismo, T-score<-2,5) e información del tratamiento. Recogida de datos: Auditoría HCAP. Análisis de datos: Descriptivo de variables cuantitativas (media y desviación estándar (DE)) y cualitativas (frecuencias), mediante programa estadístico SPSS.

RESULTADOS

78 mujeres: 60 teriparatida y 18 PTHr, duración media: 11,39 y 15,45 meses respectivamente, 7 >24 meses. Edad media: 75,26 años (DE 8,52) ,33% sobrepeso y 50% obesidad.69 diagnósticos OP, 1 osteopenia y 8 sin codificación específica. 26 con registro de menopausia, en 7 precoz.44 con determinación de densidad mineral ósea (DMO):11 en rango osteoporótico, 19 en rango de osteopenia, 2 valores de normalidad, 12 sin valor.61 con antecedentes personales de fracturas: 43 una única fractura, 10 dos, 5 tres o más, 3 sin especificación; vertebrales y húmero las más frecuentes.23 sin calcio y/o vitamina D. En 13 las hormonas fueron primera opción de tratamiento, 56 tratamiento previo con bifosfonatos orales (duración media 49,06 meses).FRAX®"major osteoporotic"<10%=27,10-19,9%=25,>20%=11.Indicación mayoritaria por reumatólogos.

DISCUSIÓN

La media de edad de nuestras pacientes es de 75,26 años, acorde con los datos disponibles en la literatura. Destacan las deficiencias observadas en el registro de la información de factores de riesgo en la historia clínica tanto de Atención Primaria como de nivel especializado, pudiendo relacionarse con la falta de coordinación e intercambio de información clínica entre los niveles asistenciales. Si bien en 69 pacientes figuraba activo el diagnóstico de OP, tan sólo en 11 casos el valor de T-score justificaría este diagnóstico. Podría relacionarse con los problemas de accesibilidad a la realización de la densitometría desde Atención Primaria. La National Osteoporotic Foundation (NOF) fija un punto de corte de FRAX "major osteoporotic" >20% para valorar intervención sin fractura y un valor de T-score de osteopenia. Según esto, en nuestro estudio tan sólo 11 mujeres tendrían indicación de tratamiento, todas con fractura previa y una media de edad avanzada. En la franja del FRAX® del 10 al 20% se incluyen mujeres con una elevada prevalencia de fractura previa y una media de edad también avanzada próxima a los 80años que según los criterios mencionados anteriormente quedarían excluidas de tratamiento. Considerando que los bifosfonatos orales constituyen actualmente los fármacos de primera elección para el abordaje de esta patología, en 22 de nuestros casos no constaba tratamiento previo con ellos. En 23 de las mujeres no constaba tratamiento con suplementos de calcio y vitamina D.

CONCLUSIONES

Edad media y antecedentes clínicos de fracturas previas coincidentes con literatura consultada. Debe mejorarse la calidad del registro de las HCAP. Sólo 11 cumplen criterios clínicos de diagnóstico y tratamiento según T-score, igual número según FRAX® aplicando recomendaciones de la National Osteoporosis Foundation.

B-77 EXPERIENCIA DE IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO EN UN HOSPITAL COMARCAL

E. Sánchez Barbas[1], R. Monteis Cahis[1], L. Mundet Pons[1], I. Amenós Alcaraz[2], D. Rubio Lopez[3]

[1]Enfermería. UMMA, [2]Jefa de Área, [3]Directora de Enfermería. Hospital de Mataró. Mataró (Barcelona)

OBJETIVOS

El objetivo principal es establecer un marco de actuación para las entidades proveedoras de los servicios de salud, y especialmente para el Instituto Catalán de la salud (ICS) y el

Consorcio Sanitario del Maresme (CsdM), para una mejora en la gestión (más eficiente y efectiva) de los pacientes crónicos complejos, con una elevada tasa de ingresos, tanto a nivel de atención primaria como en el de atención especializada en el ámbito territorial del Maresme Central.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo descriptivo. La población de estudio fueron los pacientes crónicos complejos atendidos en el CsdM durante el periodo comprendido entre Mayo del 2011 a Diciembre del 2011. La muestra fue de 541 pacientes. Criterios de inclusión: -Pacientes >75 años -Índice de Charlson≥ 2 -Dos o más visitas al servicio de urgencias del CSdM Criterios de exclusión: -Índice de Charlson≤ 1 -Pacientes con VIH positivos, enfermos psiquiátricos, enfermos oncológicos y respiratorios atendidos en Hospital de día según su especialidad.

RESULTADOS

Des de la puesta en marcha de la Unidad de Medicina Mayor Ambulatoria (UMMA) se han realizado 1660 visitas, en 541 pacientes. La media de visitas por paciente fue de 3'06, de éstas el: -72'27% fueron en la UMMA Geriátrica (391 pacientes) -27'75% fueron en la UMMA de Insuficiencia Cardiaca (150 pacientes) El 14'9% (81 pacientes) de todos los pacientes visitados (541) fueron exitus.

CONCLUSIONES

El número total de ingresos en el CSdM de pacientes crónicos complejos ha descendido en más de un 15%. Se ha evidenciado que los pacientes >75 años que visitan la UMMA han disminuido o no han visitado el servicio de urgencias, respecto al año anterior. Además este programa fomenta el manejo terapéutico, mejora los conocimientos de la dieta y ayuda a la persona en el manejo de su enfermedad y así como mejora la percepción subjetiva del paciente en relación a la satisfacción de la asistencia recibida y la disminución de su ansiedad. La puesta en marcha de este programa evidencia una mejor coordinación y cooperación entre la atención primaria, atención domiciliaria, centros socio sanitarios y la atención especializada.

B-78 PROPUESTA PARA LA MEJORA DE LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CRÓNICOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA: PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA (UPHUP)

M. Martínez Martín[1], J. José María[1], C. Arranz Morillo[1], M. Sarriá[2], M. Jaime Siso[3], C. Suárez Fernández[1], N. Ruiz-Giménez Arrieta[1]

[1]*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid*

[2]*Atención Primaria. C.S. Av. Baviera. Madrid*

[3]*Atención Primaria. C.S. Ciudad Jardín. Madrid*

OBJETIVOS

Describir la actividad realizada en los 7 primeros meses de funcionamiento de la UPHUP (junio-diciembre 2011). Esta unidad parte de la colaboración entre el servicio de Medicina Interna del hospital e inicialmente 2 centros de salud de su área para la atención de los pacientes que cumplen 2 o más condiciones consideradas como crónicas. La atención se realiza en una consulta externa del hospital o en planta de hospitalización si el paciente lo requiere por un médico adjunto de Medicina Interna, su equipo de residentes y una trabajadora social. Se atiende a los pacientes de esos centros de salud a los cuales sus médicos de atención primaria consideran susceptibles de recibir atención hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Se recogen el perfil sociodemográfico y el grado de recursos hospitalarios (estancias hospitalarias, visitas a urgencias y requerimiento de seguimientos por especialistas) que consumen los 82 pacientes atendidos inicialmente en la UPHUP. Se analizan los distintos motivos por los que estos pacientes son derivados a esta unidad (actividad de la unidad).

RESULTADOS

82 pacientes son atendidos (42 mujeres y 40 hombres). La edad media es de 75.5 años (SD: 14.8, rango: 27-99). El grado de dependencia medido con el índice de Barthel -IB- es de 81 (leve). Los motivos de derivación a la unidad son múltiples, predominando la valoración de algún problema médico concreto (34/82), el ingreso hospitalario por alguna descompensación (21/82) y la valoración de pluripatología (10/82). Otros motivos de derivación son requerimiento de diagnóstico rápido, la gestión de recursos o la valoración de polifarmacia. El porcentaje de pacientes considerado como pluripatológicos es de 67%(55/82), siendo en ellos mayor la edad: 81.2 años (frente a 63.1) y menor la funcionalidad (IB: 71 frente a 97.5). El nivel de polifarmacia es alto en los pacientes pluripatológicos: 8 fármacos diarios frente a 4.6. Estos acudieron al servicio de urgencias una media de 2.8 veces en el último año, son seguidos por una media de 2.8 especialistas e ingresaron el año previo una media de 0.95 veces. La estancia media de los pacientes ingresados en la unidad es de 8.27 días (frente a la de 11.68 general de Medicina Interna en 2009).

DISCUSIÓN

Hemos creado un nexo de colaboración entre el medio hospitalario y el centro de salud (utilizando técnicas de comunicación online, telefónicas y sesiones quincenales). Inicialmente ha sido utilizado por un grupo de pacientes en el que predominan los crónicos, con un grado de dependencia todavía leve, una edad avanzada y un consumo de recursos elevado. Los motivos de derivación son variados, señal de la polivalencia que requiere una unidad de estas características. Atender a estos pacientes en sus descompensaciones en la unidad ha llevado una menor estancia media, probablemente por el diagnóstico y trabajo previo ya realizado de los mismos, así como por un establecimiento de objetivos racional apoyado por el médico habitual del paciente (MAP)y una continuidad de cuidados efectiva (seguimiento al alta precoz).

CONCLUSIONES

La UPHUP atiende en sus primeros 7 meses a 2 grupos de pacientes: uno mayor, con pluripatológico y complejo y otro más joven con problemas médicos concretos. Los MAPs derivan a la unidad un número significativo de pacientes. Hay múltiples motivos de derivación, lo que hace de la polivalencia de la unidad un valor fundamental. La estancia media de los pacientes atendidos en esta unidad es menor a habitual.

B-79 ABORDAJE INTEGRAL DE UN PACIENTE PLURIPATOLÓGICO INMOVILIZADO

E. Fernández Pérez[1], S. Cárdenas Viedma[2]
[1]MIR 4º año MFYC, [2]Médico adjunto. Centro de Salud Cartuja. Granada

OBJETIVOS

-Identificar y valorar el estado clínico, funcional, social y psicológico del paciente pluripatológico e inmovilizado (áreas de deficiencia) en el domicilio del mismo. -Adecuar medidas preventivas. -Enmarcar la situación física y psicofuncional del paciente dentro de su entorno. -Evaluar el impacto de la patología del paciente sobre la cuidadora y sobrecarga de la misma. -Mejora y eficiencia en los cuidados y tratamiento a dispensar. -Optimizar la utilización de recursos. -Documentar la evolución y cambios a través del tiempo.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: Estudio descriptivo. Población: Paciente pluripatológico inmovilizado y cuidadora principal. Ámbito: Atención Primaria. Intervención: Estudio clínico, psicosocial y familiar de un paciente pluripatológico e inmovilizado por obesidad mórbida mediante visitas domiciliarias (anamnesis y exploración) y aplicación de tests validados para su estudio funcional. Valoración del entorno familiar, del hogar y recursos económicos. Además se realizó un estudio completo de la cuidadora valorando la sobrecarga de la misma. Tras la identificación, descripción y cuantificación de los problemas físicos, funcionales, psicológicos y sociales hallados se realizó un abordaje integral del paciente para mejorar su situación.

RESULTADOS

Las distintas visitas domiciliarias realizadas por una UAF (unidad de atención familiar) permitieron la identificación de los problemas del paciente encuadrados en las cuatro esferas (médica, funcional, mental y social). A continuación se procedió mediante varias reuniones de los miembros de la misma a valorar posibles soluciones y actitudes que pudieran favorecer al enfermo y a su entorno disminuyendo así el impacto y sobrecarga (identificada mediante test) de la cuidadora. Se solicitó ayuda de otros especialistas para abordar el caso (nutricionista, trabajadora social,...). Los resultados obtenidos hasta el momento han sido satisfactorios; la patología crónica del enfermo se encuentra estabilizada y el estudio paralelo de la cuidadora ha disminuido el consumo de recursos así como su estado de ansiedad.

DISCUSIÓN

Consideramos necesario un nuevo enfoque de la atención familiar que facilite la relación de los procesos crónicos del paciente inmovilizado con su entorno social y familiar. La atención a este tipo de enfermos debe ser multifactorial, integrada y longitudinal por lo que nos planteamos una cuestión: ¿es realmente eficaz un plan de abordaje multifactorial sobre un paciente inmovilizado o simplemente acotamos nuestra actividad asistencial a la esfera biomédica?

CONCLUSIONES

La visita domiciliaria, propia de la Atención Primaria, mediante una UAF vista de un punto de vista multidimensional e integral mejora la calidad de la asistencia a las personas pluripatológicas e inmovilizadas no sólo en el ámbito físico, sino también en el psicológico, funcional y social.

B-80 ATENCIÓN COMPARTIDA PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN UN ÁREA SANITARIA

C. Galan Retamal[1], S. Fernandez Ruiz[1], B. Torres Verdu[2], M. Garcia Ordoñez[3], A. Vera Carmona[3], F. Pozo Muñoz[4]
[1]UGC Farmacia, [2]UGC Antequera Estación, [3]UGC Medicina Interna, [4]Unidad de Calidad. Área Sanitaria Norte de Málaga. Antequera (Málaga)

OBJETIVOS

Crear un marco de atención compartida: médico, enfermero, farmacéutico, para el seguimiento farmacoterapéutico de las personas con enfermedades crónicas, a través de un circuito de revisión de la medicación y del botiquín domiciliario.

MATERIAL Y MÉTODO

En nuestra área se han identificado los pacientes de alta complejidad, como pacientes frágiles, esto ha permitido evaluar la atención que se les presta, de forma que en estudios previos se ha puesto de manifiesto un bajo nivel de seguimiento farmacoterapéutico, entendiendo como tal la revisión de la medicación y del botiquín domiciliario. En 2011 se creó un grupo de mejora multidisciplinar para el abordaje de este problema, priorizando para su puesta en marcha distintas acciones de mejora. Entre estas mejoras destaca el diseño e implantación de un circuito en el que participa la unidad de atención familiar (UAF) con el apoyo del servicio de farmacia. 1º Selección de la población: los pacientes frágiles y polimedicados se obtienen del cruce entre la información contenida en la historia clínica (icono de paciente frágil) y la aplicación de facturación de recetas. Seguidamente se diseña un formulario de revisión de la medicación y del botiquín domiciliario y se elabora un informe farmacoterapéutico individualizado por paciente de apoyo a la revisión. Se mantiene una entrevista con la unidad de atención familiar por parte del servicio de farmacia en el que se le entrega el listado de pacientes y el material de apoyo y por último la UAF procede a la revisión quedando registrada en la historia clínica del paciente.

RESULTADOS

En nuestro área los pacientes frágiles ascienden en 2011 a 2.686 (2,5% del total) y de estos el 16% (n=424) son grandes polimedicados, es decir toman 10 o más medicamentos durante al menos un mes. Formularios: Revisión de la medicación consta de dos partes: a) cuestionario de Hamdy se muestra sobre todo útil a la hora de decidir qué medicamentos deben suspenderse y b) incluye la intervención derivada de la revisión. Formulario de revisión del botiquín domiciliario se proponen las intervenciones a realizar por el personal de enfermería y la cumplimentación de indicadores de proceso e indicadores de resultado. Informe farmacoterapéutico: incluye el tratamiento actualizado y advertencias sobre interacciones de relevancia clínica, alertas de agencias reguladoras y medicamentos de alto riesgo. Tras un año de puesta en marcha, se realiza una auditoría de 90 historias clínicas para comprobar la implantación del circuito, teniendo en cuenta: tamaño de la población: 2.686, proporción esperada de cumplimiento: 50%, nivel de confianza: 95% y error relativo: 0.10. Los resultados obtenidos son: revisión de la medicación en el 86% de los pacientes (n=78) y revisión del botiquín domiciliario en el 92% (n=83).

DISCUSIÓN

Hay unanimidad en la bibliografía en recomendar revisiones periódicas de la medicación y de forma complementaria la revisión del botiquín domiciliario por parte del personal de enfermería es clave para la promoción de actividades de educación sanitaria (promoción de autocuidados) y la mejora en la conservación de medicamentos.

CONCLUSIONES

Con el circuito implantado se ha logrado protocolizar la revisión de la medicación en pacientes de alto riesgo, en una segunda fase deberán evaluarse resultados finales conseguidos a nivel de aumento de la seguridad en los tratamientos, aumento de la capacidad de autocuidados…

B-82 COMUNICACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. UN CAMBIO DE ACTITUD

P. Legido Fuente[1], J. Rodríguez Chinesta[1], J. Centeno Mattern[1], B. Lasa Intxausti[1], N. Irastorza Álvarez[1], I. Lanzeta Vicente[1], J. Landaluce[2]

[1]*Servicio de Medicina Interna. OSI Goierri-Alto Urola (organización sanitaria integrada). Guipúzcoa*

[2]*UGS. OSI Goierri-Alto Urola. (Guipúzcoa)*

OBJETIVOS

-Analizar y valorar la comunicación bidireccional habida entre el servicio de Medicina Interna y los centros de atención primaria desde la puesta en marcha del PLAN DE ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLOGICO en el HOSPITAL DE ZUMARRAGA y en los 7 Equipos de A.P; AZKOITIA, AZPEITIA, BEASAIN, LAZKAO, LEGAZPI, ORDIZIA, ZUMARRAGA. Participan 7 internistas de referencia, uno por centro con teléfono personal cada uno y 62 médicos de familia. -Relacionar los contactos, con otros datos de la actividad (nº de pacientes, nº de ingresos) y por centros. -Analizar y valorar las dificultades percibidas para la comunicación, así como las impresiones sobre los beneficios de una comunicación efectiva

MATERIAL Y MÉTODO

-Se contabilizaron durante 8 meses, el nº de llamadas telefónicas y mensajes de correo electrónico entre internistas de referencia y médicos AP, nº de médicos implicados en los contactos y nº de pacientes sobre los que trataron. -Sobre las sesiones conjuntas entre internistas y médicos de familia se registro el número de casos clínicos y los temas. -Se realizo una encuesta a médicos de familia y a los internistas de referencia para valorar con respuestas abiertas las dificultades percibidas para la comunicación y los beneficios

RESULTADOS

Ha habido un total de 118 llamadas, y 69 mensajes de c. electrónico. Un total de 28 médicos de primaria (40%) han contactado con su internista de referencia. 14 médicos de primaria han contactado también con otros internistas aparte del de referencia. El contenido de la comunicación versa sobre pacientes pluripatológicos en un 82% de los casos y un 18% agudos Se han producido 17 reuniones/sesiones conjuntas (internista, médicos de familia) siendo el contenido de ellas principalmente los casos de pacientes pluripatológicos y la implantación del plan de atención integral. Las dificultades señaladas son; falta de tiempo para atender debidamente las llamadas, falta de costumbre, diversidad de horarios (cupos de tarde, ausencias, eventualidad) dificultades técnicas habituales y falta de convencimiento de la utilidad del plan de atención integral. Los beneficios señalados son; contribución a la mejor utilización de los recursos (disminución de ingresos y de a urgencias), mejor conocimiento y control del paciente por parte de ambos profesionales, mejora de la satisfacción y motivación. La mejora de la comunicación es vista como la base para otras mejoras en la coordinación

DISCUSIÓN

La cifras expuestas deben valorarse teniendo en cuenta que la situación previa era de casi nula comunicación entre niveles. Las comunicaciones establecidas no están uniformemente repartidas entre profesionales y centros, sino que solo algunos centros y una minoría de médicos establecen la mayoría de las comunicaciones. EL plan de atención al paciente pluripatológico ha favorecido también la comunicación sobre pacientes agudos (no objetivo del plan) El número de contactos de cada centro está relacionado principalmente con el número de ingresos de pacientes Se da prioridad al uso del teléfono en comparación con el correo electrónico

CONCLUSIONES

Los datos demuestran que estamos ante un cambio de actitud que puede ser beneficioso para los pacientes y que es básico para una mejor coordinación

B-83 DIFERENCIA EN EL CONSUMO DE RECURSOS SOCIOSANITARIOS EN CRÓNICOS CON Y SIN COMORBILIDAD

A. López Requena[1], M. Sánchez Mollá[1], M. Antolinos García[3], I. Candela García[2], Y. Ponce Samaniego[1], I. Gallegos Juárez[1]

[1]C.S. Raval, [2]C.S. Santa Pola. Hospital General Universitario de Elche. Elche/Elx (Alicante)

[3]C.S. Crevillente. Departamento de Salud Vinalopó. Elche (Alicante)

OBJETIVOS

Contrastar si existen diferencias en el consumo de recursos sanitarios en atención primaria y especializada entre pacientes pluripatológicos (PLP) (criterios del Ministerio sanidad) frente a controles en población demandante de un centro de salud.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional de cohortes retrospectivo. En el 2009 estimamos la prevalencia de pacientes PLP en población demandante en un centro de salud clasificando a los pacientes estudiados como PLP versus no PLP. Utilizamos muestreo números aleatorios de los días de consulta y de las consultas a registrar. Posteriormente solicitamos a los participantes consentimiento informado tras hoja informativa para acceder a su registro informático con fines de investigación. Estudiamos de forma retrospectiva el consumo de recursos sanitarios de esas dos cohortes durante el año 2011. En concreto estudiamos N=31 casos y N=62 controles. Contrastamos la hipótesis de un mayor consumo de recursos sanitarios en primaria (frecuentación, domicilios, interconsultas, analíticas, pruebas de imagen y otras pruebas complementarias) y en especializada (visitas urgencias e ingresos) en la cohorte PLP.

RESULTADOS

Encontramos un mayor número de ingresos hospitalarios (p=0.0125) y de visitas urgencias (p=0.02) en los pacientes PLP. De igual modo en primaria presentaron mayor número de contactos con enfermería (p=0.004), y número de visitas domiciliarias (p=0.03) y número de fármacos prescrito (p=0.0009). No existieron diferencias significativas en la solicitud de pruebas de imagen y otras pruebas complementarias, analíticas, interconsultas ni de visitas en consulta a su médico. Durante este año la mortalidad de la cohorte PLP fue de 13,2 % (4) frente a la cohorte no PLP de 3.9%(2) (p=0.09).

CONCLUSIONES

Los criterios de PP en nuestra zona definen un grupo de pacientes con un uso más alto de recursos sanitarios respecto a la cohorte de igual edad y sexo pero sin comorbilidad. Este mayor consumo se produce tanto en atención primaria como en atención especializada y observamos una mayor tasa de mortalidad que no alcanzo significación estadística.

B-84 COMO ES LA POBLACIÓN CON DIAGNOSTICO DE ATDOM

C. Arroyo Rodríguez, M. Freire Gutiérrez, M. Lorenzo Figueira, V. Herrero

ICS. Cap Valles. Granollers (Barcelona)

OBJETIVOS

Conocer las características de la población con diagnostico de ATDOM y/o paciente frágil. Valorar la demanda asistencial de estos pacientes

MATERIAL Y MÉTODO

Población: Población semiurbana de un centro de atención primaria con 17 médicos, 13 enfermeras y 17 personas de administración e información: con una carga asistencia l media de 2627 pacientes. Método: Muestreo aleatorio retrospectivo (año 2011) de una población del área semiurbana de Granollers (Barcelona), partiendo de listado de pacientes con diagnostico ATDOM y paciente frágil. Recogida sistemática de datos de historial clínico informatizado del paciente; de las siguientes variables: -edad actual y en el momento de diagnostico ATDOM o paciente frágil –sexo –convivencia -dependencia o autónomo mía -demanda asistencial –diagnósticos -tratamiento farmacológico

RESULTADOS

La población estudiada tiene una media de edad actualmente de 86 años y al incluirlos en diagnostico de ATDOM tenia una media de edad de 80. Mayoritariamente son mujeres 51 de un total de 69 pacientes (73,9%) En su mayoría conviven con familiares y esposa y tan solo bien solos 10 personas aunque algunas de ellas tienen cuidadores por horas En referencia a la autonomía para actividades de la vida diaria, son autónomos 20 de un total de 69 pacientes (28,9%) dependiente totales 14(20,28%) y con autonomía relativa 35 (50,72%). La demanda asistencial es equilibrada entre médicos y enfermería con un porcentaje aproximadazo de visitas por año de 14,5 para médicos y 21 para enfermería. Se ha valorado fundamentalmente el diagnostico de demencia que se da en 21 pacientes del total de 69 pacientes estudiados (30,45); con lo cual vemos que no todos los pacientes con diagnostico de ATDOM están asociados a diagnostico de demencia, si no a otro tipo de patologías como cardiacas, respiratorias y DM2. En referencia a tratamientos farmacológicos recibidos, es de destacar que reciben tt1 analgésico 37 de 69 pacientes(53,6%) y en su mayor parte corresponde a paracetamol; el resto de tratamientos son específicos para patologías crónicas tipo HTA, Dm2, dislipemia, coronariopatias, etc; recibiendo como media de numero de fármacos utilizados de 10 por paciente

CONCLUSIONES

Nos hemos dado cuenta que tenemos mas pacientes que podrían ser considerados como frágiles o de riesgo, por ello este diagnostico esta infravalorado; también que el diagnostico de paciente frágil o de riesgo no tiene porque estar asociado a ATDOM Consideramos que el presente estudio es el inicio a otros a realizar con una prospección de futuro en la que deberían ser incluidos un mayor numero de pacientes y axial se ajustarían los datos a la verdadera realidad asistencia

B-85 PATOLOGÍAS CARDIACAS ASOCIADAS A LA EDAD: INCIDENCIA, REINGRESO Y MORTALIDAD AL AÑO

A. Cordero, M. Masiá, B. Miralles, D. Sirera, V. Bertomeu-González, J. Moreno-Arribas, V. Bertomeu-Martínez

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario San Juan de Alicante. Alicante

OBJETIVOS

La edad se considera un factor de riesgo independiente para la incidencia de las enfermedades cardiovasculares. El envejecimiento de la población y la mejoría poblacional del control de los factores hacen intuir que la situación actual de las patologías cardiacas de la población anciana, que es cada vez más numerosa, haya cambiado. Nuestro objetivo fue analizar el impacto de la edad en las patologías cardiacas y su pronóstico al año.

MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyeron todos los ingresos consecutivos en un único servicio de Cardiología durante 10 meses. Se analizaron las características clínicas, bioquímicas, tratamientos y diagnóstico principales. Se realizó el seguimiento al año analizando los reingresos por causa cardiovascular y la mortalidad. De acuerdo a la definición de la American Heart Association se clasificaron a los pacientes por su edad en: <65años, 65-74 años, 75-84 años y >85 años.

RESULTADOS

Se reclutaron 1.007 pacientes, con edad media 71,1 (13,4) años. La prevalencia de cada grupo de edad fue: 31,0%, 24,3%, 33,5% y 11,2%. Se observó una prevalencia creciente en todos los factores de riesgo y enfermedad cardiovascular previa; sin embargo, solo se observó esta tendencia creciente en el diagnóstico final de estenosis aórtica severa (1,0%, 4,5%, 5,3% y 5,8%; p<0,01) insuficiencia cardiaca con disfunción ventricular (3,8%, 7,3%, 11,3% y 8,0%; p<0,01) o fracción de eyección conservada (4,5%, 8,2%, 15,7% y 29,2%; p<0,01) y la disfunción sinusal (0,0%, 20,6%, 58,8% y 20,6%). No se observaron diferencias en el diagnóstico de síndrome coronario agudo con o sin elevación del segmento ST o fibrilación auricular. Si que se observó una relación lineal entre la edad y mortalidad hospitalaria: 0,7%, 2,5%, 3,6% y 9,0%. Durante el seguimiento (media 402,1 (75,1) días) se analizaron los eventos mediante regresión de Cox, ajustada por los factores de riesgo, cardiopatía previa y diagnósticos al alta, y se observó un riesgo de mortalidad creciente cuanto mayor era la edad (65-74 años HR: 1,93 IC 95% 1,12-3,82); 75-84 años HR: 4,39, IC 95% 2,40-8,03); y >85 años HR: 6,80 IC 95% 3,55-13,05) (figura); por el contrario, el riesgo de reingreso por causa cardiovascular fue similar en todos los grupos de pacientes >65 años (65-74 años HR: 1,59 IC 95% 1,10-2,30; 75-84 años HR: 2,13 IC 95% 1,53-2,98; >85 años HR: 1,56 IC 95% 1,05-2,47).

DISCUSIÓN

Nuestros datos reflejan que la edad tiene un importante impacto en la presencia de la insuficiencia cardiaca y la disfunción sinusal, pero no tanto en la cardiopatía isquémica. Además, aunque la edad se asocia de forma directa con la mortalidad en el primer año tras un ingreso por patología cardiaca no existe tal relación por el reingreso de causa cardiovascular, que parece depender más de la cardiopatía que originó el ingreso.

CONCLUSIONES

La insuficiencia cardiaca, estenosis aórtica y disfunción sinusal son los diagnósticos claramente relacionados con el envejecimiento y deben ser, por tanto, las patologías en las que se debe centrar la prevención y atención continuada. La edad condiciona de forma creciente la mortalidad al año tras un ingreso en cardiología pero el riesgo de reingreso por causa cardiovascular es similar a partir de los 65 años.

B-86 ANCIANOS CON PLURIPATOLOGÍA. DIAGNÓSTICO: NO RENTABLE

M. Antolinos García[1], M. Sánchez Mollá[2], A. López Requena[2], I. Candela García[3], I. Gallegos Juárez[2], Y. Ponce Samaniego[2]

[1]Centro de Salud Crevillente. Departamento de Salud del Vinalopó. Elche-Crevillente (Alicante)

[2]Centro de Salud Raval, [3]Centro de Salud Santa Pola. Hospital General Universitario de Elche. Elche/Elx (Alicante)

OBJETIVOS

Contrastar si existen diferencias en el gasto sanitario directo en atención primaria entre pacientes etiquetados como pluripatológicos (PLP) (criterios del Ministerio sanidad) frente a controles en población demandante de un centro de salud.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional de cohortes retrospectivo. En el 2009 estimamos la prevalencia de pacientes PLP en población demandante en un centro de salud clasificando a los pacientes estudiados como PLP versus no PLP. Utilizamos muestreo números aleatorios de los días de consulta y de las consultas a registrar. Posteriormente solicitamos a los participantes consentimiento informado tras hoja informativa para acceder a su registro informático con

fines de investigación Estudiamos de forma retrospectiva el gasto sanitario de esas dos cohortes durante el año 2011. Estudiamos 31 casos y 62 controles. Contrastamos la hipótesis de un mayor gasto sanitario en primaria (gasto farmacéutico, frecuentación, interconsultas analítica, derivaciones, pruebas complementaria, domicilios) en la cohorte pluripatológicos. Aplicamos los estándares de gasto establecidos en nuestra comunidad autónoma a cada uno de los productos sanitarios (visitas primaria médico, enfermería, pruebas complementarias, y domicilios. Calculamos el gasto estimado promedio anual que nos ofrece el programa gestión farmacéutica de nuestra comunidad.

RESULTADOS

Encontramos un mayor gasto farmacéutico en los pacientes PLP (p=<0.00001) con un mayor coste en visitas enfermería (p=0.02) y en asistencia domiciliaria (p=0.054). El gasto agrupando las variables consulta médico, enfermería, domicilio, farmacia (gasto primaria básico) duplica la cifra en euros (2644,17 PLP /frente a 1156,4 euros no PLP) (p>0.00001) No existieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a gasto en analíticas, visitas a médico en consulta, pruebas complementarias e interconsultas a especializada.

CONCLUSIONES

Los criterios de PP en nuestra zona definen un grupo de pacientes con un gasto sanitario más alto tanto farmacéutico como no farmacéutico directo. Los costes indirectos no medidos podrían también ser altamente relevantes.

B-87 EVOLUCIÓN DEL PERFIL CLÍNICO Y LA PREVALENCIA DE LAS CARDIOPATÍAS EN PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTAS EN ESPAÑA EN LA ÚLTIMA DÉCADA

A. Cordero[1], V. Bertomeu-Martínez[1], J. Moreno-Arribas[1], M. Rodríguez-Mañero[2], P. Mazón2, V. Bertomeu-González[1], J. González-Juanatey[2]

[1]*Servicio de Cardiología. Hospital Universitario San Juan de Alicante. Alicante*

[2]*Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña)*

OBJETIVOS

La mejoría del tratamiento en la fase aguda de las cardiopatías ha conllevado al aumento de pacientes con formas crónicas. El objetivo del presente estudio fue analizar los cambios en el perfil clínico y prevalencia de la cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca y fibrilación auricular en pacientes con factores de riesgo cardiovascular atendidos en consultas externas de atención primaria y cardiología.

MATERIAL Y MÉTODO

Comparación de pacientes con cardiopatía isquémica (CI), insuficiencia cardiaca (IC) o fibrilación auricular (FA) incluidos dos registros de pacientes atendidos en consultas externas llevados a cabo en 1999 (n=6.194) y 2009 (n=4.639).

RESULTADOS

Se observó un incremento en la edad media y todos los factores de riesgo, excepto el tabaquismo; por el contrario, hubo un descenso en la presión arterial y una mejoría en el control de la hipertensión arterial. La CI fue la cardiopatía más prevalente en ambos registros, pero la IC y FA aumentaron significativamente en un 41,5% y 33,7% respectivamente. Se observó un descenso en los niveles séricos de lípidos y un aumento del 141,1% en la utilización de estatinas. Además, la utilización de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o antagonistas del receptor de angiotensina en pacientes con IC, betabloqueantes en pacientes con CI y anticoagulación oral en la FA presentaron un aumento relativo del 83,0%, 80,3% y 156,0% respectivamente.

DISCUSIÓN

Estos datos reflejan que aunque la cardiopatía isquémica sigue siendo la cardiopatía más prevalente entre los pacientes atendidos en consultas externas en España, la insuficiencia cardiaca y la fibrilación auricular han experimentado un incremento muy relevante en la última década; por tanto, las unidades de seguimiento y tratamiento de enfermos crónicos con cardiopatía deben estar preparadas y dirigidas a atender a este perfil de pacientes.

CONCLUSIONES

La prevalencia de todos los factores de riesgo ha aumentado entre los pacientes con cardiopatías en la última década en España, siendo la HTA el más prevalente. La IC y la FA han presentado un incremento muy relevante entre los pacientes atendidos en consultas lo cual tendrá un impacto en salud pública y en la gestión de recursos.

B-88 ¿ES EFICAZ ECONÓMICAMENTE LA IMPLANTACIÓN DE LA UNIDADES DE CONTINUIDAD PRIMARIA MEDICINA INTERNA (UCAPI)?

J. Machín[1], A. Pereira[1], E. Martin[1], T. Megino[1], M. Rodriguez Zapata[3], J. Atance[2], A. Barcena[4]

[1]*UCAPI-Medicina Interna,* [3]*Jefe de Servicio de Medicina Interna,* [2]*Director Médico. Hospital Universitario. Guadalajara*

[4]*Médico de Atencion Primaria. C.S. El Casar. (Guadalajara)*

OBJETIVOS

Conocer si la continuidad asistencial entre Atención Primaria y Medicina Interna a través de una unidad específica (UCAPI) basada en la relación directa entre ambas especialidades resulta coste-efectiva en relación con la asistencia tradicional en el área de salud de Guadalajara

MATERIAL Y MÉTODO

Se emplean los datos asistenciales de consulta externa recogidos en la propia Unidad y los datos de hospitalización y económicos aportados por el Servicio de Información Asistencial y por el Servicio de Gestión Económica del Hospital. Los datos son procesados mediante el programa estadístico Stata versión 10.

RESULTADOS

Desde su apertura en julio de 2006 hasta diciembre de 2011, los datos obtenidos en las distintos dispositivos de la UCAPI se resumen: Consultoría telefónica: se resuelven el 53% de las dudas, evitando así derivaciones innecesarias a consultas. Unidad de Día (donde se han atendido a 1222 pacientes nuevos desde julio de 2006 hasta diciembre de 2011) se ha evitado el ingreso en planta a 180 pacientes (el 14,7% de los pacientes nuevos). Así como 310 urgencias hospitalarias (el 25,36% de los pacientes nuevos). El índice sucesivos/nuevos de la unidad tiene una mediana desde Julio 2006 a Diciembre de 2011 de 1,54, frente a la de Medicina Interna que es de 5,69, p=0,000. Los pacientes hospitalizados tanto en UCAPI como en Medicina Interna provienen fundamentalmente del Servicio de Urgencias, por lo que apenas presentan variación en las variables demográficas, en la complejidad, en el número de diagnósticos y en los procedimientos. La Estancia Media presenta una diferencia de 2,5 días (M. Interna: 8,59 días y UCAPI 6,35 día; p=0,000, IC 95% (1,71-2,38) con un IEMA (Índice de de estancia media, que es un indicador de eficiencia) para la UCAPI mejor, sobre todo cuando desde que la unidad se amplia a dos internistas (2010), que se traduce en un ahorro de 171 estancias para ese año. En cuanto a la tasa de reingresos (número total de reingresos desde 2006 a 2010 dividido por el número total de altas en ese período), la UCAPI presenta un 0,72% menos de reingresos que Medicina Interna p=0,065

DISCUSIÓN

El gasto de la unidad proviene fundamentalmente de los salarios de los dos internistas, del mantenimiento de la unidad de Día y del móvil corporativo ya que el resto del personal y del material ya existía (205.974,28 €). Con la implantación de esta unidad se ha conseguido un ahorro de 749.064,33 €).al evitar urgencias, ingresos, derivaciones de pacientes a especialidades, descender la estancia media y las consultas sucesivas, comparado con la asistencia habitual en Medicina Interna de nuestro hospital.

CONCLUSIONES

Con este estudio hemos confirmado que la continuidad asistencial entre Medicina Interna y Atención Primaria basada en una comunicación directa entre ambos niveles asistenciales resulta coste efectiva, comparado con el coste de la asistencia tradicional.

B-90 ¿TENGO QUE IR A LA CONSULTA? CONSULTAS COMPLEJAS MEDIANTE SISTEMAS NO PRESENCIALES

M. Gutiérrez Jodra[1], A. Meléndez Gracia[2], A. Delgado Fontaneda[3]
[1]UAP Lakua-Arriaga, [2]Equipo de soporte de cuidados paliativos, [3]Director Médico. Comarca Araba. Osakidetza. Vitoria-Gasteiz (Álava)

OBJETIVOS

Valorar tres formas de consulta sin necesidad de presencia del paciente mediante la exposición de un caso real.

MATERIAL Y MÉTODO

Luis es un paciente de 43 años. Casado. Electricista. Deportista habitual. AP: -Hodgkin con 26 años.-IAM con 38 años y tratamiento anticoagulante. Consulta la posibilidad de suspender la medicación anticoagulante. Decidimos la exposición del caso en sesión clínica con cardiología, sin presencia del paciente. Valorando su conjunto se decide proponer la suspensión de la medicación. Acude a la consulta tras fractura cerrada de cabeza de radio vista en urgencias. Según el protocolo de interconsultas no presenciales se consulta a traumatología que responde por el mismo medio con las recomendaciones adecuadas, no indicando consulta de revisión ni control radiológico. El paciente mejora siguiendo estas recomendaciones, siendo tutelado el proceso con su médico de familia. Luis presenta un cuadro catarral que la tos no mejora con tratamiento sintomático. Su decide estudio con espirometría y se indica al paciente que podrá solicitar el resultado a través de correo electrónico y si resulta normal seguir con el mismo tratamiento.

RESULTADOS

Tres formas de consulta no presencial sobre situaciones con una cierta complejidad:- Consulta en sesión clínica con cardiología.- Valoración no presencial por traumatología.- Remisión de resultado de prueba diagnóstica y plan de seguimiento a través de correo electrónico.

DISCUSIÓN

En la consulta en sesión clínica mensual con cardiología los casos clínicos se discuten. Favorecen el conocimiento mutuo y que el profesional de cardiología se convierta en referencia y consultor. Permite el acceso desde atención primaria a pruebas complementarias cardiológicas complejas. Aunque a menudo se observa cierta \"asimetría\" entre profesionales. Tiene la limitación de que no podría realizarse con muchas especialidades. La interconsulta no presencial supone que el médico de familia envía la información al profesional de segundo nivel que, sin ver al paciente, emite un juicio diagnóstico y propone un plan de tratamiento. Es continua y con un tiempo corto de respuesta pactado. Permite optimizar tiempos de espera y/o agilizar pruebas diagnósticas. Facilitar acceso a pruebas diagnósticas, evitando esperas y consultas sucesivas. Debemos disponer de plataformas informáticas adaptadas y en

funcionamiento óptimo, interconectadas y de rápido acceso. La comunicación de profesionales y pacientes a través de correo electrónico nos ayuda a optimizar el tiempo tanto de los pacientes como de los profesionales. Puede ayudar a resolver dudas, hacer comentarios, conocer resultados etc. de forma cómoda, rápida y segura. Puede establecerse en ambas direcciones enviando información sanitaria relevante para toda la población o por patologías o factores de riesgo.

CONCLUSIONES

Las consultas no presenciales ahorran tiempo, mejoran la accesibilidad, favorecen su autonomía de pacientes y profesionales, la desburocratización y limitan las demandas secundarias. Generan mucho trabajo organizativo y exigen circuitos consensuados. No se pueden aplicar a todos. Necesitamos trabajar más en crear circuitos consensuados y claros, adecuarnos a cada paciente y cada profesional, una tecnología facilitadora y dar a conocer estos nuevos modos a toda la población para que sean experimentados y medida su satisfacción. No suponen menos trabajo pero, mejoran la satisfacción y hacen al médico de familia tutor necesario en el proceso de los enfermos crónicos.

B-91 RESULTADOS INICIALES DE LA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES Y REDEFINICION DE ROLES EN UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE REHABILITACIÓN CARDIACA

I. Muguruza Arrese[1], M. Zulueta Aldecoa[2], H. Larrea Arce[2], N. Murga Eizagaecheverri[2], I. Sánchez Andrés[2]

[1]*Comarca Bilbao. Bilbao (Vizcaya)*

[2]*Hospital Universitario de Basurto. Bilbao (Vizcaya)*

OBJETIVOS

-Mejorar el control de factores de riesgo, educando en autocuidados. -Mejorar la capacidad física a nivel periférico y cardiovascular. -Detectar, seguir y tratar posibles alteraciones psicológicas. -Facilitar la reincorporación socio-laboral -Optimizar la coordinación entre niveles (Hospital-Atención primaria)

MATERIAL Y MÉTODO

La coordinación entre niveles y la redefinición de roles en el equipo multidisciplinar que atiende al paciente cardiovascular, se ha hecho imprescindible. El programa de Rehabilitación Cardiaca (RC) del Hospital Universitario de Basurto y Comarca Bilbao, trata de integrar estos niveles con un seguimiento del paciente desde el evento agudo hasta su reinserción socio-laboral, a través de tres fases: -Fase I (hospitalaria): la enfermera capta por entrevista motivacional al paciente en la unidad de hospitalización, y supervisa la solicitud de las pruebas pertinentes a nivel de cardiología. -Fase II (convalecencia), tras estabilización clínica, mínimo 3 semanas tras el evento. Interviene todo el equipo multidisciplinar (cardiólogo, rehabilitador, psicólogo, enfermera y fisioterapeuta) continua intervención a nivel de educación sanitaria e introduce el ejercicio físico como elemento para control de factores de riesgo y mejora de capacidad física a nivel periférico y cardiovascular. -Fase III (mantenimiento): al alta hospitalaria, la enfermera enlace de primaria, continua seguimiento de factores de riesgo y supervisa cumplimiento del ejercicio prescrito, sin riesgo y en intensidad suficiente durante un año. Para favorecer la continuidad de la práctica de ejercicio físico de los pacientes, se ha firmado un acuerdo de colaboración entre Bilbao Kirolak-Instituto Municipal de Deportes del Ayuntamiento de Bilbao, Hospital de Basurto, Comarca Bilbao y la Dirección Territorial del Departamento de Sanidad y Consumo de Bizkaia

RESULTADOS

-Epidemiología: varones, edad media 50-60 años, más de dos factores de riesgo cardiovascular, riesgo medio para rehabilitación cardiaca, sedentarios y reinserción laboral a los 6 meses. -Adopción de hábitos cardiosaludables: Compromiso con actividad física en límites indicados en la fase II, deshabituación tabáquica y reducción ponderal. -Resultados de test psicométricos: alta tasa de ansiedad frente a depresión

DISCUSIÓN

Las estrategias encaminadas a promover cambios de hábitos de vida, educación sanitaria y adherencia al tratamiento, mejoran el pronóstico y la calidad de vida del paciente cardiovascular. La evaluación y revisión continua de los resultados de nuestro trabajo nos lleva, a incorporar nuevos perfiles al equipo multidisciplinar y también a redefinir y reinventar los roles y competencias de los ya existentes. La RC es un camino que nos ha sacado del hospital a la Atención Primaria y de esta a la comunidad (polideportivos municipales) porque solo sumando y coordinando esfuerzos podremos alcanzar los objetivos marcados

CONCLUSIONES

La rehabilitación cardiaca (RC) mejora la calidad de vida en las personas con enfermedad cardiovascular. Los equipos multidisciplinares, trabajando coordinados establecen una evaluación integral del paciente, un tratamiento individualizado y una continuidad de cuidados para conseguir estos objetivos.

B-93 VALORACIÓN DEL GRADO DE SATISFACIÓN EN LA REALIZACIÓN DE TALLERES DE FORMACIÓN DIRIGIDOS A CUIDADORES DE PACIENTES CRÓNICOS Y PLURIPATOLÓGICOS

M. Quiroga Mariño, C. Abeledo Vázquez, R. Vázquez Pereira, R. Blanco López, B. Vázquez Modia, M. Cuiña Cotarelo

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo

OBJETIVOS

1. Fortalecer las habilidades del cuidador habitual en los cuidados domiciliarios, tras recibir formación teórica y práctica. 2. Mejorar la calidad en los cuidados y el control de la enfermedad del paciente al alta hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Después de un año realizando los talleres formativos, hemos decidido realizar una medición del grado de satisfacción por parte de los cuidadores que han recibido formación. La captación de cuidadores interesados en recibir formación se realizó en las unidades de hospitalización de medicina interna. El número de talleres teórico prácticos apoyados en técnicas audiovisuales ha sido de quince, cada uno con sesiones de 60 minutos y con un tiempo para clarificar dudas entregando al mismo tiempo recomendaciones según patologías. Asistieron un total de 129 cuidadores de los que se recogieron los datos socio-demográficos valorando edad y grado de parentesco, las encuestas de satisfacción recogidas han sido de 53, teniendo en cuenta que las encuestas no son recogidas en el momento y que en ocasiones eran recogidas cuando el paciente se encontraba dado de alta en su domicilio. En la encuesta la encuesta de satisfacción se manejaron seis preguntas abiertas.

RESULTADOS

Perfil del cuidador: Edad: menores de 40 años: 17%, entre 40 y 65: 57%, mayores de 65 años: un 26% del total. Grado de parentesco: cónyuge: 26%, hijo/a: 43%, nieto: 15%, sobrino: 8%, yerno: 2%.del total. Encuestas de satisfacción: ¿Qué le falta al taller? 66%: nada, 17%: tiempo, 7% tiempo de práctica, 6% ampliar contenidos, 2% extender esta formación a otras unidades, 2% información en trámites administrativos. ¿Qué le sobra? 100%: nada ¿Qué le ha gustado más? 39%: técnicas de movilización y práctica con el paciente encamado, 34% todo, 11% amabilidad, 6% alimentación, 4% facilidad de comprensión, 2% higiene, 4% medios audiovisuales. ¿Qué le ha gustado menos? 89%: nada, 7%: horario, 4%: teoría ¿Le gustaría participar en un segundo taller donde profundicemos más en dichos contenidos? 98%: si, 2%: no ¿Resuma en una palabra lo que se lleva del taller? 66%: Adquisición de conocimientos, 28%: satisfacción, 6%: autonomía.

CONCLUSIONES

-Con el resultado de este estudio y la experiencia nos lleva a reflexionar que la educación sanitaria grupal repercute de una manera muy positiva en nuestra población. -El resultado de la valoración de los talleres por parte del cuidador fue positiva, la parte práctica fue la más valorada, después del taller el cuidador se ve con más autonomía y seguridad en el manejo del paciente, todos están dispuestos a ampliar su formación en talleres sucesivos. -El perfil del cuidador, normalmente se trata de un miembro de la familia, los hijos son los cuidadores más frecuentes, le sigue después el cónyuge ocupando un puesto más bajo los cuidadores no formales, es decir sin relación de parentesco con el paciente. La edad media del cuidador está comprendida entre 40 y 65 años, lo que confirma que los hijos son los principales cuidadores de los padres.

B-94 SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR DE PACIENTES CON ICTUS Y DESTINO AL ALTA EN UN HOSPITAL DE SUBAGUDOS

B. Bereciartua Pérez[1], S. Pinedo Otaola[1], B. Zaldibar Barinaga[1], P. Tejada Ezquerro[1], P. Erazo Presser[1], M. Miranda Artieda[1], V. Sanmartín Cuevas[2]

[1]*Servicio de Rehabilitación. Hospital de Gorliz. Gorliz (Vizcaya)*

[2]*Investigación. BIOEF. Vizcaya*

OBJETIVOS

Evaluar las características demográficas, situación sociofamiliar y destino al alta de los pacientes atendidos en un hospital de Subagudos para tratamiento rehabilitador tras un ictus.

MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyen todos los pacientes que ingresan en el Hospital, de febrero a septiembre de 2011, y que reciben tratamiento rehabilitador por discapacidad tras un ictus. La situación de riesgo social se evalúa por la trabajadora social en las primeras 72 horas del ingreso con la escala de valoración sociofamiliar de Gijón, que valora la situación familiar, económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de la red social del paciente.

RESULTADOS

De los 159 pacientes incluidos, el 53% eran hombres. La media de edad es de 71,71 años, siendo la media de las mujeres diez años superior a la de los hombres. El 30 % de los pacientes vivían solos. La media del riego social fue de 9.39, es decir en el límite entre riesgo social bajo y medio. El 44.7 % de los pacientes tenían barreras arquitectónicas en casa y el 29.6 % carecía de ascensor ó teléfono en la vivienda. El riesgo social aumenta significativamente a partir de los 75 años. El 82% de los pacientes fueron derivados a domicilio al alta hospitalaria. Las mujeres tienen peor situación sociofamiliar y son derivadas a residencia en mayor proporción que los hombres

DISCUSIÓN

El objetivo del tratamiento rehabilitador en los pacientes con discapacidad es conseguir que el paciente recupere el máximo nivel de autonomía y puedan volver a su domicilio y entorno habitual. Conocer la situación social de los pacientes en los primeros días del ingreso permite poner en marcha los trámites necesarios para facilitar el alta domiciliaria, y si esto no es posible a residencia. Las mujeres que ingresan para tratamiento rehabilitador tras un ictus presentan una media de 10 años superior a la de los hombres, tienen mayor riesgo social e ingresan en mayor proporción en residencia

CONCLUSIONES

La población mayor de 75 años hospitalizada por discapacidad tras un ictus, y especialmente las mujeres, presentan mayor riesgo social y probabilidad de ingreso en residencia tras el alta, por lo que es en este colectivo donde debemos enfatizar la atención para responder a la demanda de ayudas sociales que permitan el regreso a su domicilio habitual y mantener su máxima calidad de vida.

B-95 LA GESTIÓN POR COMPETENCIAS COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

C. Bernal Ortiz, M. Aranda Gallardo, N. Florido Martín, M. Carrasco Campos, M. Jurado Godoy, M. Barrionuevo Leiva
Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga)

OBJETIVOS

Favorecer la continuidad en la asistencia ofrecida por varios proveedores de cuidados en distintos niveles de atención (especializada y primaria) al alta de los pacientes ingresados en la Unidad de Medicina Interna.

MATERIAL Y MÉTODO

La continuidad de cuidados es una de las líneas estratégicas potenciada por la Consejería de Salud de Andalucía. En la Unidad de Medicina Interna de la Agencia Sanitaria Costa del Sol trabajamos en la mejora de la comunicación con atención primaria dadas las características de cronicidad y fragilidad de nuestros pacientes. Para ello durante el año 2011 fijamos como objetivo de las enfermeras de la Unidad desarrollar la competencia de continuidad asistencial (definida por el centro dentro del sistema de gestión por competencias), así como la potenciación de las herramientas de comunicación disponibles: el informe de continuidad de cuidados de enfermería y el contacto telefónico con la enfermera gestora de casos comunitaria.

RESULTADOS

De las 30 enfermeras que trabajan en las dos Unidades de Medicina Interna, 20 mantienen el nivel II de la competencia de continuidad asistencial, y 10 suben del nivel I al nivel II mediante la cumplimentación de las buenas prácticas descritas para ello en el catálogo de competencias del centro. A lo largo de 2011 se remiten 307 informes de continuidad de cuidados de enfermería hacia atención primaria. Además se contacta telefónicamente en 135 ocasiones con la enfermera gestora de casos comunitaria para detallar las circunstancias al alta de estos pacientes. Como consecuencia de todo esto, en el segundo semestre de 2011 se consiguió que se cumplimentara el informe de continuidad de cuidados en el 80% de los pacientes que requirieron planificación al alta.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos suponen un avance en la continuidad de cuidados respecto a lo observado en años anteriores y al mismo tiempo nos marcan el camino para desarrollar nuevas líneas de mejora. Evitar la fragmentación en la asistencia puede suponer una mejora de la percepción de la atención recibida por los pacientes, minimizando los cambios que supone el paso de un nivel asistencial a otro. Si bien este aspecto requerirá un estudio más pormenorizado. Implementar buenas prácticas que facilitan la difusión de los procedimientos de continuidad de cuidados entre las enfermeras, permite una mayor sensibilización y concienciación de los profesionales. Establecer líneas de comunicación efectivas desde atención primaria a atención especializada es el objetivo que nos planteamos, así como la indagación en la disminución de reingresos de estos pacientes con características de cronicidad y fragilidad.

CONCLUSIONES

El sistema de gestión por competencias en enfermería, concretamente en lo referente a la continuidad asistencial, permite poner en marcha actuaciones que favorecen la comunicación entre profesionales de cara a ofrecer unos cuidados integrales y de calidad a los usuarios en nuestro afán de búsqueda de la excelencia.

B-97 REUNIÓN DEL EQUIPO BÁSICO ASISTENCIAL (REBA): HERRAMIENTA FUNDAMENTAL EN UN HACLE

J. Oltra Masanet, M. Femenia Pérez, J. Vicente Mas, A. Conejo Alba, D. Rueda Gordillo, M. Vallalta Morales, J. Berbegal Serra, P. Martínez Avilés
Servicio de Medicina Interna. Hospital La Pedrera. Denia (Alicante)

OBJETIVOS

Buscamos la mejor organización del trabajo para atender a los pacientes del nuevo HACLE La Pedrera (procede del extinto H. Marina Alta) basándonos en experiencias previas, en documentación de Conselleria y en la bibliografía existente. Fruto de esta búsqueda fue la transformación del clásico pase de visita conjunto con enfermería en la reunión del Equipo Básico Asistencial (EBA), que iniciamos a mediados de 2010 y consolidamos en Agosto de 2011 en un documento que recoge su Plan funcional. Comunicamos en este foro el diseño funcional de la REBA y nuestras experiencias con la misma, así como el Panel de Incidencias y el Registro Diario.

MATERIAL Y MÉTODO

Se crea un Grupo de Trabajo multidisciplinar que elabora el Plan Funcional de la REBA. Se diseña la Hoja de Registro de la Reunión, una para cada paciente con registro diario estructurado en formato semanal, que se conservan en carpeta específica y se archivan, por quincenas, en la H. Clínica. Se diseña el Panel de Incidencias y Planificación para cada unidad, en el que se anotará lo más importante de la hoja de registro. Durante todo el 2011 se realizan diariamente las reuniones del EBA, se extiende en todas las unidades como rutina diaria, se acomoda el horario y trabajo de todos a las exigencias de la reunión. El grupo de trabajo se reúne y analiza los cambios sugeridos. Con el inicio del 2012, se realiza una revisión sistemática del Plan Funcional y en Junta Asistencial se analizan todos los aspectos con la metodología DAFO.

RESULTADOS

Se exponen imágenes de: -Panel de Incidencias y Planificación de cada Unidad de Hospitalización -Hoja de Registro de la Reunión del EBA -Matriz DAFO de análisis del proceso REBA

DISCUSIÓN

El trabajo asistencial con pacientes crónicos, convalecientes o que precisan cuidados paliativos, es muy distinto del que necesita un paciente agudo. La visión marañoniana tan propia de nuestra Medicina Interna alcanza aquí la máxima dimensión y requiere del trabajo colaborativo de todos los profesionales implicados. Sin esta visión global, sin este enfoque multiprofesional, sin esta valoración biopsicosocial, es imposible diseñar los tratamientos e intervenciones de tipo rehabilitador, enfermero, social o psicológico sobre el paciente y entorno cuidador que son la base para proporcionar un Plan de Atención Integral e Individualizado (PAI) para este tipo de pacientes. Y sin una reunión del EBA que comente y acuerde sobre la materialización de los acuerdos del PAI, éste queda en un documento perdido en la historia clínica.

CONCLUSIONES

Aportamos nuestra experiencia con la REBA. Requiere de tiempo, consume recursos y exige esfuerzo, coordinación y continuidad, pero hemos comprobado que el retorno en ganancias es fructífero y satisfactorio, tanto para el paciente y su entorno, como para todos los profesionales que intervienen, sobretodo en los aspectos de comunicación interprofesional y continuidad asistencial intracentro. En Enero 2012 empezamos la revisión de todo el Plan funcional, y con ello seguro que va a mejorar aún más, especialmente en el aspecto de mayor implicación de todos los profesionales y mejor correlación con los PAI acordados.

B-98 COMUNICACIÓN Y COLABORACIÓN INTERNIVELES: UN OBJETIVO COMÚN, UN RESULTADO DE CALIDAD PARA TODOS

M. Alguacil Herrero[1], R. Pereiro Hernández[2], S. Delgado Moreno[3], F. Forja Pajares[4]

[1]Dirección Gerencia. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

[2]Dirección Gerencia, [3]Atención Ciudadana, [4]Dirección Médica. Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz

OBJETIVOS

1. Optimizar la relación, coordinación y planificación de actividades entre dos niveles asistenciales, Atención Primaria y Hospitalaria, con especial énfasis en la continuidad asistencial del paciente crónico. 2. Mejorar la calidad de Atención al Ciudadano, y rentabilizar al máximo los recursos sanitarios disponibles.

MATERIAL Y MÉTODO

Organización de una Jornada Interniveles (Atención Primaria-Hospitalaria), con la participación de Directores de Unidad Gestión Clínica (UGC),Coordinadores de Cuidados, trabajadores Sociales, enfermeras Gestoras de Casos (EGC)y otros profesionales del D. S. Bahía de Cádiz-La Janda y el H. U. Puerta del Mar. La línea seguida fue la exposición oral de dos expertos con descripción del modelo de atención a las enfermedades crónicas en Andalucía, y análisis de la sostenibilidad de los Sistemas Sanitarios Públicos en la actual crisis económica financiera y las realidades políticas de cada momento. Además, dos mesas redondas con profesionales (Directores de UGC, EGC, y Farmacéuticos) de ambos niveles asistenciales, y moderadores expertos en el tema, buscando la mejora en la atención a pacientes crónicos, estrategias de uso adecuado de los recursos y optimización con beneficio para ciudadanos y profesionales. Posteriormente se establecieron dos grupos de trabajo, elaborando un plan de actuación con las medidas necesarias que den respuestas a las conclusiones obtenidas y permitan cumplir los objetivos establecidos.

RESULTADOS

-Promoción de escenarios de integración clínica, mediante acuerdos de gestión y compromiso con objetivos comunes, encuentros entre Atención Primaria y Hospitalaria, y rotaciones bidireccionales. -Mejora de la calidad de selección y prescripción de fármacos y productos, del sistema de visados y mayor uso de la Receta XXI por Atención Hospitalaria. -Uso de los registros en la Historia Única de Salud, con implementación de mejoras asistenciales, de los servicios de apoyo al diagnóstico y Seguridad del paciente. -Planificación de las altas hospitalarias para la continuidad asistencial en las acaecidas en fin de semana.

DISCUSIÓN

Un espacio de encuentro, donde profesionales de ambos niveles determinen mejoras a desarrollar en la atención sanitaria, podría ser arriesgado, al usarse como intercambio de reproches sobre el funcionamiento inadecuado desde la propia perspectiva por parte del otro nivel asistencial. No obstante, Distrito y Hospital convirtieron esta Jornada en un gestor de mejoras, mediante un plan de trabajo conjunto para el año 2012, con un Acuerdo de Gestión Clínica de compromiso mutuo. El mejor conocimiento de las realidades de ambos niveles, y la comunicación, son imprescindibles para trabajar en equipo.

CONCLUSIONES

-Conocimiento de la gestión interniveles, implantación efectiva y medida de resultados. -Conocer el modelo de atención a las enfermedades crónicas en Andalucía, enfatizando en la relación interniveles, en el marco del Plan Integral Andaluz de atención a personas con enfermedades crónicas. -Determinar la atención a pacientes crónicos que requieran un abordaje multidisciplinar y desde distintos niveles asistenciales en el D. S. Bahía de Cádiz-La Janda y el H. U. Puerta del Mar. -Valorar la sostenibilidad del Sistema Público de Salud, consecuencias e implicaciones políticas sanitarias. -Analizar las estrategias del uso adecuado del medicamento, pruebas complementarias y recursos materiales necesarios para el cuidado del paciente en cada nivel asistencial y sus posibilidades de mejora. -Valorar la Gestión Clínica interniveles en la sostenibilidad del sistema y mejora de calidad en la Atención Ciudadana.

B-100 UNIDAD HOSPITALARIA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO DEL ASF. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

R. Jorge Sánchez, A. Gómez Gigirey, L. Casal Iglesias, A. Dopico López, P. Sesma Sánchez
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Prof. Novoa Santos. Ferrol (A Coruña)

OBJETIVOS

Describir el perfil de los pacientes ingresados en la Unidad de Crónicos del Área Sanitaria de Ferrol (La Coruña).

MATERIAL Y MÉTODO

Se recogieron de forma prospectiva los datos de los pacientes ingresados en la Unidad de Crónicos del Hospital Naval de Ferrol entre los días 1 de octubre y 31 de diciembre de 2011. Se recogieron los datos epidemiológicos básicos, ingresos urgencias y consultas en los 3 y 12 meses previos así como los diagnósticos principal y secundarios, clasificación pluripatologías según la escala de Ollero et al, la escala de Barthel y los fármacos utilizados al ingreso del paciente. El tratamiento de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS, versión 13.0.

RESULTADOS

Se recogieron 208 pacientes, de los cuales 105 fueron mujeres y 103 hombres. La edad media fue de 79,6 años (rango 26-98) y donde el grupo entre 75 y 85 años supone el 44% de los ingresos. Hay claramente un predominio de ingresos del sexo masculino en menores de 65 años (83,3%, p< 0,05) frente a una feminización de los ingresos en los mayores de 85 (59,1%). La estancia media fue de 10,3 días (S= 7,9) y la mortalidad del 11,5% (24 pacientes). Respecto del consumo de recursos, el número medio de visitas al servicio de urgencias en un año fue de 2,7 (rango 0-14), el de consultas a los 12 meses de 2,98 (rango 0-31) y el número medio de ingresos en ese periodo de 1,7 (rango 1-9). El Barthel medio fue de 55,8 (rango 0-100). De los pacientes analizados (105), los valores extremos (0 y 100) representaron en torno al 15% respectivamente. Analizados por grupos de edad se comprobó un aumento significativo de la dependencia grave o total en edades superiores a los 75 años. Por sexos, se encontró también una mayor dependencia significativa (p< 0,01) en las mujeres respecto de los hombres. Respecto de la presencia de pluripatología, basándonos en la clasificación de Ollero, tan solo un 19,2% de los ingresados (40 enfermos) no padecía ninguna enfermedad crónica, cumpliendo criterios de pluripatológico (2 ó más diagnósticos) el 47% de los ingresados (98 pacientes). Tan solo un 15% de los ingresados tuvo 3 o más pluripatologías. De ellas, las más frecuentes fueron la categoría E (neurológica), en el 40% de los ingresados (83 pacientes), seguida por la cardiovascular (36,5%, 76 pacientes). El tercer lugar lo ocupa la categoría B (vasculitis, enfermedad renal) con un 22,1% (46 pacientes). En ninguna de las categorías se observó un incremento significativo de la mortalidad. Sin embargo, sí se encontró un predominio por el sexo femenino en la categoría H –osteoarticular- (81% mujeres, p< 0,01), roza la significación en la categoría A –cardiovascular-(59,2% de mujeres), mientras que es también claramente significativa la C –respiratoria- en los varones (70,3% del total; p <0,01). Por último, la media de fármacos por paciente fue de 6,7 (rango 0-20), donde tan solo 32 (15,4%) no tomaba ningún tipo de fármaco, y tomaban 10 ó más fármacos el 41,6% de los ingresados (86 pacientes). De ellos, los más frecuentemente prescritos fueron los antihipertensivos (63,5%), los psicotropos (53,8%) y los antiagregantes y anticoagulantes (52,4%). No hubo diferencias en el consumo de fármacos en relación al sexo, pero sí entre los pluripatológicos y el resto (8,4 frente a 5,3; p<0,01)

CONCLUSIONES

El perfil del paciente ingresado en la unidad de crónicos de nuestro hospital es el de un paciente añoso, con una dependencia media moderada, pluripatológico con y un elevado consumo de recursos (ingresos, urgencias y fármacos).

B-101 PACIENTES MULTIINGRESADORES. PERFIL EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES CRÓNICOS

R. Jorge Sánchez, A. Gómez Gigirey, L. Casal Iglesias, A. Dopico López, P. Sesma Sánchez
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Prof. Novoa Santos. Ferrol (A Coruña)

OBJETIVOS

Estudio descriptivo de los pacientes multiingresadores –PMI- (tres o más ingresos en el último año) ingresados en la Unidad de Crónicos del Área Sanitaria de Ferrol (La Coruña).

MATERIAL Y MÉTODO

Pacientes ingresados en la Unidad de Crónicos desde el 1 de octubre hasta el 31 de diciembre de 2011. Además de los datos demográficos habituales, se registraron los fármacos que tomaban en su domicilio previo al ingreso, el número de ingresos y la estancia en los 3 y 12 meses previos, así como el número de visitas al servicio de urgencias y a las consultas externas en esos meses. Se analizaron los diagnósticos principal y secundarios además del número de patologías crónicas según la clasificación de Ollero y cols. y la escala de Barthel. El tratamiento de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS, versión 13.0.

RESULTADOS

Se estudiaron 208 pacientes (105 mujeres, 103 hombres), con una edad media de 79,6 años (26-98 años) y un Barthel medio de 55,8. Cumplían criterios de pluripatológicos el 47,1% (98) de los enfermos. Del total de ingresados, 32 (15,4%) habían estado ingresados tres o más

veces durante el último año. Respecto de la frecuentación al servicio de urgencias, la media fue de 5,97 en los PMI frente a 2,1 del resto de los pacientes ingresados (p< 0,01). El número consultas externas en ese mismo período fue mayor, con una media de 4,8 frente a 2,7 (p < 0,05). Analizando el número de estancias de los pacientes ingresados, sobre un total de 2146, para el global, los PMI supusieron 321 (14,6%). En los tres meses previos, de 2599 estancias, 645 (24,82%) y en 12 meses, sobre 3299 estancias, 1147 (34,77%). No hubo diferencias en cuanto al sexo (17 mujeres y 15 hombres). Aunque en valor absoluto, fue el grupo entre 75 y 85 años el que presentó un mayor número de PMI (18; 19,6% del total de pacientes en este grupo etario), fue el grupo entre 65 y 75 años el que presentó un porcentaje más elevado de PMI (32%, sobre 25 pacientes) Al analizar si estos pacientes cumplían criterios de pluripatología, los resultados fueron estadísticamente significativos (p< 0,05), con un 21,4% de PMI (21 enfermos) entre los enfermos que cumplían criterios de pluripatológicos frente al resto (10%, 11 pacientes). De las diferentes categorías de pacientes pluripatológicos, resultaron significativas por exceso la insuficiencia cardiaca, la arteriopatía periférica y la enfermedad neoplásica. No se encontraron diferencias en el valor del Barthel entre ambos grupos (muy probablemente por el bajo tamaño de la muestra), si bien se sugiere que en los pacientes con dependencia grave y total hay un mayor número de ingresos. Entre los PMI, la principal causa de ingreso fue la insuficiencia cardiaca con un 21,9% de los ingresos, seguidos por la infección respiratoria (18,8%) y la agudización de EPOC (9,4%). En el grupo general los diagnósticos principales fueron, por orden de frecuencia la infección respiratoria, la neumonía, la agudización de EPOC y la insuficiencia cardiaca, con porcentajes del 17%; 11,9%; 8 % y 7,4% respectivamente. Respecto de los diagnósticos secundarios, se encontró una mayor frecuencia de pacientes con diagnóstico de depresión, obesidad, cardiopatía hipertensiva, bronquiectasias y neoplasia pulmonar. En el lado opuesto, hubo una menor prevalencia de pacientes con diagnóstico de demencia (7,7% de los PMI frente a 18,9%; p< 0,05). En cuanto al tratamiento, se encontró un mayor número de fármacos en los PMI frente al resto (9,0 frente a 6,3; p< 0,01). Al analizar los distintos grupos farmacológicos, se encontró una mayor frecuencia en el uso de corticoides sistémicos, laxantes, y suplementos.

CONCLUSIONES

Los pacientes multiingresadores suponen un porcentaje minoritario pero significativo de pacientes, con un elevado consumo de recursos (estancias, frecuentación de urgencias, consultas externas y consumo de fármacos). Se trata en general de un paciente de edad no muy avanzada y pluripatológico donde destacan los factores de riesgo cardiovascular.

B-102 NUEVOS MODELOS DE SERVICIOS Y ATENCIÓN EN EL DOMICILIO-ZAINDARI

N. Galdona[1], G. Zamora[1], J. Beitialarrangoitia[2], J. Goenaga[2], E. Aldaz[1], E. Urdaneta[1]
[1]I. D. Fundación Ingema. San Sebastián (Guipúzcoa)
[2]Unidad de Procesos de Diseño y Producción. Ikerlan -IK4. San Sebastián (Guipúzcoa)

OBJETIVOS

El objetivo de este proyecto es la identificación de las características necesarias para diseñar nuevos modelos de servicios y atención en los domicilios para procesos de envejecimiento que requieran cuidados de larga duración, mediante una oferta de servicios de cuidados y atención socio-sanitaria. Zaindari desarrollará una propuesta para un nuevo modelo de atención a personas mayores con enfermedades crónicas y con un grado de dependencia II.

MATERIAL Y MÉTODO

Con el fin de identificar el perfil y las necesidades de las personas mayores dependientes para permanecer en su domicilio, se llevaron a cabo grupos de discusión compuestos por personal de campo (5 profesionales) y supervisores de campo (5 profesionales) que realizan o supervisan la valoración de la dependencia en Gipuzkoa. Las sesiones tuvieron lugar en Matia Fundazioa a lo largo de 2011 y fueron facilitados por investigadores de Ingema. El propósito de este trabajo es presentar únicamente los puntos de vista y las narrativas de los profesionales de la salud más en contacto directo con las personas mayores dependientes que vienen sus domicilios.

RESULTADOS

Entre las necesidades identificadas destacan las relacionadas con los servicios socio-sanitarios. En primer lugar se detecta la necesidad de una mayor información sobre servicios, recursos, financiación, ayudas a las personas mayores frágiles y a sus familias y la necesidad de mejorar la coordinación entre los distintos agentes que intervienen en la atención a las personas mayores. Asimismo, y en la misma línea que otras investigaciones en otros contextos, se detectó la necesidad de una mayor comunicación entre los servicios sociales y sanitarios en cuanto al estado y evolución de la persona mayor. De acuerdo a los profesionales de campo de atención a la dependencia, las personas mayores reclaman una mayor estabilidad por parte de los servicios que reciben: personal de los servicios sociales de base, profesionales de atención directa del servicio de atención domicilia (SAD), etc., ya que esto les genera mucha inseguridad. Otras situaciones que demandan atención para evitar la institucionalización son la falta de información “a tiempo” que recibe la familia tras la hospitalización de la persona mayor respecto a situaciones que pueden derivar en una institucionalización. En este caso, dicha información habitualmente se da a la salida del hospital cuando puede ser ya muy tarde para evitar la institucionalización, y la lentitud que se produce respecto a la entrada a los servicios para mayores en los casos más urgentes. En ocasiones es mucho el plazo transcurrido entre la solicitud de adaptación de una vivienda y la concesión; ello puede derivar en una institucionalización. Se detecta además la necesidad de una mayor implicación del comercio (farmacias, catering, supermercados, etc.) en cuanto a ofrecer servicios especializados para los mayores (preparación de paquetes, entrega a domicilio, productos personalizados, etc.). Los servicios específicos para mayores pueden ser de gran utilidad y sin embargo aún no están tan extendidos como en otros países.

DISCUSIÓN

Para esta identificación se plantea detectar y priorizar oportunidades de servicio centrados en los focos de interés identificados en el escenario 2020 y desplegados en la hoja de ruta y caracterizar y definir los servicios objetivo a un nivel de detalle que permita establecer los requisitos en las distintas etapas del ciclo de vida del servicio y desde las perspectivas de los tipos de actores que deben intervenir en él (personas mayores, familiares, profesionales sanitarios…).

CONCLUSIONES

A partir de la información recopilada y la definición del escenario 2020 creación ilustrativa y descriptiva del modo de vida y del cuidado de las personas mayores con enfermedades crónicas en su propio domicilio, se desplegará una hoja de ruta que marque la pauta de transformación desde la situación actual hasta la definida en el escenario, y así identificar las nuevas oportunidades de servicios en el ámbito de la salud.

B-103 PACIENTES POLIMEDICADOS: ¿CUÁNTOS, CUÁLES, CÓMO, PARA QUÉ?

A. Gómez Gigirey, R. Jorge Sánchez, L. Casal Iglesias, A. Dopico López, P. Sesma Sánchez

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

OBJETIVOS

Estudio descriptivo de los pacientes polimedicados –PPM- (diez o más fármacos diferentes) ingresados en la Unidad de Crónicos del Área Sanitaria de Ferrol (La Coruña).

MATERIAL Y MÉTODO

Pacientes ingresados en la Unidad de Crónicos del Hospital Naval de Ferrol desde el 1 de octubre hasta el 31 de diciembre de 2011. Además de los datos demográficos habituales, se registraron los fármacos que tomaban en su domicilio previo al ingreso, el número de ingresos y la estancia en los 3 y 12 meses previos, así como el número de visitas al servicio de urgencias y a las consultas externas en esos meses. Se analizaron los diagnósticos principal y secundarios además del número de patologías crónicas según la clasificación de Ollero y cols y la escala de Barthel. Los datos se trataron con el paquete estadístico SPSS, versión 13.0.

RESULTADOS

Se estudiaron 208 pacientes (105 mujeres, 103 hombres), con una edad media de 79,6 años (26-98 años) y un Barthel medio de 55,8. Cumplían criterios de pluripatológicos el 47,1% (98) de los enfermos. El número medio de fármacos por paciente fue de 6,7. Ochenta y seis (41,3%) cumplía criterios de PPM. El porcentaje de mujeres y hombres fue similar (45 y 41 respectivamente). De los PPM, el 56,5% estaba en el grupo entre 75 y 85 años. Porcentualmente, respecto del total de pacientes ingresados por grupos de edad, además de este grupo, donde el 52% está polimedicado, el grupo de ingresados con menos de 65 años ocupa el segundo lugar con un 50%, mientras que en el grupo de más de 85 años, sólo están polimedicados el 27%. Cuando se analizó el Barthel (105 pacientes), fue mayor el porcentaje de PPM entre los pacientes independientes (Barthel 100) que en los pacientes con ligera dependencia (Barthel > 65). No se encontraron diferencias, sin embargo en cuanto el porcentaje de PPM entre los pacientes con pluripatología (dos o más enfermedades crónicas) y el resto. Sí hubo diferencias significativas en cuanto a mortalidad ($p<0,01$) entre los PPM (15 pac; 17,4%), frente al resto (9 pac; 7,4%). Al analizar los diagnósticos secundarios de los PPM se encontró un incremento significativo de la frecuencia de: hipertensión, cardiopatía hipertensiva, insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica, obesidad, diabetes, retinopatía diabética, la anemia ferropénica, el síndrome depresivo y caso social. En sentido contrario, fue significativa una menor prevalencia de demencia entre los PPM. Respecto de los fármacos utilizados, fueron significativos, por exceso, entre los PPM los nitratos, los suplementos (Calcio, Hierro, Vitamina B12 y ácido fólico) y la lactulosa, mientras que lo fueron por defecto los psicótropos (44,2% en los PPM frente al 60,7% del resto). Cuando se analizó el consumo de recursos, un 25% de los PPM habían ingresado al menos 3 veces en el último año frente al 8% del resto ($p< 0,01$) y en un porcentaje similar habían acudido al servicio de urgencias en 5 ó más ocasiones durante el mismo periodo (24,4% frente a 7,4%; $p< 0,01$). También se observó un mayor número de pacientes con 6 ó más consultas al año entre los PPM (19,8% frente a 9,8%; $p<0,05$).

CONCLUSIONES

Hemos apreciado un elevado porcentaje de pacientes polimedicados, claramente relacionados con la presencia de cardiopatía e insuficiencia cardiaca. Con una mortalidad mayor que el resto, demuestran, además un mayor consumo de recursos.

B-104 DESCRIPCIÓN Y EVOLUCIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LAS PERSONAS MAYORES: RESULTADOS DE UN AÑO DE SEGUIMIENTO. ESTUDIO KOS-FRÁGIL

A. Diez Ruiz[1], P. Lopetegi Uranga[1], J. Núñez Barrio[1], I. Sánchez Martín[1], A. Bueno Errandonea[1], I.Vergara Micheltorena[2], I. Ugarte Redondo[2]

[1]Centro de Atención Primaria. Osakidetza. Errenteria-Beraun. (Guipúzcoa)

[2]Unidad de Investigación Atención Primaria Gipuzkoa. Osakidetza. (Guipúzcoa)

OBJETIVOS

Describir la capacidad funcional de las personas mayores de 75 años, así como el cambio de esta durante un año de seguimiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo en el contexto de un estudio de cohortes diseñado para la identificación de los determinantes de la evolución a la dependencia. Se estudió una muestra final de 166 personas de 75 ó más años, autónomos y pertenecientes a tres centros de salud participantes en el estudio durante 1 año. Se analizó su situación basal en términos de funcionalidad, autonomía y comorbilidad, entre otras y su evolución a los 6 y a los 12 meses de seguimiento.

RESULTADOS

El 64% eran mujeres, con una edad media de 79,4 (4,09) años. El valor medio del índice de Barthel basal era de 97,83 (3,87), el 65% tomaba 4 fármacos o más y el 68.18% consideraba que su salud era buena o muy buena. A los 12 meses se produjeron 4 muertes y empeoramientos significativos en los valores del índice de Barthel (p<0.01), del índice de Lawton en las mujeres (<0.01), del test de la velocidad de la marcha (p<0.001) respecto al basal y en el test de levántate y anda (p<0.001) al comparar los valores a los 6 y 12 meses.

DISCUSIÓN

La población de personas mayores constituye un grupo poblacional heterogéneo con variados perfiles de necesidades en salud. Los mayores frágiles son uno de estos subgrupos y constituyen un reto para los sistemas de provisión de servicios sanitarios y sociales, ya que dada su situación, las intervenciones adecuadas podrían retrasar su evolución hacia la dependencia. El estudio KOS, desarrollado en el ámbito de la atención primaria, tiene como objetivo describir el proceso de evolución hacia la dependencia de las personas mayores, así como identificar aquellos determinantes que mayor impacto tienen en dicha evolución con el objetivo final de desarrollar una herramienta útil para identificar a este subgrupo de personas mayores.

CONCLUSIONES

A los 12 meses de seguimiento de una cohorte de personas mayores autónomas y con un buen estado de salud basal, se observa un deterioro en todos los parámetros que miden la autonomía y la capacidad funcional, que evolucionan de forma paralela. El análisis de una cohorte de personas mayores, permite describir el proceso de evolución hacia la dependencia.

Tabla. RESULTADOS PRELIMINARES 12 MESES (B-104)

VARIABLE	BASAL	6 MESES	12 MESES
INDICE DE BARTHEL. (0-100)	98	97.09	97.19
ESCALA DE GIJON. (0-25)	10.05	9.97	9.78
LAWTON BRODY HOMBRE/O-5/ MUJER/0-8/	 4.56 7.75	 4.45 7.55	 4.46 7.54
LEVANTATE Y ANDA	13.73	13.30	13.84
TEST DE VELOCIDAD	1.39	1.2	0.98

B-105 CONOCIMIENTO DEL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS POR EL PACIENTE CRÓNICO QUE ACUDE AL SERVICIO DE ATENCION AL PACIENTE (SAIP)

D. Ibáñez Gallardo, M. Gil Estevan, S. Clar Gimeno, P. Lucas Martínez
Servicio de Atención al Paciente (SAIP). Hospital de Elda Virgen de la Salud. Elda (Alicante)

OBJETIVOS

Evaluar el conocimiento del documento de Voluntades Anticipadas (DVA) en pacientes con enfermedades crónicas que acuden al Servicio de Atención al Paciente (SAIP).Conocer predisposición e intervención en redactar y registras el DVA

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal e intervencionista sobre pacientes con enfermedad crónica atendidos en el (SAIP). Se efectuó una entrevista-encuesta oral anónima sobre los aspectos de conocimiento y opinión de su enfermedad y del testamento vital. La población objeto del estudio incluyó a lo pacientes que acudieron al SAIP durante el periodo comprendido de Septiembre 2009 a Diciembre 2011. Los criterios de inclusión fueron estar diagnosticado de una enfermedad cuya evolución natural conlleve un acortamiento de la expectativa de la vida y estuviera descrito en su historia de salud informatizada ABUCASIS. La persona encargada de recoger los datos era el Enfermero Jefe de la Unidad de Atención al paciente del Hospital de Elda (Alicante) en horario de de 8.00 a 15.00 horas de Lunes a Viernes. Los datos se recogieron en una base de datos SPSS para Windows versión 14.0. Se utilizo un cuestionario-encuesta anónimo autocumplimentado, diseñado y validado por el equipo investigador para la consecución de objetivos de este estudio. Se definieron dos variables dependientes. La primera fue la del conocimiento de las voluntades anticipadas y la segunda la predisposición a registrarlas. Los datos clínicos demográficos se consideran variables independientes

RESULTADOS

Se entrevistaron a 225 pacientes, con enfermedades crónicas con capacidad suficiente para contestar a una entrevista. Se les solicito su consentimiento verbal, explicándole el origen del estudio y se garantizaba la confidencialidad y anonimato de los datos. De estos accedieron a su colaboración en el estudio 195 (73%) La edad media fue de 61 años en las mujeres y 57 años en los varones. El nivel de estudios primarios fue del 78%;Tipo de enfermedad crónica de los pacientes Enfermedad pulmonar obstructiva Crónica (42%), Insuficiencia Cardiaca(33%),Insuficiencia renal Crónica(16%) otras (9%). Ingresos hospitalarios recientes en los dos últimos años el (68%). Registro de Voluntades anticipadas en el SAIP 112 pacientes (57%). Conocimiento de su enfermedad crónica (93% Si), Personal sanitario que le haya informado del DVA (95% No)

DISCUSIÓN

A tenor de los datos recogidos, los pacientes con afectos a Enfermedades crónicas tienen un desconocimiento de la existencia del DVA, asi como la poca o escasa información que recibe del personal sanitario (médico y enfermera). El DVA es un paso más en el respeto al principio bioético de autonomía y responde a la necesidad de que el paciente pueda reflejar su voluntad cuando por incapacidad no pueda manifestarla directamente. En los últimos años se ha ido perfilando el concepto de muerte digna, y aunque hay un acuerdo tácito sobre el derecho a morir con dignidad, los puntos de vista de pacientes terminales crónicos, los familiares, los ciudadanos, lo médicos y los enfermeros no son siempre coincidentes. En España se ha comprobado que entre los pacientes crónicos es escasa la información sobre las voluntades anticipadas según refiere el estudio de Antolin A, Ambrós A.et al.donde se objetivo que solo el 19 % conoce el DVA y solo el 3% lo han hablado con su médico de cabecera.

CONCLUSIONES

El presente estudio destaca un desconocimiento general del DVA en pacientes con enfermedades crónicas, la enfermería debería ser un elemento clave informador por ser el personal que permanece más tiempo en contacto proporcionando cuidados de salud a los pacientes. El DVA es una herramienta facilitadora de la comunicación entre pacientes crónicos y personal sanitario

B-106 PROVISIÓN DE NUEVOS SERVICIOS PARA LAS PERSONAS MAYORES: PROYECTO HOUSGAI

E. Urdaneta[1], G. Zamora[1], A. Zubillaga[2], N. Galdona[1], M. Sancho[1], J. Yanguas[1]

[1]Investigación. Fundación Ingema. San Sebastián (Guipúzcoa)

[2]Transferencia. Matia Innova. San Sebastián (Guipúzcoa)

OBJETIVOS

Este proyecto tiene como objetivo identificar los elementos necesarios para diseñar nuevos modelos de atención socio-sanitario que permitan a las personas mayores envejecer en su propio domicilio integrando aspectos de asistencia socio-sanitaria, adaptabilidad del entorno y la integración de tecnologías y servicios ya existentes y nuevos servicios. Los componentes centrales del proyecto son: (a) la caracterización de los diferentes niveles de dependencia y su impacto en las Actividades Básicas de la Vida Diaria así como en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria; b) la innovación en sistemas y productos arquitectónicos específicos para la rehabilitación de la vivienda; (c) la rehabilitación o adecuación de viviendas; (d) la rehabilitación de edificios, con eficiencia energética y con confort; (e) equipamientos y dispositivos; y, (f) la definición de un modelo de atención y provisión de servicios. En el proyecto participan 14 empresas y 7 centros tecnológicos o de investigación.

MATERIAL Y MÉTODO

La ayuda a domicilio se define y aplica de diferentes maneras en Europa. Del mismo modo, la evidencia sobre la efectividad de la ayuda a domicilio es compleja y diversa y, por tanto, supone un reto recopilar y analizarla para poder tomar decisiones informadas. Este informe se ha realizado con el objetivo de ofrecer una revisión sistemática de los diversos aspectos de la ayuda a domicilio, con base en la evidencia disponible en Europa. Pretende ampliar la comprensión de los múltiples aspectos (organizativos, de provisión del servicio, financiación y gestión) de la ayuda domiciliaria. No en vano, la provisión de servicios a domicilio podría constituirse en el futuro en una parte integral e indispensable del sistema de salud, abriendo a su vez un nuevo mercado a distintos proveedores de servicios.

RESULTADOS

En el caso de una persona con necesidad de apoyo para poder pedir ayuda ante una urgencia, podría ser suficiente ofrecer un servicio de teleasistencia si la persona presenta un grado de dependencia moderado. En cambio, si la persona presenta un mayor grado de dependencia por tener un deterioro cognitivo, podría ser necesario complementar este servicio con un sistema de telealarma o GPS para compensar una posible situación de desorientación espacial. Por último, si la persona presenta una gran dependencia por un deterioro cognitivo avanzado, sería imprescindible ofrecer un servicio de acompañante que pudiera pedir ayuda en una situación de urgencia.

DISCUSIÓN

Es posible segmentar a los usuarios de los servicios de ayuda a domicilio en función de su grado de dependencia y las tareas concretas para las que necesitan un mayor apoyo. De esta forma, se puede diseñar un paquete de servicios que den respuesta a las necesidades de apoyo concretas que tiene la persona. Además, en función de su grado de dependencia se podrá determinar la necesidad de ofertar uno o varios servicios a la vez como apoyo a cada una de las actividades para las que la persona presenta una necesidad de apoyo.

CONCLUSIONES

HousGai espera contribuir en la construcción de una mejor oferta de atención sociosanitaria de cara a las necesidades de la sociedad actual y futura

B-107 ATENCIÓN EN LA TRANSICIÓN; REFORZANDO ALIANZAS

O. Telletxea Rodríguez[1], R. González Macho[2], C. Alonso Nogales[3], S. Elguea Villares[4], R. Mazariegos Antolin[5], M. Ramírez Villamor[6], M. Vázquez Vázquez[6]

[1]Enfermera Gestora, [3]Supervisora Medicina Interna, [4]DUE Medicina Interna, [5]AE Medicina Interna, [6]Supervisión Tarde. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya)

[2]Enfermera Gestora. C.S.Alango. Getxo (Vizcaya)

OBJETIVOS

Basándonos en los resultados obtenidos en el Piloto Enfermeras Gestoras y comprobando que con un buen Programa de Atención en la Transición disminuye el numero de reingresos y aumenta la satisfacción de pacientes, cuidadores y profesionales, nuestro siguiente objetivo es: -Implementar un Programa de Atención en la Transición liderado por enfermeras. -Realizar intervenciones educacionales contemplando seguimiento hospitalario, visita domiciliaria y contactos telefónicos. -Aportar a pacientes y familiares una herramienta eficaz encaminada a dar conocimientos, destrezas, habilidades y actitudes que les faculten para prestar cuidados de calidad. -Evitar reingresos, reagudizaciones, sobrecargas del cuidador. -Reducir costes.

MATERIAL Y MÉTODO

-Creación de un Protocolo de Atención en la Transición, incluyendo formación de pacientes y cuidadores, comenzando a nivel hospitalario y continuando en Atención Primaria. -Mejorar los canales de comunicación entre los diferentes equipos asistenciales. -Selección de la población diana. -Difusión del programa entre profesionales implicados. -Implementación del programa. -Recogida y Evaluación de los indicadores de proceso, conocimientos y satisfacción.

RESULTADOS

Este es un Proyecto que se esta implementando en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Cruces y las Comarcas de Uribe y Ezkerraldea y es liderado por Enfermeras Gestoras. Los resultados esperados son: -Aumento de los conocimientos y seguridad en el cuidado de los pacientes tras una hospitalización. -Aumento de la implicación de los profesionales y responsables sanitarios en la Atención en la Transición. -Reducir reingresos y reagudizaciones. -Disminuir sobrecargas del cuidador. -Reducir costes.

DISCUSIÓN

La bibliografía apunta que programas de Atención en la Transición, ayudan a pacientes y familiares a mejorar su cuidado, aumenta su seguridad en la realización de técnicas de cuidado, proporcionan mayor satisfacción y son mucho menos propensos a reagudizaciones y reingresos, reduciendo así costes sanitarios. Las enfermeras tienen un papel primordial proporcionando cuidados de calidad, información y formación a pacientes y cuidadores.

CONCLUSIONES

Entendemos que éste es un proyecto viable utilizando tan solo los recursos ya existentes. Con un programa de formación unificado y consensuado entre ambos niveles asistenciales y asegurando su continuidad en la transición se puede conseguir contemplar una formación de calidad aportando tanto a usuarios como a profesionales seguridad y satisfacción teniendo como objetivo final la mejora de la calidad asistencial. Las enfermeras realizan un papel primordial proporcionando cuidados, información y formación a pacientes y cuidadores. Implementando este programa de manera precoz desde el hospital y asegurando su continuidad en Atención Primaria, se va a proporcionar grandes beneficios de salud y ser costo-efectivos.

B-108 CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN EL PACIENTE CRÓNICO. SECTOR SANITARIO ZARAGOZA II

T. Tolosana Lasheras[1], E. Tobajas Señor[1], P. Tabuenca Espada[1], M. Clerencia Sierra[2], P. Navarro García[2], C. Gavara Gimeno[2]

[1]Salud. Atención Primaria. (Zaragoza)

[2]Salud. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

OBJETIVOS

1º Ajustar la intervención sanitaria según necesidades del paciente/cuidador principal, optimizando los recursos sociosanitarios 2º Implicación activa del paciente y cuidador 3Intervención en A.P. mas centrada en prevención y recuperación funcional mantener a los pacientes en su entorno, evitando en la medida de lo posible hospitalizaciones prevenibles 4º Intervenciones multiprofesionales médico/enfermera/trabajador social

MATERIAL Y MÉTODO

En febrero de 2011 desde la Dirección parte la iniciativa de establecer una estrategia avanzada en el abordaje del crónico, con colaboración entre los dos niveles. Se comenzó con la detección del paciente crónico de alto riesgo, estratificando dicho riesgo, desde la Unidad de Valoración Sociosanitaria. Utilizando el Índice PROFUND, que los estratificaba en 4 grupos. En mayo se comenzó por la unidad hospitalaria de neumología donde se definieron que pacientes con ingreso en la unidad que reunían criterios para ser etiquetados de “alto riesgo”.se realizó en las siguientes fases: -Trasmitir la información, de los pacientes de alto riesgo, mediante informe específico, a Primaria. Previamente se explicó el proyecto a las responsables de enfermería. -Realización de una intervención especifica que debería centrarse en aquellos aspectos que se definan como carencia -Evaluación, al conocer el número de veces que esos pacientes han

acudido al hospital en los últimos dos años, podremos valorar si la intervención ha sido útil o por lo contrario no ha variado.

RESULTADOS

Fecha inicio seguimientos: 1/junio/2011 (fecha primera alta etiquetada PCC) Fecha recogida datos: 1/febrero/2012. Pacientes PCC = En seguimiento 49 (+ 8 eliminados) Procedencia: Digestivo = 4 (desde 15/octubre/2011) Neumología = 45 (desde 16/junio/2011) Pacientes que han reingresado: 25 1reingreso=20; 2reingresos=3; 3reingresos=1;4reingresos=1 Fallecidos: 9 PCC con Barthel = 21 Barthel realizado tras el Alta = 5 (de ellos, 4 fallecidos) Barthel anterior = 16 Pacientes con Plan de Cuidados = 4 Plan de Cuidados tras el Alta = 2 Plan de Cuidados anterior = 2

DISCUSIÓN

Seguimos pensando que el seguimiento especial en Atención Primaría es muy útil a la hora de evitar reingresos en este tipo de pacientes, pero llegar a todos los profesionales de primaría es complicado.

CONCLUSIONES

Los datos de la evaluación no han sido todo lo deseables que se habrían esperado.

Parece que el mensaje no ha calado en la enfermería de atención primaria que no ha modificado apenas su trabajo con este tipo de pacientes, por lo que habría que insistir en este ámbito

B-109 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL.

A. Albarracín Arraigosa, A. Ruz Zafra, C. Luque Amado, M. González Benítez, A. Muñoz Claros, I. Gallardo Romero, A. Ruiz Cantero

Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)

OBJETIVOS

La cronicidad y el envejecimiento de la población lleva consigo un aumento en la prevalencia de personas y un mayor uso de los recursos sanitarios. Nuestro objetivo fundamental fue conocer el perfil de nuestros pacientes pluripatológicos y el uso de recursos de hospitalización y de consultas que requieren.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo entre las altas del Servicio de Medicina Interna de nuestro centro desde Enero 2010 a Diciembre 2010. Se seleccionaron los pacientes que cumplían criterios de pluripatología según la definición del Proceso de Atención al Paciente Pluripatológico. Tras su primer ingreso en 2010 se realizó seguimiento de los pacientes hasta el 31/12/2011. Las variables analizadas fueron edad, sexo, categorías clínicas definitorias de pluripatología, días de estancia hospitalaria, tiempo de seguimiento, fallecimiento (durante el ingreso o posterior), número de ingresos posteriores en Medicina Interna y el número de consultas en atención primaria, urgencias y atención especializada posteriores al ingreso. El análisis estadístico se realizó con el programa R 2.13.2. Se han resumido las variables mediante frecuencias y porcentajes en el caso de las cualitativas y medias y desviación estándar para las cuantitativas (mediana y rango intercuartílico en variables asimétricas).

RESULTADOS

Se identificaron 277 pacientes pluripatológicos (hombres 163, 58.5%), con una edad media de 76.9 ± 8.6 años y con 2.44 categorías definitorias de pluripatología de media por paciente. Las categorías más frecuentes fueron: A (patología cardiaca) 203, 73.3%, E (patología neurológica) 116, 41.9%, C (insuficiencia respiratoria) 102, 36.8%, B (vasculitis o enfermedad renal crónica) 102 (36.8%). La mediana de estancia hospitalaria fue 10 (6 -15). La mediana de tiempo de seguimiento tras el alta fue de 535 días (270 - 634). Hasta el final del seguimiento fallecieron un total de 88 pacientes (31.8%), 37 (42% de los fallecidos) durante el ingreso. Los 240 pacientes que sobrevivieron al ingreso generaron un total de 188 nuevos ingresos en Medicina Interna, 491 atenciones en Urgencias, 329 consultas en Atención Especializada y 2081 consultas en Atención Primaria.

CONCLUSIONES

Los pacientes pluripatológicos atendidos en nuestra Área Sanitaria son mayoritariamente hombres y de edad avanzada. A pesar de la alta mortalidad (casi un tercio de los paciente fallecen en año y medio de seguimiento medio) consumen una cantidad de recursos muy elevada, tanto como nuevos ingresos en Medicina Interna como en atención en consultas a todos los niveles (urgencias, atención especializada y atención primaria).

B-110 RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

A. Ruz Zafra, A. Albarracín Arraigosa, M. González Benítez, C. Luque Amado, A. Muñoz Claros, I. Gallardo Romero, A. Ruiz Cantero

Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)

OBJETIVOS

Estamos asistiendo a un envejecimiento progresivo de la población, con frecuentes enfermedades crónicas y aumento progresivo de la prevalencia de pacientes pluripatológicos. Muchas de las categorías de pluripatología están relacionadas con el riesgo cardiovascular por desarrollo de enfermedades de órgano diana. Nuestro objetivo fundamental fue describir el perfil de riesgo cardiovascular de los pacientes pluripatológicos ingresados en el Servicio de Medicina Interna de un hospital comarcal, así como las categorías de pluripatología más frecuentes.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo entre las altas del Servicio de Medicina Interna de nuestro centro desde Enero 2010 a Diciembre 2010. Se seleccionaron los pacientes que cumplían criterios de pluripatología según la definición del Proceso de Atención al Paciente Pluripatológico. Las variables analizadas fueron edad, sexo, categorías clínicas definitorias de pluripatología, eventos cardiovasculares y principales factores de riesgo cardiovascular (HTA, diabetes, dislipemia, tabaquismo incluyendo fumadores activos y exfumadores). El análisis estadístico se realizó con el programa R 2.13.2. Se han resumido las variables mediante frecuencias y porcentajes en el caso de las cualitativas y medias y desviación estándar para las cuantitativas (mediana y rango intercuartílico en variables asimétricas).

RESULTADOS

Se identificaron 277 pacientes pluripatológicos (hombres 163, 58.5%), con una edad media de 76.9 ± 8.6 años y con 2.44 categorías de pluripatología de media por paciente. Las categorías clínicas definitorias de pluripatología más frecuentes fueron: A (patología cardiaca) 203, 73.3%, E (patología neurológica) 116, 41.9%, C (insuficiencia respiratoria) 102, 36.8%, B (vasculitis o enfermedad renal crónica) 102 (36.8%). La mediana de estancia hospitalaria fue 10 (6 - 15). Del total de pacientes estudiado, habían sufrido algún evento cardiovascular (IAM o ictus) 162 sujetos (59.1%). La prevalencia de los principales factores de riesgo cardiovascular fue: HTA 232 (83.8%), diabetes 135 (49.1%), dislipemia 91 (32.9%), tabaquismo 68 (24.5%). Todos los pacientes (100%) presentaban alguno de los dos factores de riesgo cardiovascular más frecuentes (HTA o diabetes).

CONCLUSIONES

El riesgo cardiovascular probablemente constituye la base fisiopatológica del desarrollo de pluripatología en nuestros pacientes. La HTA de larga evolución está presente casi en la totalidad de los casos. El control precoz y adecuado de los factores de riesgo cardiovascular podría ayudar a frenar el aumento de prevalencia de pluripatología (que probablemente seguirá incrementándose por el envejecimiento poblacional).

B-111 IMPLEMENTACIÓN DE UNA RUTA ASISTENCIAL DE INSUFICIENCIA CARDIACA. EVALUACIÓN PRELIMINAR DE LA SITUACIÓN ACTUAL MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE INDICADORES CLÍNICOS

R. San Vicente Blanco[1], M. Irizar Aranburu[2], K. Zabaleta Elosegi[3], O. Uriarte Méndez[4], I. Larrañaga Kortabarri[1], A. Idoate Gastearena[5]

[1]Osakidetza. OSI Goierri- Alto Urola/ C.S. Zumarraga. Zumarraga (Guipúzcoa)
[2]Osakidetza. OSI Goierri-Alto Urola/C.S. Idiazabal. Idiazabal (Guipúzcoa)
[3]Osakidetza. OSI Goierri-Alto Urola / Itsasondo. Itsasondo (Guipúzcoa)
[4]Osakidetza. OSI Goierri-Alto Urola/C.S. Legazpi. Legazpi (Guipúzcoa)
[5]Osakidetza. OSI Goierri-Alto Urola / Hospital de Zumarraga. Zumarraga (Guipúzcoa)

OBJETIVOS

Conocer el estado actual de algunos indicadores que se utilizarán en la evaluación de una ruta asistencial Atención Primaria- Especializada en una organización asistencial sanitaria integrada, con el fin de compararlos tras la implementación de la ruta durante un año.

MATERIAL Y MÉTODO

Utilizando la base de datos de la aplicación informática Osabide se han analizado algunos de los indicadores previamente consensuados entre profesionales de primaria y cardiología, que constituirán la base de la evaluación tras la aplicación de la ruta durante de un año en 7 unidades de Atención Primaria.

RESULTADOS

Hemos encontrado una prevalencia media de IC del 1,3%. Un 50,5% de los pacientes están en tratamiento con IECAs o ARAII, y un 47% en tratamiento con beta-bloqueantes. El 2,5% de pacientes con IC tenían registrados datos de seguimiento por enfermería en el último año.

DISCUSIÓN

La prevalencia detectada de IC en nuestros centros es baja si tomamos como referencia la prevalencia observada en diversos estudios (hemos tomado como referencia el estudio PRICE con una prevalencia media del 6,8% en >45 años). El tratamiento con IECA-ARA II y beta-bloqueantes de los pacientes con IC puede considerar un resultado aceptable si lo comparamos con los datos de otros estudios, donde su utilización es menor, sobre todo en lo referente a beta-bloqueantes. El dato más llamativo es el escaso seguimiento de los pacientes con IC por parte de enfermería, que refleja de forma indirecta un abordaje insuficiente a estos pacientes en el ámbito de la Atención Primaria.

CONCLUSIONES

Los datos observados reflejan por una parte el infradiagnóstico de la IC, y por otra el escaso seguimiento de la enfermedad en Atención Primaria.

Tabla. Indicadores de una ruta asistencial sobre IC (evaluación previa) (B-111)

Indicador	Resultado	Estándar
Cobertura: Prevalencia IC encontrada/prevalencia PRICE (6,8%)	1,3%/6,8%= 19%	40%
Tratamiento: % pacientes IC en tratamiento con IECA o ARA2	50,5%	50%
Tratamiento: % pacientes IC en tratamiento con betabloqueantes	47%	50%
Enfermería: % pacientes con IC con registro de evaluación (TA, FC, Peso, edemas) en el último año/Total IC	2,5%	50%

B-112 ¿CÓMO SE SIENTEN NUESTRAS CUIDADORAS?

T. Martínez Mayordomo, A. Muñoz Valpuesta, M. Sancho Pons, F. Algora Rengel, C. Barrios Marta, R. Balaguer Alos
Departamento de Salud Valencia - Doctor Peset. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL: Mejorar la atención a los Cuidadores de los pacientes frágiles susceptibles de Gestión de casos. OBJETIVOS ESPECÍFICOS: • Conocer a los cuidadores de los pacientes diana. • Identificarlos: Remunerados o no. • Valorarlos para conocer sus necesidades y actuar sobre ellos mediante talleres si lo precisan.

MATERIAL Y MÉTODO

Población objeto de estudio fueron el total de las cuidadoras de personas dependientes e inmovilizadas en domicilio, incluidas en cartera de servicio en dos Centros de Atención Primaria de Valencia: Centro de Salud Fuente San Luis y Centro de Salud Padre Jofre por ser los centros piloto en el programa de Gestión de casos que está implantándose en el Departamento y que han sido derivados desde el Hospital Doctor Peset. Para que fuesen incluidas en este estudio era necesario ser cuidadoras de al menos tres meses de tiempo de evolución, por lo que se reviso las fechas de inclusión en dicha cartera de servicios. Utilizamos el Test de Zarit, cuestionario autoadministrado para la cuidadora con 21 ítems, con respuesta tipo escala likert (1-5). Los valores correspondientes a las opciones de respuesta son: 1.= Nunca; 2.= Rara vez; 3 = Algunas veces; 4.= Bastantes veces; 5.= Casi siempre "Estudio de la sobrecarga de las Cuidadoras a través de la escala de Zarit". La recogida de datos se llevo a cabo tras contacto telefónico con las cuidadoras por citación en la consulta de la enfermera investigadora o bien en el propio domicilio de la cuidadora, acordando día y hora pero siempre en ausencia del paciente y asegurando la confidencialidad de las respuestas Los cuestionarios se entregaron a las cuidadoras durante el mes de Enero 2012. En un muestreo de 57 pacientes estudiamos a 33 cuidadoras, una por paciente excepto en los casos en que se cumplían los requisitos de exención del estudio: •5 por fallecimiento, 1 por no ser dependiente, 1 por carecer de cuidadora. Quedando una muestra final de 16 cuidadoras para su estudio.

RESULTADOS

Los resultados se clasifican en tres estados de sobrecarga:
Entre < 22-46 No sobrecarga ……..9 " 46-47 a 55-56 Sobrecarga leve…2 " > 56-110 Sobrecarga intensa……5 TOTAL……16 cuidadoras estudiadas.

CONCLUSIONES

En nuestro pequeño pero significativo estudio hemos podido comprobar que tal y como se dice en el "Plan para la Mejora de la Atención Domiciliaria en la Comunidad Valenciana 2004 – 2007\". Se trata mayoritariamente de mujeres, cuya salud o cuya vida laboral, familiar y social puede quedar afectada por la sobrecarga física y emocional que conlleva cuidar de un enfermo. En nuestro caso han sido 7 esposas, 4 hijas, 1 madre, 2 cuidadoras remuneradas y 2 esposos, con edades que oscilan entre 36 y 83 años, siendo el grupo más numeroso las mayores de 70 años. Las mujeres más jóvenes presentan sobrecarga intensa, conocemos que el cuidado de su familiar va añadido a sus labores en el hogar más su actividad laboral y llama la atención en el resultado que las dos cuidadoras remuneradas no presentan sobrecarga, esto podría ser objeto de estudio en futuros trabajos ya que dedican las 24h al cuidado.

B-113 SITUACIÓN SOCIAL DE LOS PACIENTES. HOSPITAL DE CRÓNICOS DE MISLATA

R. Valera Lloris, V. Pérez Escamilla, R. Franco López
[1]HACLE. Hospital Cronicos de Mislata. Departamento 23. Mislata (Valencia)

OBJETIVOS

El Hospital de Crónicos de Mislata (Antiguo Hospital Militar Vázquez Bernabeu) inicio su labor como hospital de crónicos de corta y larga estancia el 1 de mayo del 2010, formando parte del departamento de Manises (Dpto. 23), con el objetivo de dar una mayor calidad asistencial y una atención integral biopsicosocial. El objetivo es realizar un estudio de la situación social de los pacientes ingresados durante el 2010.

MATERIAL Y MÉTODO

• Valoración al ingreso del riesgo de social, mediante la escala de valoración socio familiar, con el fin de identificar los pacientes en situación de riesgo familiar y posterior intervención para apaliar los factores de riesgo. • Se diseña una tabla con las variables sociales más relevantes

RESULTADOS

Más del 30% de los pacientes ingresados en el Hospital de Crónicos de Mislata no dispone de una red de apoyo familiar. Un 18% presenta conflictos graves o relaciones muy deterioradas que conllevan que la familia no apoye al paciente durante su estancia hospitalaria, ni si quieran acudan a visitarlos de forma regular. Otro 14% se encuentra completamente solo, sin ningún tipo de familia y se activan los recursos sociales pertinentes. Barreras arquitectónicas, un 60% de nuestros pacientes reside en una vivienda con barreras arquitectónicas, lo que dificulta su reincorporación tras el alta hospitalaria a su entorno doméstico porque no pueden realizar con normalidad actividades de la vida diaria que antes realizaban. Desde el centro también destacan un problema añadido: el 6% de los pacientes no tiene vivienda a la que volver tras su estancia hospitalaria. Son personas que antes del ingreso vivían en la calle o acogidos en casa de amigos o conocidos y donde no pueden volver tras el alta. Otra dato importante es la situación económica de la unidad familiar del paciente crónico, ya que un 76% dispone de menos de 700 euros al mes. En la mayoría

de los casos los recursos económicos provienen de una única pensión ya que el cónyuge carece de ella o es el mismo paciente el que no tiene. El perfil de paciente que ingresa en el hospital de crónicos de Mislata generalmente es mayor de 65 años con dependencia física y en ocasiones cognitiva. Esta dependencia puede haberse producido de forma progresiva o bruscamente, siendo necesario, tanto para los familiares como para el paciente, un periodo de adaptación y aceptación de la nueva situación. Cerca de un 58% de nuestros pacientes precisará ayuda para realizar alguna de sus actividades de la vida diaria (ducharse, vestirse, comer) cuando reciba el alta. Un 31% no podrá valerse por sí mismo mientras que sólo un 11% gozará de autonomía

DISCUSIÓN

Desde el IMSERSO se ha realizado el "Estudio general de la dependencia en la Comunidad Valenciana" y se evidencia similitudes con los datos recogidos de pacientes ingresados en el Hospital de Crónicos de Mislata.

CONCLUSIONES

• Necesidad de coordinación con la Consellería de Bienestar Social para la gestión de plazas públicas en centros residenciales para los pacientes sin ningún tipo de apoyo familiar. • Creación de un procedimiento de coordinación con los servicios sociales de los municipios del departamento de Manises para la gestión eficiente de recursos sociales antes del alta. • Mejorar el procedimiento de coordinación con el departamento de autonomía personal y dependencia para agilizar la tramitación de la valoración de dependencia de pacientes que están ingresados en hospitales de crónicos un tiempo prolongado y van a necesitar de ayuda asistencial cuando sean dados de alta

B-114 ESTUDIO SOBRE LA AMPA EN PACIENTES HIPERTENSOS DE DOS CENTROS DE SALUD

R. Delolmo Zamora[1], A. Martín Herruzo[2], J. Díaz-Campo Córdoba[3], S. Martín Herruzo[4], L. Hortal Muñoz[2]

[1]Centro de Salud Puerta Bonita. Madrid
[2]Centro de Salud El Espinillo. Madrid
[3]Complejo Hospitalario de Ciudad Real. Ciudad Real
[4]Hospital de Fuenlabrada. Madrid

OBJETIVOS

Determinar el porcentaje de pacientes hipertensos que realiza la AMPA y en qué medida la realizan de forma adecuada

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo observacional transversal en dos Centros de Salud de Madrid. Se preguntó a los hipertensos que acudieron a consulta durante una semana si tenían tensiómetro en su domicilio, en caso afirmativo realizaron un cuestionario recogiéndose las variables: edad, sexo, número de registros semanales por toma de TA, veces seguidas que se toma la TA en cada control, anotación o no de las cifras de TA y si aportan dichas cifras cuando acuden a controles.

RESULTADOS

Se incluyeron 143 hipertensos, 46 (32.2%) tenían tensiómetro, 28 eran mujeres (60.9%) con edad media 72.84 años, edades entre 45 y 91 años (mediana 74.5 años). El número de tomas semanales variaba de 0 a 14 siendo la media 2.25 (mediana 1), un 8.7% no lo utilizaba nunca. Respecto al número de tomas predominaba toma única (56.5%) frente al 34.8 que hacía 2 ó más. Sólo un 28.3% de pacientes anotaba las cifras y sólo el 23.9% las aportaba en controles

CONCLUSIONES

En este estudio, un tercio de hipertensos tiene tensiómetro en domicilio para realizar la AMPA. Ausencia de una metodología en la AMPA por parte de los éstos. Escasos registros de datos y de aportación de éstos cuando acuden a controles

B-115 EQUIPOS DE SOPORTE EXTERNOS COMO EJE INTEGRADOR DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL A PACIENTES GERIÁTRICOS EN RESIDENCIAS (EAR MUTUAM).

C. Minguell[1], S. González[2], J. Falgueras[1], A. Torner[1], E. Costa[1]

[1]Equipos Soporte Residencial EAR, [2]Unidad de Calidad. MUTUAM. Barcelona

OBJETIVOS

Describir la experiencia de equipos multidisciplinarios externos a las residencias (EAR-MUTUAM) como eje vertebrador de la continuidad asistencial de estos pacientes dentro de la red sanitaria pública para promover una mejor asistencia con criterios de eficiencia y adecuación. Objetivos específicos 1.Describir la metodología de trabajo de los equipos de soporte EAR. 2. Análisis de la actividad asistencial de los equipos durante el año 2011.

MATERIAL Y MÉTODO

MATERIAL: Registro de actividad 2011 de EAR y explotación y análisis con el paquete estadístico SPSS. METODO: Estudio descriptivo observacional retrospectivo: Variables descriptivas de la metodología de trabajo de EAR: -Pacto funcional con los equipos de atención primaria territoriales. -Acuerdo de trabajo con las residencias geriátricas. -Sistemas e instrumentos de coordinación e integración con los equipos de los centros geriátricos. -Cartera de servicios adaptada a los centros residenciales. -Métodos de continuidad asistencial y accesibilidad a los recursos del sistema sanitario público más adecuados. 2- Variables del análisis de los resultados cuanti-cualitativos: -Actividad generada por los equipos de soporte en las residencias. -Resultados de la coordinación y continuidad asistencial entre servicios. -Resultados en eficiencia y racionalización de recursos públicos: gasto en prescripción y

consumo de recursos hospitalarios y especializados. -Actualización, elaboración y difusión de protocolos. -Soporte en formación a los equipos residenciales.

RESULTADOS

Trabajo en fase de análisis de datos.

DISCUSIÓN

La población geriátrica frágil consume gran parte de los recursos sanitarios y el sistema sanitario se plantea nuevos retos para garantizar su asistencia con criterios de eficiencia. En las residencias geriátricas se concentran un alto porcentaje de morbilidad y fragilidad sin embargo presentan una alta heterogeneidad tanto en la intensidad de recursos sanitarios como en su especialización. El Servei Catalá de la Salut (CatSalut) en el 2009 concertó a la empresa MUTUAM, por concurso público, unos equipos interdisciplinares expertos en geriatría (EAR) como experiencia piloto de soporte a la Atención Primaria en Barcelona. La cartera de servicios es amplia, altamente accesible y con capacidad resolutiva y de gestión. El modelo aplicado se basa en prestar una asistencia pluridisciplinar, especializada, integrada en el ámbito comunitario y coordinada con el resto de la red sanitaria y sociosanitaria, situando así al equipo EAR en el eje de la continuidad asistencial del paciente.

CONCLUSIONES

Los datos preliminares orientan que: la intervención de equipos especializados de soporte externo, mejoran la eficiencia de la asistencia al paciente crónico complejo en residencias geriátricas y orientan hacia la continuidad asistencial.

B-116 INICIO DE UN PACIENTE CRÓNICO

L. Santiago Fernández, A. Pedro Pijoan, E. García Muñoz, E. González Platas, E. Ollé Roig, S. Del Amores

Atención Primaria. Consorci Sanitari Integral/ ABS Gaudí. Barcelona

OBJETIVOS

Prevenir riesgos cardiovasculares en pacientes jóvenes e individualizar la educación sanitaria a seguir por parte de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente mujer de 37 años que acudió al CAP por síntomas compatibles con debut de diabetes (poliuria, polidipsia, polifagia) en abril del año 2011. Se solicitó analítica urgente, pero no acudió a recoger los resultados. Durante una visita en julio, por otro motivo, se solicitó analítica para control de hiperglucemia, en la que se objetivaron hiperglucemia y dislipemia (glucemia 126 mg/dl, glicada 6,3, colesterol 199 mg/dl, HDL 48,9 mg/dl, triglicéridos 190 mg/dl), así como alteración en valores hepáticos; durante la visita se objetivó también hipertensión arterial. Se añaden como antecedentes médicos obesidad y múltiples antecedentes familiares cardiovasculares; trabajaba en una pastelería. Se diagnosticó síndrome metabólico y se citó con la enfermera de referencia para iniciar educación sanitaria sobre medidas higiénico-dietéticas para modificar hábitos. Tres meses después, al acudir a recoger los resultados de la analítica de control (en octubre), se observó un empeoramiento general (glucemia 160 mg/dl, glicada 7,6, colesterol 214 mg/dl, HDL 51,6 mg/dl, triglicéridos 142 mg/dl, GGT 46, GPT 35). Se reforzaron las medidas HD, y se volvió a informar sobre los riesgos de mantener ese estilo de vida y esas cifras analíticas; se inició Metformina 1.0.0 un mes y 1.0.1 dos meses y se citó para nueva analítica de control a los 3 meses. Se tramitó también interconsulta a cirugía para valoración de by pass gástrico, ya que el IMC de la paciente era por aquel entonces de 46,7. En noviembre se citó para reforzar conceptos, la paciente había introducido cambios en la dieta y había empezado a realizar ejercicio de manera habitual (caminar una media de 3 días a la semana). En la analítica de enero de 2012 se apreciaron cambios notables (glucemia 91 mg/dl, glicada 5,5, triglicéridos 223 mg/dl, GGT 33). Se le felicitó y se animó a mantener hábitos alimenticios y de ejercicio, y se mantiene el tratamiento con ADO. Está pendiente de visita con cirugía.

CONCLUSIONES

Dada la evolución se puede observar los buenos resultados que se pueden obtener realizando mínimos cambios en nuestros hábitos y en nuestro estilo de vida, sobretodo en casos como éste, en los que los factores de riesgo aparecen a una edad muy temprana. Una buena educación sanitaria, adaptada a cada paciente, resulta positiva siempre que se consiga mentalizar del éxito de pequeños cambios, gracias a la colaboración y predisposición del paciente.

B-117 CAPTACIÓN PROACTIVA HOSPITALARIA COMO PARTE DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE CRÓNICO. PROYECTO TERRITORIAL

L. García[1], C. Farré[1], C. Jardí[1], S. Valverde[1], C. Martínez[1], I. Mestres[1], G. Vaquer[1], L. Privat Marce[2]

[1]Unidad de Continuidad Asistencial. Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta. Girona

[2]Dirección de Enfermería. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta De Girona. Girona

OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN. La captación proactiva es el proceso de identificación de personas en situación de un problema de salud. Como novedad, en la captación proactiva, valora con antelación los pacientes que tienen un problema o situación social que pueden retrasar la salida del paciente del hospital. Objetivos: -Describir el proceso de captación proactiva a los siete meses de funcionamiento de la Unidad de Continuidad Asistencial (UCA). -Comparar la planificación al alta desde el ingreso del paciente entre los primeros cinco meses del 2011 y los siete meses restantes con funcionamiento de la UCA

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio comparativo. La población estaba formada por todos los pacientes de los 7 Centros de Salud que tienen el Hospital Dr. Josep Trueta como hospital de referencia. La muestra era de tipo consecutivo. Los criterios de inclusión eran pertenecer a los 7 centros de Salud y ser mayor de 65 años (Captación proactiva). Se excluyeron aquellos pacientes que no pertenecían a estas zonas o que eran de aseguradoras privadas, de CSS y/o de residencias geriátricas. Se analizaron las variables clínicas: grado de dependencia (Índice de Barthel), comorbilidad (I. de Charlson) y riesgo social (Escala Tirs). Se consideraban pacientes que requerían una atención continuada aquellos que reunían uno o más de los siguientes criterios: Barthel inferior o igual a 55, Tirs superior o igual a 1 o Charlson superior a 4. También tenían criterios de continuidad los pacientes con perfil médico diagnosticados de: Insuficiencia cardiaca (IC), Enfermedad pulmonar obstructiva Crónica (EPOC), Ictus. O bien, aquellos pacientes con perfil quirúrgico que eran intervenidos de una prótesis, presentaban curas complejas de difícil resolución, pacientes ostomizados, etc. Se utilizó el módulo de prealt para valorar y garantizar la continuidad asistencial.

RESULTADOS

Durante el 2011 se realizaron 690 prealts, 33,62% se registraban en los primeros cinco meses siendo el aviso antes de 24 horas del alta (58,62%). En los meses de funcionamiento de la UCA, se captaron proactivamente 1185 pacientes. En este período, se registran 453 prealts (66,37%). De los cuales, el 88,44% eran superiores a las 24 horas, resultando el 65,72 % superior a 48 horas y el 55,68 % superior a 72 horas. El aviso antes de las 24 horas descendía situándose en 18,56 %, de estos, 36,47% eran pacientes captados proactivamente que no requerían enlace según el profesional valorador. Durante los meses de funcionamiento de la UCA, el 76,20% de los prealts tenían valoradas las tres escalas observándose una dependencia moderada, un charlson de 3 y un Tirs de 0,69.

DISCUSIÓN

El proyecto pretendía, por una parte, mejorar la calidad en la atención sanitaria de la persona y establecer una comunicación efectiva asegurando la coordinación entre los diferentes profesionales y favoreciendo la continuidad asistencial. Por otra parte, se intentaba reordenar el modelo de crónicos a nivel organizativo en la Atención Primaria. Según la literatura, el enlace inferior a 24 horas se considera un enlace con dificultad, durante los primeros meses del 2011 los prealts estaban situados en esta franja de tiempo. En cambio, a partir de los meses que la UCA empieza a funcionar los enlaces son efectivos, los prealts habían aumentado situándose estos más allá de las 48 horas.

CONCLUSIONES

La reordenación del modelo organizativo y la unificación de las intervenciones favorece la gestión de los pacientes al alta, aumentando el número de prealts enlazados de manera efectiva. Además, estos resultados nos ayudarán a redefinir los criterios de atención continuada entre la Atención Especializada y la Atención Primaria.

B-118 DESCOMPENSACIÓN DE LAS PATOLOGÍAS CRÓNICAS EN PACIENTES QUIRÚRGICOS: ¿DE QUIÉN ES EL PACIENTE?

S. Herranz Martínez[1], C. Nogueras Rimblas[2], E. Campderrich Estrada[3], L. Mora López[4], J. Oristrell Salvà[1]

[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Geriatría, [3]Servicio de Traumatología, [4]Coloproctología. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona)

OBJETIVOS

Revisar y presentar nuestra experiencia de 2 años, donde un Médico Internista (MIn) estaba integrado en los Servicios Quirúrgicos realizando todas las interconsultas (IC).

MATERIAL Y MÉTODO

Un internista integrado en las plantas de CIR y COT (104 camas), con móvil para IC urgentes de otras plantas. El cirujano solicita la valoración médica de manera directa o mediante petición en papel; o enfermería avisa ante una agudización médica. Revisamos los servicios que realizan las IC, los motivos de ingreso en cirugía, las características de los pacientes, los motivos de la consulta, comorbilidad, resultados, seguimiento y mortalidad.

RESULTADOS

Desde febrero-2008 hasta junio-2010, se recibieron 1253 interconsultas. Analizamos 892 pacientes (no incluimos 361 fracturas de fémur). Se trata de 412 mujeres/480 varones, de 18 a 100 años, con edad media de 73a. 674 pacientes(75%) eran mayores de 65 años, y 277(31%) mayores de 80 años, De estos pacientes, 50(5.6%) no tenían ningún antecedente patológico de interés, 575 (64%) eran HTA, 174 eran DM(19%), 304 tenían alguna cardiopatía crónica(34%), 221 eran broncópatas(25%), y 340 pacientes tenían > de 3 patologías(38%). El 30% de los pacientes (268) habían ingresado de manera programada y el 70%(554) habían requerido ingreso urgente. Las interconsultas provenían del Servicio de Cirugía General en 420 casos(47%), de Traumatología 249(28%), Urología 69(7%), Cir vascular 62(7%), Neurocirugía 21(2%) y otros(9%).Los motivos de ingreso más frecuentes fueron: neoplasia en 166 pacientes(18%), siendo la N. de colon la más habitual, infecciones abdominales en 88 pacientes(10%), 89 prótesis de cadera/rodilla programadas (10%), fracturas y politraumatismos 74(8%), 41 casos de arteriopatía periférica(5%), y 26 pacientes con mielopatía o fracturas vertebrales quirúrgicas(3%), entre otros. El motivo de interconsulta más frecuente fue la dísnea en 278 pacientes (31%), arritmias en 90 pacientes (10%), fiebre en 86 casos (9.5%), edemas 65(6%), alteraciones hidroelectrolíticas – Insuf. Renal en 62 pacientes (6%), dolor torácico 59(6%), sd. Confusional, AVC, crisis comicial y otras alt. NRL

en 50 casos (5%). Los diagnósticos respecto a la disnea fueron de 134 pacientes con IC, 111 descompensaciones bronquiales, 49 SIR, 15 neumonías, 6 TEP, en algún caso con más de 1 diagnóstico concomitante. La fiebre fue por infección quirúrgica en 26 pacientes (30%), siendo las neumonías i las infecciones del tracto urinario las etiologías más frecuentes no quirúrgicas. El paciente fue tratado en función del diagnóstico en la planta quirúrgica, requiriendo traslado a planta de MInterna/UCI en 27 casos (3%). El Internista realizó 50 interconsultas (5%) a otras especialidades. Del total de pacientes, 245(27%) fueron visitados en 1 ocasión, 405 pacientes (45%) fueron visitados 1-5 veces y 239(26%) requirieron > 5 visitas. Hubo 38 defunciones (4%), 16 de CIR, 7 de vascular, 7 de NRCIR, 5 COT. De ellos 8 fueron puestos en curas de final de vida en la 1ª visita por parte del Internista (3 pacientes de vascular y 3 pacientes de NRCIR).

CONCLUSIONES

1. La cooperación del internista con los cirujanos es fundamental para asegurar la calidad asistencial al paciente, ya que cada vez se intervienen pacientes de más edad, con más patología crónica y más riesgo de descompensación. 2. El paciente crónico que ingresa por una urgencia quirúrgica, tiene más riesgo de descompensarse, siendo fundamental el seguimiento pro-activo en el per-operatorio. 3. La dísnea es el motivo de consulta más habitual, originada habitualmente por descompensación de una patología crónica cardio- respiratoria, siendo la insuficiencia cardiaca la causa que con mayor frecuencia la origina. 4. El trabajo del internista minimiza las Interconsultas a otras especialidades médicas. 5. La mayoría de pacientes que se descompensan requieren seguimiento, a veces hasta el alta. 6. En el futuro cabrá esperar un cambio de rol: quizá el paciente mayor y con patología crónica que requiera una intervención quirúrgica urgente, deba ingresar en el servicio de MInterna y ser el cirujano, el médico consultor.

B-119 EXPERIENCIA DE UN SERVICIO DE DERIVACIÓN DIRECTA A UN HOSPITAL DE CRÓNICOS

J. Velilla Marco, O. Gavín Blanco, N. Gómez Aguirre, A. Ballester Luna, J. Aguirre Erasti

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

OBJETIVOS

Desde hace 3 años, el servicio de medicina interna del hospital Miguel Servet remite de forma directa pacientes al Hospital de atención a enfermos crónicos San Juan de Dios ambos de Zaragoza con fines rehabilitadores, paliativos o para tratar enfermedades de lenta resolución con bajo uso de recursos. Nuestro objetivo fue valorar funcionalidad y fragilidad de estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional de una muestra de pacientes ingresados en el medicina interna en el hospital Miguel Server de Zaragoza de enero de 2008 a diciembre de 2011 remitidos al alta al Hospital San Juan de Dios de Zaragoza. Se recogieron variables sociodemográficas, pluripatología según criterios de la Consejería de Andalucía, índice de Charlson, escala de Pfeiffer, índice de Barthel al ingreso y al alta, número de atenciones urgente, número de hospitalizaciones el año previo, presencia de pluripatología, una variable que combinaba falta de apoyo familiar-social, ingresos previos y dependencia al alta además de destino en calidad de rehabilitación, enfermedad de lenta resolución o paliativo.

RESULTADOS

623 pacientes con edad media de 81.7. Los remitidos con fines paliativos edad media de 80.86±12.12, rehabilitatorios 77.46± 13.74 y por proceso de lenta resolución 80.36±12.62. El índice de Barthel al ingreso de remitidos con fines paliativos fue 27.29, rehabilitatorios 70.63, y por proceso de lenta resolución 21.38. El Barthel medio global fue 39.90. El Barthel al alta fue 9.18, 22.40 y 13.4. El Barthel global al alta fue 15.22. Se apreció una disminución de dicho índice de 17.67, 51.45 y 7.79. Disminución global de 25.32 puntos. En una submuestra de 284 pacientes, el 60.21% eran pluripatológicos (PP). El Barthel al ingreso de los no PP fue 36.22 y de los PP 41.02. El Barthel al alta de los no PP fue 13.26 y de los PP 14.78. La disminución durante el ingreso del Barthel fue 27.26 en no PP y 22.26 en PP. El Charlson original fue 3.77en paliativos, en rehabilitatorios 2.21 y lenta resolución 1.95. Se mostraron diferencias entre el Pfeiffer en paliativos, con necesidad de rehabilitación y en enfermos de lenta resolución (5.83, 3.91 y 4.62 respectivamente) Los PP tuvieron mayor edad media 82.19 frente a 77.96 de los no PP. Se observó una mayor frecuencia de ingresos en el año previo de los PP con respecto a los no PP y una mayor tendencia de ingreso por proceso de lenta resolución a hospital de crónicos en los PP que los no PP. Se observó una mayor tendencia a un mayor número de ingresos durante el año previo en los PP. El Charlson original en no PP fue de 3.06 mientras que en los PP 4.22. La media del número de categorías de pluripatología del equipo Andaluz de no PP fue de 0.97 y de PP 2.27. El número de enfermedades crónicas medio en los PP fue de 2.53 y de los no PP 1.28. El Pfeiffer en PP 5.52 y no PP 5.91.

DISCUSIÓN

La edad media de remitidos al Hospital de crónicos fue de 81.7 y tuvieron durante el ingreso en medicina interna una pérdida de funcionalidad que mostró su fragilidad. Resultaron más jóvenes aquellos con fines rehabilitadores y presentaron mayor funcionalidad basal. Resultaron especialmente frágiles los PP con mayor uso de recursos. La variable que integraba dependencia al alta y/o ingresos previos último año y/o ausencia de apoyo socio-familiar fue mayor en los PP y presentaron mayor tendencia a un número de ingresos elevado durante

el año previo. La media del número de categorías de pluripatología del equipo Andaluz en no PP fue 0.97 y 2.27 en PP. El número de enfermedades crónicas medio en PP fue de 2.53 y en no PP 1.28.

CONCLUSIONES

Los remitidos a la unidad de crónicos procedentes de nuestro servicio tienen tendencia a ser añosos con una funcionalidad basal alterada y con empeoramiento de la misma tras su ingreso en nuestra unidad. El subgrupo de PP presenta mayor fragilidad clínica y necesidad de recursos hospitalarios. Es importante la identificación por parte del profesional médico de unidades de agudos de aquellos pacientes frágiles que podrían beneficiarse de una adecuada derivación a unidades preparadas para sus necesidades al alta.

B-120 METFORMINA Y PRUEBAS RADIOLÓGICAS CONTRASTADAS EN PACIENTES DIABÉTICOS

R. Boscá Mayans[1], F. Pascual Pla[2], Y. García Molina[1], E. Sánchez Aparisi[1], A. Mancheño Álvaro[3], J. Soler Ros[4]

[1]Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Francesc de Borja de Gandia. Valencia
[2]Servicio de Urgencias, 3Unidad Hospitalización Domiciliaria. Fundación Instituto Valenciano de Oncología. Valencia
[4]Servicios Centrales. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia

OBJETIVOS

Concienciar sobre la necesidad de evaluar a los pacientes con diabetes mellitus (DM) con metformina antes de practicarles pruebas radiológicas contrastadas (PRC). Considerar alguna de las consecuencias que acarrea esta falta de evaluación.

MATERIAL Y MÉTODO

Búsqueda bibliográfica en bases de datos, encuesta a profesionales de rx y de cardiología que deriva a hemodinámica, captación de casos en un servicio de urgencias hospitalarias (SUH).

RESULTADOS

La metformina se asocia con riesgo incrementado de acidosis láctica. La incidencia de nefropatía inducida por contraste yodado puede ascender hasta en el 50% de los casos en población de riesgo: insuficiencia renal crónica o DM. Hay una elevada prevalencia de insuficiencia renal "oculta" en pacientes con DM tipo 2, puede alcanzar a uno de cada tres pacientes. Se recomienda suspender el uso de la metformina durante los dos días previos a la prueba contrasta y dos días posteriores. En muchos hospitales los pacientes que acuden a realizarse PRC no son informados de las incompatibilidades medicamentosas por personal sanitario, en ocasiones lo son por personal no sanitario carente de los conocimientos necesarios para modificar las pautas farmacológicas que toman a diario, en otras, sin valoración previa el personal de enfermería informa de la necesidad de suspender la metformina dos días antes de las PRC y dos días tras la exploración. Fueron captados tres pacientes que acudieron a un SUH tras presentar cuadro vagal relacionado con la ejecución de tomografía computerizada con contraste yodado. Eran diabéticos, en tratamiento con metformina y con corticoides. En los tres casos existía analítica previa con cifras glucémicas nunca superiores a los 170 mg/dl y cifras de creatinina dentro de la normalidad. En todos el glucotest digital marcó HI (high) y tras analítica venosa se confirmaron cifras superiores a los 600 mg/dl. La creatinina permaneció en niveles similares, mientras que la urea había ascendido un 10% en todos ellos. En los tres la medicación diabética había sido suspendida y no sustituida durante dos días. Todos ellos fueron informados de la preparación para las pruebas radiológicas por personal administrativo.

DISCUSIÓN

Las incompatibilidades medicamentosas deben ser tenidas en cuenta siempre. La suspensión de tratamientos crónicos no puede realizarse nunca de forma arbitraria. Debemos capacitar y formar adecuadamente al personal sanitario para que pueda individualizar el tratamiento a seguir por el paciente crónico.

CONCLUSIONES

La evaluación previa de los pacientes crónicos a los que se les practican PRC previene el fallo renal inducido, consideramos que no sólo reduciría esta evaluación dicha patología sino que además conseguiría una reducción en los eventos adversos asociados a la suspensión de la metformina, si realmente es necesaria dicha suspensión o si debe ser reemplazada. El agente sanitario que puede y debe realizar esta tarea asistencial, con asesoramiento médico y de protocolos preestablecidos, para estos casos, debería ser el personal de enfermería radiológica, que será capaz de discernir aquellos pacientes que necesitan nuevas pautas y derivación a otros profesionales de aquellos que no las precisan.

B-121 VISIBILIDAD DEL PACIENTE CRÓNICO: LA PARTE OCULTA DEL ICEBERG

E. Agulló García[1], M. Ibarra Rizo[2], E. Manresa González[3]

[1]Centro de Salud el Pla, [2]Unidad Interrelación DAP, [3]Dirección Atención Primaria. Hospital General Universitario de Elche. Elche/Elx (Alicante)

OBJETIVOS

Valorar la contribución de los profesionales de Enfermería del Departamento de salud Elche-Hospital General, en la gestión y captación de pacientes crónicos con la implantación del Informe de Continuidad de Cuidados al Alta Hospitalaria (AH), y al aumento de la cobertura de pacientes crónicos diagnosticados.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo. Se analizan los datos del AH de Enfermería, en una zona del Departamento de Elche-Hospital General en junio 2011. Se describe: nº de altas comunicadas a primaria, nº de pacientes con continuidad de cuidados, nº de pacientes en gestión de casos (EEH/EGC), nº de pacientes crónicos captados por enfermería de primaria, para gestión de casos o programas de salud. Se comparan datos de prevalencias de DM, HTA, EPOC e IC, para valorar si ha habido aumento en la captación de pacientes crónicos diagnosticados, que pudiera estar relacionado con el AH.

RESULTADOS

En la zona 6, en el periodo a estudio, ha habido 58 altas con sus informes de enfermería. Precisaban continuidad de cuidados un 32.76%. Sin embargo el 93.10% han tenido contacto con su enfermera. Al AH, se habían captado 6 pacientes para gestión de casos por las enfermeras de enlace hospitalario, después del alta, y con coordinación de las enfermeras de AP, se derivan a las enfermeras de gestión comunitaria (EGC) 19 pacientes nuevos. Al finalizar el estudio el 43% de las AH cumplen requisitos de gestión de casos, el 76% se detectaron tras el AH y el 24% en el proceso hospitalario. El 52,94% están en programas de salud, de ellos 61,11% han sido captaciones nuevas por parte de enfermería y el 38,89% ya estaban en seguimiento. Las prevalencias de las principales patologías crónicas, DM, HTA, EPOC, e ICC, no han aumentado en el Departamento, ni en la zona básica, salvo la prevalencia de ICC que ha habido un ligero incremento en el Departamento, y un mayor aumento en otras zonas no estudiadas.

DISCUSIÓN

El trabajo de Enfermería, sigue siendo bastante invisible y difícil de medir. La actitud proactiva de los profesionales de enfermería, puede ser muy importante en la captación de pacientes de la punta de la pirámide y es un primer paso para la gestión adecuada de los pacientes crónicos en general. Hay que ver otras zonas básicas y comparar los datos, para hacer una valoración más amplia, así como valorar un periodo más largo, para ver si se mantienen en el tiempo. Pensamos que el AH de Enfermería en SIA es una herramienta útil para la gestión de crónicos y para captar pacientes que antes estaban fuera del radar, y que esta a priori no contribuye en el aumento de cobertura de las prevalencias de los pacientes crónicos. La atención de la parte oculta del iceberg, va a hacer necesaria la adecuación de plantillas y recursos de los equipos de Atención Primaria.

CONCLUSIONES

En el centro estudiado, se aprecia una actitud proactiva por parte de la enfermería para contactar con los pacientes dados de alta tengan o no continuidad de cuidados. La coordinación e interrelación entre todos los profesionales de enfermería del departamento incrementa la captación de nuevos pacientes para la gestión de casos, tanto si precisan continuidad de cuidados o no. El AH a través de un contacto en SIA es útil para la gestión de los pacientes crónicos, tanto para los pacientes crónicos del vértice y parte media de la pirámide, alto riesgo, como los de la base de la pirámide, bajo riesgo En cuanto a prevalencias no ha habido un aumento considerable de un año a otro, ni en el Pla ni en el departamento, salvo en la de IC donde si ha habido un incremento en 2011, en otra zona básica, que coincide con la sensibilización de los profesionales por participación en otros proyectos.

B-122 UTILIZACIÓN DE INTERCONSULTA ON-LINE ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

F. Román Fuentes, O. Murillo Martínez, H. Caro Moreno
Centro de Salud de Guardamar del Segura. Hospital Torrevieja Salud Ute. Torrevieja (Alicante)

OBJETIVOS

El objetivo del estudio del estudio es cuantificar el número de Interconsultas on line entre Atención Primaria y Especializada como instrumento de mejora de calidad en la asistencia a la población intentando generar un descenso de Consultas presenciales en los servicios de especializada y urgencias de los Hospitales.

MATERIAL Y MÉTODO

Material: Como material se ha utilizado el Programa Florence del Departamento 22 de la Consellería de Sanitat. En el se han recogido datos de las interconsultas on line o internas generadas por los Médicos de Atención Primaria del Centro de Salud de Guardamar del Segura y los servicios de especializada del Departamento 22. Hospital de Torrevieja, durante el mes de diciembre de 2011. Así como los resultados del programa de Gestión que nos facilita datos como las Consultas externas generadas durante el mes de diciembre de 2008 y 2011. Método: Se han valorado las Interconsultas on line generadas durante el mes de Diciembre de 2011 por los facultativos de A. P. del Centro de Salud de Guardamar del Segura a especializada. Se ha valorado las Interconsultas resolutivas, o sea que no han precisado derivación para consulta presencial en Hospital así como las que han generado consultas justificadas incluso con adelanto sobre ordinarias a especializada. Al mismo tiempo se ha comparado el número de Consultas externas o sea generadas presenciales durante el año 2008 en el que no se había implantado la consulta on-line y 2011 en que ya está implantada y con una población similar los dos años.

RESULTADOS

Durante el mes de Diciembre se han generado 84 Interconsultas on line de las cuales: -7 no han sido resolutivas obligando al médico a valorar la necesidad de generar consulta presencial. -77 han sido resolutivas: 52 resolviéndose el problema y 25 han generado consultas presenciales justificadas pero lo importante es que ya aportando pruebas complementarias para intentar

resolver el problema en la primera consulta presencial. Durante el mes de Diciembre de 2008 se generaron 579 derivaciones a consultas externas. Durante el mismo periodo pero en el año 2011 se generaros 477 derivaciones a consultas externas o sea un 18 % menos. Si añadimos las 25 que se generaron posteriormente a recomendación de especializada arroja un saldo de un 14 % menos de consultas generadas durante ese mes.

DISCUSIÓN

La discusión admite pocas dudas ya que la Interconsulta on line es beneficiosa para la población ya que genera una disminución de consultas externas presenciales un 14 % menos.

CONCLUSIONES

El modelo de Interconsulta on line disminuye claramente el número de Interconsultas presenciales. La interconsulta on line es muy resolutiva en la mayoría de las especialidades inclusive las tradicionalmente quirúrgicas. Aumenta la satisfacción del paciente ya que no se desplaza al Hospital con los problemas de locomoción, coste y pérdida de tiempo. Aumentando la confianza del paciente en el sistema. La Interconsulta on line es rápida ya que el 100% de ellas son contestadas antes de 48 horas.

B-123 EFECTO DE LA INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA DE GESTIÓN COMUNITARIA EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

M. Saavedra Llobregat[3], D. Martínez Riera[1], D. Lillo Crespo[2], D. Casabona Martínez[2], D. Richard Martínez[4]

[3]Enfermera de Gestión Comunitaria Profesora Asociada. Centro de Salud Florida Dpto. Alicante/Hospital General. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante. Alicante

[1]Profesor titular y Secretario Académico. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante. San Vicente del Raspeig (Alicante)

[2]Dirección de Enfermería. Clínica Vistahermosa S. A. Alicante

[4]Catedrático de Escuela. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante. Alicante

OBJETIVOS

Objetivos: • Dar a conocer los resultados del desarrollo del Programa para la Mejora de Atención Domiciliaria en la Comunidad Valenciana (2007/2011), en una Zona Básica de Salud, con la implantación de la figura de la Enfermera de Gestión Comunitaria (EGC). • Mostrar que las EGC son costo-efectivas. • Mostrar la evolución de distintos indicadores desde el inicio del programa hasta la actualidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Sujetos y Métodos: Pacientes adscritos al Centro de Salud Florida de Alicante y subsidiarios de Atención Domiciliaria: 695 pacientes. Pacientes Complejos que requieren Gestión de Casos: 104 pacientes. Cuidadores familiares diana: 555 cuidadores. Análisis estadístico de los datos. Porcentajes y contraste de series de indicadores analizando convergencias y divergencias.

RESULTADOS

Resultados Aumento de cobertura de pacientes identificados en un 65,3 % frente a un 40% al inicio. Disminución en un 79,1 % de visitas a urgencias de los pacientes bajo control de las enfermeras gestoras. 188 evitaciones de ingresos hospitalarios a cambio de ingresos en UHD y atención domiciliaria sin que el paciente sea desplazado de su entorno. Aumento de los fallecimientos en domicilio, frente a los que se producen en el hospital, con un 55,7% en pacientes bajo control y un 45% de los pacientes que no están bajo control de la EGC. Un 77,8 % de los pacientes paliativos identificados está bajo control de la EGC con una disminución de visitas a urgencias de un 43% y de ingresos hospitalarios de 52,2% y un 36,6% de pacientes ocultos entre los identificados.

CONCLUSIONES

Conclusiones El estudio muestra que con la implantación de la figura de Enfermera de Gestión Comunitaria se obtiene una correlación de resultados dentro de lo planteado en la hipótesis. La intervención de la enfermera de gestión comunitaria es costo-efectiva al disminuir los costes económicos que estos pacientes y sus familias generan en el sistema sanitario y aumentar la calidad de atención y la satisfacción de pacientes/familias.

B-124 TARJETA "TE CUIDO"

S. Domínguez Martínez[1], R. Granja González[2], A. Diez Astorgano[2], M. Villacorta González[1]

[1]DG Planificación e Innovación. Gerencia Regional de Salud. Castilla y León

[2]Gerencia Atención Primaria. Gerencia Atención Primaria. León

OBJETIVOS

Apoyar a la principal persona cuidadora de un enfermo de alzhéimer u otras demencias, mediante medidas que mejoren la accesibilidad al servicio de salud, humanizando la atención y entendiendo su situación especial.

MATERIAL Y MÉTODO

El proyecto se desarrolla en dos fases: la primera es el pilotaje desarrollado en C.S del Crucero (Área de Salud de León), y posteriormente al resto de las ZB, en una segunda fase el proyecto se implanta en las Áreas. La fase de pilotaje se dirigió a una población de 14.288 hab. (2.892 >65a). La tarjeta se destina a las principales personas cuidadoras de pacientes con alzhéimer u otras demencias, que figuran en el servicio de atención al cuidador (2008-2010). Se contó con la colaboración de la Asoc. de Fam. de Enf. de Alzheimer de CyL. El circuito se inicia con el diagnóstico de demencia realizado por especialistas y la identificación, por parte del EAP,

de la principal persona cuidadora no profesional que conviva con el enfermo, y que no dispone de apoyo familiar ni social. Posteriormente se traslada información verbal y escrita sobre utilidades y responsabilidad de la tarjeta. Los profesionales realizan valoración de sobrecarga de cuidados y de la situación sociofamiliar. Se informa de oferta de inclusión en los grupos de formación y autoayuda.

RESULTADOS

Para evaluar la utilidad del proyecto se realizó, en la primera fase, una encuesta de satisfacción a 96 personas cuidadoras a las que se les había entregado la tarjeta (80% mujeres). Se realizó en dos etapas, una primera en el C.S. y una segunda con la extensión a los servicios de A. E. En el 80% de las veces que se utilizó se obtuvo respuesta positiva por parte de los profesionales. El 100% de los encuestados expresó su alto grado de satisfacción. La aplicación en Atención Especializada, se subdividió durante este 2º periodo también en dos etapas. Primeramente se implantó en las consultas de medicina interna y geriatría y en una segunda etapa, en el resto de consultas y servicios. En Emergencias se pactó solo para el trasporte de soporte básico.

DISCUSIÓN

El grado de satisfacción de los cuidadores con la tarjeta, deja patente su utilidad para mejorar la accesibilidad a los servicios de salud de un colectivo prioritariamente compuesto por mujeres en situación de vulnerabilidad. Queda reflejada la necesidad de seguir mejorando el proyecto en accesibilidad a los servicios de AE, Emergencias y completar la implantación. El pilotaje ha permitido valorar los niveles de utilización y la capacidad de repuesta del sistema.

CONCLUSIONES

La tarjeta “te cuido” representa un gran apoyo: dejan de sentirse solos al poder acudir al C.S. y a la Asoc. para recibir formación específica, compartir sus experiencias y disfrutar de días de respiro; este nuevo papel de un cuidador más formado y consciente de su papel, facilita la interlocución con los profesionales y la realización de determinadas técnicas con los pacientes con demencia. La colaboración con la Asoc. de Fam de Pac con Alzheimer ha sido un elemento imprescindible para la consecución de los objetivos, al poder añadir recursos para las tareas de formación. A la vista de los resultados en la fase de pilotaje, se ha estudiado su extensión al resto de las Áreas. La extensión se plantea contando con la colaboración indispensable de los profesionales sensibilizados con la problemática de los cuidadores. El premio de Calidad concedido a este proyecto por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, ha supuesto un estímulo para los profesionales así como para el impulso de la Tarjeta “Te cuido”.

B-125 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN INCLUIDA EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

M. Vigil Martín, M. Guillamon Gifre, M. Rico Busquets
Centre d’Atenció Primària Manlleu. Institut Català de la Sa. CAP Manlleu/Institut Català de la Salut. Manlleu (Barcelona)

OBJETIVOS

Tomando como muestra el total de usuarios incluidos en el Programa de Atención Domiciliaria de nuestro centro, nos planteamos describir y analizar el estado cognitivo y funcional de estos usuarios, incluyendo para ello: -características biológicas (edad, sexo). -presencia de patología cardiovascular (HTA, DM2, dislipemia, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular). -presencia de patologías que pueden ocasionar limitación funcional/ dependencia (hipoacusia, deficiencias visuales, movilidad reducida, deterioro cognitivo). -patología depresiva. -enfermedades neurológicas. Así mismo nos proponemos describir la prescripción farmacológica en esta población y analizar la presencia de polimedicación y/o posibles prescripciones inadecuadas según los criterios STOPP/START. Finalmente deseamos conocer el entorno familiar y social de los usuarios, los recursos con que cuentan, la presencia de barreras arquitectónicas en el domicilio y las ayudas externas que recibe.

MATERIAL Y MÉTODO

Hemos revisado las historias clínicas en formato electrónico de todos los usuarios incluidos en el Programa (total de 207; 139 mujeres y 68 hombres) durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2011 y el 31 de diciembre de 2011. Utilizamos el programa informático de nuestro centro para recoger los datos de las variables a estudio. Nuestro centro da atención a una población industrial, con un censo total de 20.445 habitantes en 2011, siendo un 20,73% personas mayores de 60 años. A partir de los datos obtenidos realizamos un estudio descriptivo calculando la media y desviación estándar para las variables cuantitativas y las frecuencias absoluta y relativa para las variables cualitativas.

RESULTADOS

Como resultados generales, citar que el 97’5% de los usuarios incluidos en el programa correspondía a personas de más de 59 años; el 80,6% de la muestra tenían 80 o más años, y el 59’4% eran personas de 85 o más años. Desde el inicio del estudio, 23 usuarios fueron exitus (11’1% del total) y 5 ingresaron en residencias (2’4%)

CONCLUSIONES

Sería necesario revisar los tratamientos farmacológicos que se prescriben a estos pacientes con el fin de evitar tratamientos innecesarios siempre que sea posible. La atención domiciliaria debería fundamentarse en una atención integral, adecuada, racional, de calidad, humanizada, conjunta con el paciente y la familia u otros cuidadores principales, considerando como objetivo primordial conservar al máximo la calidad de vida del paciente, minimizando los riesgos de la propia actuación médica.

B-126 VIABILIDAD DE LA INTERVENCIÓN OPORTUNISTA DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO PARA PROMOVER EL ABANDONO TABÁQUICO EN PACIENTES CON EPOC. PROYECTO PILOTO DEL PLAN DIRECTOR DE LAS ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO (PDMAR-CATALUÑA)

E. Saltó[1], C. Hernández[2], C. Esquinas[3], M. Ballbé[4], J. Sellares[2], B. Lara[3], C. Cabezas[1], J. Escarrabill[5]

[1]Promoción de la Salud. DG Salut Pública, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Barcelona
[2]Unitat Atenció Integrada / Neumología. Hospital Clinic. Barcelona
[3]Servicio de Neumología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida
[4]Xarxa Hospitals Sense Fum. ICO Hospitalet de Llobregat. Barcelona
[5]Plan Director Enf Aparato Respiratorio. IES, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Barcelona

OBJETIVOS

Se ha constatado que no se realizan intervenciones sistemáticas para promover el abandono tabáquico en aquellos pacientes que ingresan en un centro hospitalario. Existen dificultades para garantizar la continuidad asistencial entre hospital y atención primaria o unidad de tabaquismo extrahospitalaria, por lo que presumiblemente se pierde una parte importante de los pacientes que inician la deshabituación durante el ingreso. Aprovechando la experiencia acumulada en la red de Hospitales Sin Humo (XHsF) de Cataluña, se diseña desde el Plan Director de Enfermedades del Aparato Respiratorio, un proyecto piloto para valorar la viabilidad de este tipo de intervención, conocer el número de pacientes que se pueden reclutar y las tasas de abstinencia a 3, 6 y 12 meses.

MATERIAL Y MÉTODO

Cinco centros hospitalarios (H.Clínic, H.Arnau de Vilanova,H.Sant Pau, Hosp. Terrassa, H. Manresa- Althaia) empezaron en 2011 un periodo de 6 meses reclutamiento de pacientes ingresados con EPOC, fumadores activos y con expectativa de vida superior a seis meses. Las variables recogidas y estudiadas son datos individuales, datos clínicos del proceso respiratorio (función pulmonar, oxigenoterapia domiciliaria, actividad física y consumo de recursos); también se recogen variables cuantitativas del consumo de tabaco (cig/día, dependencia, cooximetría, intentos previos...). Se recogen igualmente los ingresos totales, las altas con EPOC, los pacientes EPOC detectados y el núm. de pacientes que aceptan la intervención. Tras la detección, se instaura una intervención motivacional estructurada y educativa, acompañada de tratamiento farmacológico cuando es necesario. Al alta, los pacientes son derivados a la atención primaria u Hospital de día o bien se atienden domiciliariamente.

RESULTADOS

Datos preliminares de dos centros. Desde Enero 2011, 72 pacientes han sido incluidos en el estudio (un 86,1% en sala de Neumología, el resto en atención domiciliaria). Mayoritariamente varones, edad media: 55 años, motivación (por Richmond): moderada y dependencia (por FTQ): media-alta. Un 26% usan inhaladores orales, y presentan un FVC (media: 65,5%) y un FEV1 (57,5%) que se corresponden con este tipo de pacientes. La intervención es llevada a cabo por personal de enfermería con apoyo médico. Los tratamientos farmacológicos han sido: TSN (65%), Vareniclina (20%), Bupropion (3%) y combinaciones entre ellos (12%) y el 75% finaliza el tratamiento farmacológico (10-12 semanas). Abstinencia: según los centros, oscila entre 40 y 69% y se reduce al 27% (5/19) entre aquellos que se han seguido a los seis meses.

CONCLUSIONES

De manera preliminar, el programa resulta efectivo para detectar pacientes EPOC fumadores que ingresan, aunque su número es inferior al esperado y muchos de ellos no aceptan la ayuda ofrecida. En los que se interviene, los resultados son prometedores, especialmente cuando el centro articula correctamente el continuum asistencial con la AP y/o domiciliaria, consiguiendo además una mayor implicación y coordinación de los profesionales. Promovido y financiado desde el Departament de Salut (DG Salud Pública), englobado en las actividades del Plan Director de Enfermedades del Aparato Respiratorio (PDMAR)

B-127 EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD DE UN PROGRAMA INTERNIVELES DE ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS (PLAN COMPARTE). APLICACIÓN DE UN CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EUROQOL-5D

E. Martín Sánchez[1], L. Rodríguez Benjumeda[2], B. Pascual De La Pisa[3], M. Montes Sánchez[4], I. Vallejo Maroto[5], A. Fernández Moyano[5], R. Fernández Ojeda[5], A. Cambra Solans[2]

[1]Dirección de Salud, [2]Unidad de Epidemiología, [3]U.G.C. Bormujos, [4]U.G.C. Olivares. Distrito Aljarafe. (Sevilla) [5]Servicio Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios de El Aljarafe. Sevilla

OBJETIVOS

La atención a los pacientes crónicos representa en la actualidad una de las actividades principales de los profesionales sanitarios. Tras la puesta en marcha, hace 3 años, de un programa asistencial de atención a pacientes crónicos en el Distrito Sanitario de Atención Primaria (AP) Aljarafe y en el Hospital de San Juan de Dios Aljarafe (HSJD-Sevilla hemos comenzado a analizar, junto con la actividad asistencial realizada, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en Atención Primaria mediante el cuestionario EuroQol-5D (EQ-5D).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo en Distrito Sanitario Aljarafe. Sujetos: Pacientes ingresados en el HSJD durante el 2011 con inclusión en el Plan Comparte según criterios de inclusión fijados (Insuficiencia Cardiaca, EPOC severo, Pluripatológicos y Paliativos Oncológicos).Tamaño muestral: Universo muestral (n=40).Mediciones: Audit en historia clínica electrónica por profesional externo a las UGC de AP del Distrito del grado de cumplimentación y resultados del cuestionario EQ-5D aplicado a los pacientes pertenecientes al Plan Comparte a los 15 días y 3 meses tras el alta hospitalaria. El cuestionario permite medición de la salud en dimensiones físicas, psicológicas y sociales, propósito fundamental de los instrumentos de CVRS, siendo también útil en la evaluación económica de recursos sanitarios. El sistema descriptivo contiene cinco dimensiones de salud (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) y cada una de ellas tiene tres niveles de gravedad (sin problemas, algunos problemas o problemas moderados y problemas graves).Continua con una Escala Visual Analógica (EVA) donde el individuo debe marcar el punto en la línea vertical que mejor refleje la valoración de su estado de salud global en el día de hoy. Análisis estadístico: Distribución de frecuencia (fusión de categoría 2 y 3 en dimensiones EuroQol-5d).Bivariante según naturaleza de las variables.

RESULTADOS

Se han evaluado 40 sujetos con alta hospitalaria en 2011 (57,5% mujeres) cuya edad media fue 77,75 años (IC 95% 74,17-81,33). El 5% de los mismos eran residentes en instituciones geriátricas. 85% eran Pluripatológicos, 27,5% EPOC, 17,5% insuficiencia cardiaca y 10% paliativos oncológicos. Por dimensiones 77,5% refieren tener problemas para caminar o estar en cama; el 80% refieren problemas o incapacidad para el cuidado personal; el 77,5% refieren problemas o incapacidad para las actividades cotidianas; el 62, % refiere moderado o mucho dolor o malestar; el 65% refieren moderadamente o muy ansioso/depresivo. Se observa asociación entre la dimensión cuidado personal y la presencia de pluripatología (p=0,046) (p=0,038). El valor medio de la EV en la muestra fue 38.32 (IC 95% 29,73 a 46,90); no se observó asociación estadística entre esta variable por el género y las cuatro patologías de inclusión en el programa.

DISCUSIÓN

Los pacientes crónicos atendidos presentan necesidades de cuidados que refuerzan el modelo aplicado en Plan Comparte con difusión de planes de cuidados comunes en AP y Hospital. Se hace necesario un mayor control del dolor y la situación de ansiedad/depresión.

CONCLUSIONES

A los 3 años de inicio de Plan Comparte, y tras la evaluación de los resultados en salud obtenidos, pensamos que es necesario continuar la difusión de los planes de cuidados a los pacientes con revisión de la práctica clínica, con un mejor control de los síntomas y mejora en la evaluación del estado de salud percibido.

B-128 LA INTEGRACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL COMO EJE FUNDAMENTAL DE LA ESTRATEGIA DE CRONICIDAD (EC)

A. Arcelay Salazar[1], E. Gárate Guisasola[2], C. Sola Sarabia[2], I. Zabala Rementería[1], R. González Llinares[1], A. Porta Fernández[1], G. Sanz Rupérez[1]

[1]Oficina para la Estrategia de la Cronicidad, [2]Asistencia Sanitaria. Osakidetza. Organización central. Vitoria (Álava)

OBJETIVOS

• Desarrollar experiencias de coordinación / integración del proceso clínico entre niveles asistenciales y profesionales constituyendo uno de los ejes que vértebra la EC. • Coordinar las aportaciones de los 14 proyectos de la EC sobre este eje de coordinación / integración asistencial.

MATERIAL Y MÉTODO

• Se ha desarrollado una integración normativa constituyendo organizaciones de servicios integrados (OSIs). • Se han impulsado proyectos y actividades de coordinación / integración clínica tanto desde una óptica“top-down” como facilitando una estrategia “desde los clínicos”. En esta línea, el Contrato Programa 2012 incorpora los Planes de Intervención Poblacional (PIP) que impulsan intervenciones coordinadas entre las Organizaciones de Servicios a nivel local. • Desarrollo de los 14 proyectos de la EC a través de sus líderes y planificación de actividades, coordinadas con las Organizaciones de Servicios.

RESULTADOS

• Constituidas cuatro OSIs que agrupan cada una un Hospital Comarcal y su Subcomarca de Atención Primaria, así como una Red de Salud Mental. • En desarrollo actualmente más de 100 proyectos / actividades de coordinación del proceso clínico. • Se constatan las aportaciones concretas de los Proyectos de la EC a la Integración asistencial. Alguna de las aportaciones por parte de los proyectos son: - Competencias avanzadas de enfermería: Enfermeras gestoras de casos y de enlace hospitalario. -Atención no presencial. OSAREAN: Consejo médico y apoyo a programas de prevención-promoción. -Estratificación: Visión poblacional seleccionando segmentos de pacientes sobre los que actuar proactivamente. -Historia única electrónica: OSABIDE GLOBAL: Accesibilidad a la información y comunicación entre profesionales. -Receta electrónica: Seguridad/eficiencia en la prescripción, y ahorro de trámites administrativos. - Paciente activo: Valor añadido de la autogestión de los cuidados. -Financiación y Contratación: Promover áreas integradas de salud: “microsistemas” y visión poblacional. -Hospitales subagudos: Hacerse cargo del paciente pluripatológico.

DISCUSIÓN

Aunque presenta una gran dificultad acompasar el desarrollo de los 14 Proyectos de la EC y sus aportaciones a la integración del proceso asistencial, es un efecto sinérgico que confiere gran dinamismo al desarrollo de la Estrategia.

CONCLUSIONES

El efecto multidimensional de los Proyectos de la EC está contribuyendo a facilitar la integración del proceso asistencial y con ello a avanzar en la implantación de la EC.

B-129 PUESTA EN MARCHA DE UNA GUÍA DE ACTUACIÓN EN PACIENTES CRÓNICOS CON ANTIAGREGACIÓN Y/O ANTICOAGULACIÓN PARA ASEGURAR LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN EN ASISTENCIA PRIMARIA Y ESPECIALIZADA, CUANDO SON REMITIDOS AL ÁMBITO HOSPITALARIO PARA PROCEDIMIENTOS INVASIVOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS

E. Bárez Hernández[1], B. Barrachina Lazarra[2], M. Aldamiz Echeverria[3], J. Guinea de Castro[4], J. Deza Carrillo[1], R. Sánchez Bernal[5]

[1]Dirección Médica, [2]Anestesiología, [3]Servicio de Medicina Interna, [4]Servicio de Hematología. Hospital Universitario de Álava. Vitoria (Álava)

[5]Osarean: Osakidetza no Presencial. Dirección de Osakidetza. Vitoria (Álava)

OBJETIVOS

ANTECEDENTES/OBJETIVOS: 1. Homogeneizar la atención de los pacientes con pautas crónicas de antiagregación o anticoagulación, cualquiera que sea su servicio de origen, para cualquier médico responsable tanto de asistencia Primaria como Especializada, para cualquier procedimiento, tanto diagnóstico como terapéutico, de ámbito médico o quirúrgico. Se logra mediante una guía de actuación utilizable por Primaria y Especializada de manera sencilla y rápida, consultable en formato electrónico. 2. Sensibilizar y responsabilizar a los equipos asistenciales de la importancia del manejo de estos pacientes desde el intento de equilibrar riesgos hemorrágicos y trombóticos 3. Lograr la colaboración de todo el personal, médico y de enfermería del Área de Salud de Álava en la elaboración y puesta en práctica de esta guía.

MATERIAL Y MÉTODO

MÉTODOS: Participación de todos los servicios médicos, quirúrgicos y centrales implicados en la atención de estos pacientes en el Hospital Universitario Araba. Se realizan reuniones de puesta al día y consenso, con la implicación de un referente por servicio, contando inicialmente con 22 profesionales médicos y farmacéuticos, para posteriormente organizar un grupo de trabajo de 8 facultativos que finalizan la elaboración de la guía. Una vez redactada desde el ámbito asistencial, se pone a debate y consenso con Asistencia Primaria que propone distintas modificaciones, con el objetivo de lograr la mencionada continuidad asistencial. Se realizan sesiones clínicas particulares, por servicios o centros de salud, y generales en ambas sedes del Hospital Universitario Araba, para su máxima difusión. Por último las direcciones de hospital y comarca realizan las adaptaciones organizativas pertinentes y marcan la fecha de inicio de aplicación.

RESULTADOS

RESULTADOS: Se ha logrado la máxima sensibilización y colaboración de todo el personal invitado a participar en la elaboración de la guía. Se ha conseguido un consenso en todas las pautas de retirada, sustitución y reincorporación de pautas antiagregantes y anticoagulantes. Se ha logrado un grupo de trabajo homogéneo como referentes para toda el área y se ha propuesto la formación de una comisión para reuniones periódicas. El grado de utilización de la guía es del 100% en los pacientes con pautas crónicas. La guía está consultable en la intranet del hospital de forma que cualquier reforma, modificación o aportación se traslada automáticamente al documento.

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN: La utilización de guías de actuación y seguimiento basadas en los conocimientos científicos y consensuadas entre profesionales es la mejor herramienta disponible para la mejora de la seguridad d los pacientes. La implicación de la Atención Primaria y la Especializada con la guías de actuación en pacientes crónicos debe ser obligada, ya que el centro de salud es donde se tiene un contacto más frecuente con el paciente crónico, y el hospital es donde este acude para procedimientos invasivos de mayor riesgo.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES: Con la aplicación de la guía, se optimiza la atención al paciente, ya que desde el cualquier puesto asistencial se realizan la retirada, sustitución o reincorporación de fármacos antiagregantes y /o anticoagulantes siguiendo las mismas recomendaciones.
Se logra la sensibilización de todo el personal implicado con lo se garantiza la participación y la revisión periódica de la guía.

B-130 ESTUDIO EVOLUTIVO DE LAS CAMPAÑAS DE VACUNACIÓN GRIPE ESTACIONAL (2009 A 2012) DE LOS PACIENTES CRÓNICOS EN LOS DEPARTAMENTOS 20 Y 24 DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

G. Pérez Torregrosa[1], M. Escudero Peñafiel[2], J. Calle Barreto[1], P. García-Puente del Corral[2], M. Peña Fernández[2], E. Pastor Villalba[2]

[1]Medicina Preventiva, [2]Salud Pública. Hospital General Universitario de Elche. Elche/Elx (Alicante)

OBJETIVOS

La vacunación es el método más eficaz para prevenir la gripe. La vacuna está indicada entre otros en: 1) enfermos crónicos: cardiovasculares y pulmonares,2) enfermos crónicos metabólicos, inmunodeprimidos, enfermedad renal, obesidad mórbida, etc. 3) enfermos crónicos en instituciones cerradas 4) mayores de 60 años sin enfermedad crónica 5) cuidadores de enfermos crónicos y personal sanitario en general 6) otros. El objetivo de nuestro trabajo es

realizar un descriptivo sobre cobertura y evolución de la vacuna de la gripe en estos grupos de población. Los datos obtenidos nos permitirán valorar medidas para aumentar la cobertura de vacunación en enfermos crónicos y personal sanitario.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo prospectivo sobre cobertura y evolución de la vacunación de gripe en colectivos de enfermos crónicos o afines a ellos, en los departamentos de salud 20 y 24 de la Comunidad Valenciana. Los datos proceden del Sistema de Información Vacunal (SIV) y han sido proporcionados por el CSP de Elche. Los datos son de las últimas tres campañas 2009-10, 2010-11 y 2011-12. Se analizan los datos con Excel y SPSS.

RESULTADOS

La vacunación de gripe estacional en la campaña 2009-10 (46.433 vacunados) posiblemente por la alarma social que supuso la irrupción de la Gripe A dio lugar a una alta vacunación. En la campaña 2010-11 hubo un descenso en la cobertura vacunal de estas poblaciones de riesgo (42.452) probablemente tras la serie de críticas vertidas en medios de comunicación e Internet por haber sido una pandemia menos grave de lo esperado. En esta última campaña aún sin cerrar 2011-12 las cifras se han recuperado (43.635), aunque no llegan a los niveles de la campaña 2009-10. Si desglosamos los vacunados por grupos de enfermedades crónicas: 1) los cardiovasculares/pulmonares (50%): 2009-10 (24.791), 2010-11 (22.699) y 2011-12 (23.448). 2) los enfermos crónicos con enfermedades metabólicas (Diabetes M., Obesidad M.), inmunodeprimidos, enfermos renales(15%): 2009-10 (6.133), 2010-11 (5.851) y 2011-12 (6.247). Los cuidadores de enfermos crónicos y trabajadores sociosanitarios: 2009-10 (2.347), 2010-11 (2.031) y 2010-11 (2.206). De todos los crónicos vacunados el 45% corresponden al Dptº. 24 y 55% al Dptº. 20 es un porcentaje similar al reparto de la población atendida, 133.000 y 166.000 habitantes respectivamente. Por edades destacar que en los dos departamentos el 68% de todos los vacunados son mayores de 60 años. Por sexo la tendencia de ambos departamentos es que se vacunan más número de mujeres, pero el porcentaje de cobertura es mejor en los hombres 59% por 55% mujeres respectivamente, en >65 años. En la campaña 2010-11 las tasas de vacunación o % de cobertura en el Dpt. 20 tanto en hombres (63,4%) como en mujeres (60,3%)fueron significativamente superiores al Dpt. 24, hombres (46,4%)y mujeres (44,5%) con p<0,0001. En la campaña 2011-12 las coberturas se invirtieron Dpt.20 (56,5%) y (52%), mientras que el 24 alcanzó (60,7%) y (58%) respectivamente con p<0,0001.

CONCLUSIONES

La vacunación de gripe en enfermos crónicos en estas tres últimas campañas ha sido muy similar en cuanto a cifras globales, destacando que en 2009-10 se obtuvieron las cifras más altas, descendiendo en 2010-11 y volviendo a repuntar en la actual campaña sin llegar a conseguir las cifras de la campaña 2009-10. Tan solo los pacientes con enfermedades metabólicas (obesidad mórbida, diabetes) se han vacunado más en 2011-12 que en 2009-10, probablemente justificable por el incremento de la prevalencia de estas patologías. El perfil más frecuente de un vacunado de gripe estacional con enfermedad crónica es: pacientes de ambos sexos, con cardiopatía o enfermedad pulmonar, y mayor de 60 años.

B-131 ANÁLISIS DE LA DEMANDA ASISTENCIAL AL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES CRÓNICOS ATENDIDOS POR ENFERMERAS DE GESTIÓN DOMICILIARIA

J. Delgado de los Reyes[1], E. Manresa González[2], C. Martínez Rodríguez[3], J. Calle Barreto1, M. Ibarra Rizo[3], T. Beltrán Martínez[4], J. López Moreno[5]
[1]Unidad de Medicina Preventiva. Hospital General Universitario, [2]Dirección Enfermería Atención Primaria, [3]Dirección Médica Atención Primaria, [4]Dirección Enfermería, [5]Gerente. Departamento 20. Elche-Hospital General. Elche (Alicante)

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es analizar la modificación en el número de visitas a urgencias hospitalarias antes y después de su inclusión del programa de la EEH y EGC de los pacientes atendidos en el Centro de Salud El Raval del Departamento de Salud Elche-Hospital General. Así como describir el perfil del usuario al que se beneficia de dicha atención.

MATERIAL Y MÉTODO

El diseño del estudio es descriptivo, retrospectivo. Se tomaron los registros de los pacientes atendidos por la EEH del Hospital General de Elche y de los pacientes atendidos por la EGC del centro de salud El Raval. Se ha comparado el número de visitas a urgencias un año antes y un año después de que se incluyeran a estos pacientes en el programa (2 al 22 de diciembre 2010) Se realizó el test de Wilcoxon para evaluar las diferencias entre el número de visitas en ambos años (IC 95%). Se excluyeron a los pacientes fallecidos y aquellos que no han cumplido un año en el programa. Las variables utilizadas para el análisis de los pacientes incluyen sexo y edad. Se ha realizado una descripción de los diagnósticos por los que son atendidos por la EEH y EGC. Como último paso de nuestro análisis, se ha estudiado la diferencia de costes por actividad de la atención en urgencias en el hospital en el año previo y posterior a este programa. Fuente de datos: Alta Hospitalaria, SIA, SIE. Para el análisis estadístico se utilizó SPSS versión 17.0.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 54 pacientes, 76% Mujeres y 24% hombres, la media de edad fue de 84 años (66 a 96 años de edad). Los pacientes presentaron un total de 90 asistencias al servicio de urgencias antes de su inclusión al programa de EEH y EGC, con un rango de 0 a 12 consultas por paciente. En contraste se registraron un total de 36 asistencias al servicio de urgencias después de un año de funcionamiento del programa, también se observó

una reducción en el número de consultas (de 0 a 4) por pacientes, p=0.01. Las patologías más frecuentes diagnosticadas en los pacientes atendidos por la EGC son enfermedades cardiacas (15%), deterioro cognitivo (15%) e hipertensión arterial sistémica (15%). Los costes por actividad en el servicio de urgencias del Hospital General de Elche durante el año previo a la inclusión de los pacientes al programa de EHH y EGC es de 20.619,00 €. En contraste el coste anual posterior a la inclusión es de 8.247.96, la diferencia entre ambos años es de 12.371,94 €.

DISCUSIÓN

El programa de atención al paciente pluripatológico a través de la EEH y EGC ha tenido efectos positivos en la reducción asistencial al servicio de urgencias en el Hospital General Universitario de Elche, favoreciendo el uso correcto de este servicio al ser atendidos estos pacientes en episodios de descompensación por sus patologías de base.

CONCLUSIONES

Los pacientes de sexo femenino son las más beneficiadas, ya que este grupo tiene una mayor supervivencia con enfermedades crónicas, siendo las enfermedades cardiovasculares las de mayor causa de morbilidad que afecta a la población mayor a 65 años.

Intervenciones de promoción de salud y prevención enfermedades crónicas (C)

C-1 ESTIMACIÓN DEL PORCENTAJE DE PACIENTES NO DIAGNOSTICADOS DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN LA COMARCA DEL BAIX EBRE

C. López[1], J. Clua[2], R. Bosch[2], E. Giménez[3], N. González-Rojas[4], J. Lucas[2], A. Panisello[2], A. Roso[1], I. Lechuga[2], M. Gallofré[5]

[1]USR Terres de l'Ebre. IDIAP Jordi Gol - IISPV - Fundació Dr. Ferrán. Tortosa (Tarragona)

[2]Atención Primaria / Hospitalaria. Institut Català de la Salut Terres de l'Ebre. Tortosa (Tarragona)

[3]Economía de la Salud. Amaris Consulting. Barcelona

[4]Economía de la Salud. Boehringer-Ingelheim España. Sant Cugat del Vallès (Barcelona)

[5]Pla director de la Malaltia Vascular Cerebral de Catalunya. Departament Salut Catalunya. Barcelona

OBJETIVOS

Determinar el porcentaje de sujetos con Fibrilación Auricular (FA) no diagnosticada entre la población mayor de 60 años residente en la comarca del Baix Ebre. Estimar la prevalencia de FA entre la población mayor de 60 años y analizar los factores asociados al no diagnóstico previo de FA.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, transversal, no ligado a fármaco, de base poblacional multicéntrico y de ámbito rural y urbano. La población de estudio es una muestra representativa de sujetos mayores de 60 años residentes en la comarca del Baix Ebre que acudieron al Centro de Atención Primaria (CAP) con cita previa por cualquier problema de salud y escogidos consecutivamente (en poblaciones grandes), o que fueron convocados y seleccionados aleatoriamente (en poblaciones pequeñas) y que voluntariamente se prestaron a que se les realizara un electrocardiograma (ECG). Se realizaron ECG y se revisaron las historias clínicas (HC) de los pacientes incluidos en el estudio. La información que se extrajo de las HC fueron datos sociodemográficos, datos sobre el tratamiento para la FA recibido en el momento de la revisión de la HC (antiarrítmico, anticoagulante oral, parenteral, antiagregante o ninguno), factores de riesgo y comorbilidades.

RESULTADOS

La muestra estuvo formada por 1044 sujetos, con una media de edad de 73,1 años (DE: 7,8); el 52.9% eran mujeres. Un 27,1% de la población había tenido síntomas previos (mareos, desmayos, palpitaciones,...) y el 76,6% se había realizado un ECG en los últimos 2 años. El 86,0% de los sujetos no tenían antecedentes familiares de enfermedad vascular

(infarto previo, placa aórtica compleja o enfermedad arterial periférica) y el 89,4% no tenia antecedentes personales. La proporción de hipertensos y diabéticos en la población de estudio fue del 66,0% y del 27,0% respectivamente. La prevalencia de FA fue de 8,2% (Intervalo de Confianza [IC] 95%:6,6-9,9%). El número (porcentaje) de sujetos que no estaban diagnosticados previamente fue de 21(2,0% sobre el total de la población) (IC 95%: 1,2-2,8%). Representando los pacientes no diagnosticados un 24,4% sobre los prevalentes (IC 95%: 16,6-34,4%). Para los casos no diagnosticados anteriormente de FA se realizó un análisis multivariante que mostró que el no diagnóstico previo de FA se asocia fuertemente con tener antecedentes de insuficiencia cardiaca (odds ratio: 6,5; IC 95%:1,7–24,4) y levemente con la edad del sujeto (odds ratio: 1,1; IC 95%:1,0–1,1).

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran una prevalencia de FA en población mayor de 60 años del 8,2%, unos valores comparables con los obtenidos por el estudio PREV-ICTUS, que en una muestra de población mayor de 60 años de toda España obtuvo una prevalencia de FA del 8,5%. El porcentaje de FA no diagnosticada en población mayor de 60 años es del 2,0%. Este valor representa un porcentaje de no diagnóstico del 24,4%, que es superior al 16,5% proporcionado por las autoridades sanitarias del Baix Ebre. El modelo multivariante muestra cómo factores de riesgo más importantes la presencia de insuficiencia cardiaca y la edad del paciente. Estos factores son asimismo dos de los factores de riesgo de sufrir ictus considerados en la escala CHA2DS2VASC, lo cual refuerza su papel predictivo a la hora de prevenir enfermedades cerebrovasculares en pacientes crónicos.

CONCLUSIONES

Una de cada 50 personas mayores de 60 años sufre sin saberlo una FA; dadas las implicaciones terapéuticas que tiene su diagnóstico, sería razonable evaluar la posibilidad de hacer un ECG de cribado periódico en población general mayor de 60 años.

C-4 LA PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR EN PERSONAS CON DIABETES: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA (ESTUDIO PRELIMINAR)

J. Navarro-Pérez[1], A. Navarro-Adam[1], D. Orozco-Beltrán[2], G. Sánchez[1], V. Gil-Guillén[2], M. Carratalá Munuera[2]

[1]Fundación Hospital Clínico. INCLIVA. Valencia

[2]Cátedra Medicina Familia. Universidad Miguel Hernández. Elx

OBJETIVOS

Valorar la efectividad que produce la aplicación del modelo de atención a pacientes crónicos (Chronic Care Model) sobre la prevención de las enfermedades cardiovasculares.

MATERIAL Y MÉTODO

Adaptación de la metodología Cochrane para revisiones sistemáticas (Cochrane Handboock for Systematic Reviews of Interventions, v5.0.2). Se realizó una búsqueda electrónica de ensayos clínicos en Medline que aplicaran el modelo de atención a pacientes crónicos (Chronic Care Model) en pacientes con enfermedades cardiovasculares. Para la estrategia de búsqueda se realizaron combinaciones con las siguientes palabras clave: “Chronic Care Model” con “cardiovascular diseases”; “diabetes”; “ hypertensión”; “obesity”; “hypercholesterolemia” y “clinical trial”. Para el análisis de los artículos utilizamos el programa Review Manager (Review Manager v5.1 del Australian Primary Health Care Research Institute, Cochrane). En dicho análisis se detallan los resultados de las variables de los artículos tanto los incluidos como los no incluidos en la revisión.

RESULTADOS

Se detectaron 35 estudios, siendo excluidos por duplicados 6 y 23 al aplicar la Jadad Score. Finalmente, 6 estudios (JADAD > 3) fueron incluidos en la revisión. Doce artículos no cumplen criterios. Todos los estudios incluidos son en población con diabetes.

DISCUSIÓN

Como cualquier posible intervención terapéutica el Modelo de Atención a Crónicos debe revisar sus posibles evidencias. Para ello, la mejor herramienta es una revisión sistemática.

CONCLUSIONES

Las propuestas de intervención terapéutica en población con diabetes son el principal núcleo de investigación actual del Modelo de Atención a Crónicos principalmente ha desarrollado

C-6 INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN PARA LA MEJORA DE LAS INTERVENCIONES EN EL PACIENTE CRÓNICO

A. Mira Cantó, M. Yáñez Motos, M. Gil Estevan, D. Ibáñez Gallardo, N. Mira-Marcelí García, D. Fayós Álvarez

Atención Primaria. Departamento de Salud de Elda. Elda (Alicante)

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de las Ulceras por Presión (UPP) y factores asociados, en el Departamento de Salud de Elda (Alicante).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional transversal de úlceras por presión en pacientes inmovilizados, siendo objeto del mismo las variables sexo y edad, la naturaleza de los cuidados prestados, los factores asociados a las UPP, la observación de la piel, y la prevención. En el estudio ha participado todo el personal de Enfermería de Atención Primaria de los 12 Centros de Salud del Departamento de Elda. Se han realizado dos cortes transversales, en enero de 2010 y de

2011, en los que se ha hecho una valoración de todos los pacientes inmovilizados incluidos en el Programa de Atención Domiciliaria (PAD). Para ello se ha utilizado un informe de Enfermería, en el que se incluye la escala de riesgo de Braden, que según Pancorbo-Hidalgo et al, (2006) está validada, con una sensibilidad de 57,1% y tiene una especificidad de 67,5%; siendo buena predictora del riesgo de UPP. Para la estadificación se usó la escala recomendada por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP).El denominador para el cálculo de la prevalencia ha sido el número de pacientes incluidos en el PAD.

RESULTADOS

El número de pacientes inmovilizados incluidos en el programa de atención domiciliaria valorados para el presente estudio ha sido de 662, de los que el 63,9% son mujeres y el 36,0% son hombres. -La prevalencia de Ulceras por Presión (UPP) en nuestro Departamento ha sido de un 31,13% en Enero de2010 y de un 36,2% en Enero de 2011. -En cuanto a la gravedad de las lesiones, el 37,85% correspondían al estadío I.-Al aplicar la escala de Braden, en el 44,5% de los casos se obtiene una clasificación de alto riesgo. -El grupo más afectado son los mayores de 65 años: 96,8%.-Talones y sacro son las zonas con más afectación: 30,8% y 24,5%.-En el 100% de los casos se ha realizado educación sanitaria y se han aplicado las medidas de higiene y movilización. -El 100% utiliza medidas de protección y un 20% disponen de otros dispositivos.

DISCUSIÓN

Las úlceras por presión (UPP) constituyen un problema común en todos los niveles asistenciales de Salud, afectando a personas de todos los grupos de edad y produciendo elevados costes, tanto a nivel de sufrimiento individual y familiar como a nivel socio-económico. Siendo su prevalencia e incidencia indicadores de calidad de los cuidados de enfermería, es imprescindible conocer su dimensión para poder abordar de forma eficiente dicho problema desde el ámbito de los cuidados y la prevención. Los datos obtenidos se asemejan a los del 3er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009 en el que el 93,4% tiene una edad igual o superior a 65 años, en nuestro caso es del 96,8%. En cuanto a la localización más frecuente al igual que en nuestro estudio son sacro (32,8%), y talones (28%).

CONCLUSIONES

En conclusión, el presente estudio constata un Aumento de la prevalencia de Ulceras por Presión en un 5%. Es necesaria la revisión de las guías de práctica clínica sobre UPP. SE debe promover una mayor implicación del paciente y su familia en la planificación y ejecución de los cuidados, mediante educación para la salud. Por último el grupo de trabajo considera necesaria la evaluación de forma continua de nuestra práctica asistencial.

C-7 PREVALENCIA DE PATOLOGÍA PODOLÓGICA EN UNA MUESTRA ALEATORIA POBLACIONAL MAYOR O IGUAL DE 40 AÑOS

C. González Martín[1], A. Martínez Rodríguez[1], S. Pértega Díaz[2], M. Seoane Pillado[2], B. López Calviño[2], S. Pita Fernández[2], R. Seijo Bestilleiro[2], D. Orozco Beltrán[3]

[1]Universidad de A Coruña, [2]Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña.

[3]Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. Alicante

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de patología podológica en población adulta mayor o igual de 40 años.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: Estudio observacional, transversal, de base poblacional, realizado en el municipio de Cambre (A Coruña), entre Noviembre de 2009 y Abril de 2011. Muestra: Se incluyen todos los pacientes≥40 años que, mediante muestreo aleatorio estratificado por edad y sexo, dieron su consentimiento a participar. Tamaño muestral: 40-64 años (n=505, precisión=±4,4%, seguridad=95%), igual o más de 65 años (n=497, precisión=±4,4%, seguridad=95%) Mediciones: Exploración podológica, variables sociodemográficas Análisis: Descriptivo, egresión logística múltiple

RESULTADOS

En el grupo de 40-64 años, la prevalencia de Hallux Valgus, Hallux Extensus y Hallux Limitus fue del 29,7%, 16,4% y 4,0%, respectivamente. La prevalencia de Hallux Valgus fue significativamente mayor en mujeres que en varones (35,3% vs. 22,9%; p=0,002). Presentaban dedos en garra el 60,2% y 5º radio plantar flexionado un 12,5%. En el grupo de 65 años o más, la prevalencia de Hallux Valgus, Hallux Extensus y Hallux Limitus fue del 46,4%, 15,3% y 5,9%, respectivamente. La prevalencia de Hallux Valgus resultó ser también significativamente mayor en mujeres que en varones (54,4% vs. 37,3%; p<0,001). Presentaban dedos en garra el 78,7% y 5º radio plantar flexionado un 10,5%. Tras ajustar por edad, sexo e índice de masa corporal se objetiva que en los <65 años, la prevalencia de Hallux Valgus se asocia significativamente con la edad, el sexo femenino y el índice de masa corporal. En los≥65 años, se asocia significativamente con la prevalencia de Hallux Valgus, el sexo femenino. En el grupo de 40-64 años, la prevalencia de pie plano/pronado según el índice de Chippaux fue del 55,2% y de pie cavo del 9,5%. Estas prevalencias, utilizando el ángulo de Clarke, fueron del 19,6% y 31,8% respectivamente. En el grupo de≥65 años, la prevalencia de pie plano/pronado según el índice de Chippaux fue del 68,8% y de pie cavo del 4,8%. Utilizando el ángulo de Clarke, estas prevalencias fueron del 40,0% y 17,4%, respectivamente. Para los <65 años se objetiva, según el índice kappa (K), una concordancia pobre entre el índice de

Chippaux y el ángulo de Clarke para el pie plano/pronado (k=0,292; p<0,001) y para pie cavo (k=0,274; p<0,001); así como para los≥65 años, pie plano/pronado (k=0,393; p<0,001) y pie cavo (k=0,286; p<0,001).

DISCUSIÓN

Según estudios revisados, la prevalencia de Hallux Valgus en mujeres es aproximadamente de un 40%, observándose una prevalencia similar en nuestro estudio. También, se considera de gran importancia estudiar el Hallux Limitus por ser una de las patologías que más se dan en la primera articulación metatarsofalángica y así comprender mejor su clínica.

CONCLUSIONES

Existe una alta prevalencia de patología podológica en población adulta >40 años, incrementándose con la edad y en el sexo femenino. La concordancia entre el índice de Chippaux y el ángulo Clarke para la clasificación podológica es débil.

C-8 NECESIDAD DE BUENA COMUNICACIÓN EN PACIENTE CRÓNICO

A. Pedro Pijoan, L. Santiago Fernández, E. García Muñoz, S. Pérez Zamora, E. González Platas, K. Ibrahim Abdullah

Atención Primaria. Consorci Sanitaria Integral/ ABS GAUDI. Barcelona

OBJETIVOS

La importancia de una buena comunicación entre médico y paciente es la herramienta básica para nuestra profesión y es el medio para llegar al objetivo más buscado de la comunicación eficiente que conlleva a la confianza en el paciente con patología crónica.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente varón de 42 años con antecedentes de ADVP y VHC que acude por presentar vómitos continuos con dolor abdominal. Desde un principio explica que está en un Centro de desintoxicación de alcohol desde hace años pero sin avances. Tal agravamiento de su estado general y vivencias pasadas con familiares hacen reflexionar al paciente y acudir a su médico de familia para buscar más ayuda. Había empeoramiento con pérdida de apetito, vómitos e insomnio que él mismo comentaba que mejoraba con la ingesta de alcohol. Las visitas fueron continuas, y no de 8 minutos, en las que se intentaba realizar psicoterapia para explicar su situación. Se le realizó una analítica y ecografía abdominal que con estas pruebas complementarias se le intentaba hacerle entender que todo era consecuencia del alcohol.

CONCLUSIONES

Compresión, escucha y tiempo puede que haya contribuido aumentar confianza médico-paciente. Se realizó derivación a un centro para ingreso de desintoxicación de alcohol y el paciente, antes del ingreso, demostró una ilusión, y al final, un entendimiento de que debía realizar un cambio de vida radical y por consecuencia mejoría de su salud.

C-9 NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA EN POBLACIÓN DE 40 A 64 AÑOS EN EL MUNICIPO DE CAMBRE (A CORUÑA)

P. Domínguez Loureiro[1], I. Álvarez Moital[1], S. Pértega Díaz[2], M. Seoane Pillado[2], B. López Calviño[2], S. Pita Fernández[2], V. Gil Guillén[3]

[1]Universidad de A Coruña, [2]Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña. A Coruña

[3]Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. Alicante

OBJETIVOS

Determinar el nivel de actividad física en población de entre 40 y 64 años de edad, y las variables asociadas.

MATERIAL Y MÉTODO

Ámbito: Municipio de Cambre (A Coruña). Periodo: De Noviembre de 2009 hasta Abril de 2011 Tipo de estudio: Observacional de prevalencia descriptivo. Criterios de inclusión/exclusión: Se incluye población de 40 a 64 años de edad que, seleccionada aleatoriamente (muestreo aleatorio estratificado por grupos de edad y sexo), den su consentimiento a participar. Tamaño muestral: n=505 (Precisión=±4,4%; Seguridad=95%) Mediciones: El nivel de actividad física se determinó mediante la versión abreviada del Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ), que evalúa la frecuencia semanal y el tiempo por día dedicado a la realización de actividades físicas. El IPAQ permite evaluar cuantitativamente el gasto energético de cada individuo, expresado en Equivalentes Metabólicos (MET)-minuto/semana. A su vez, el IPAQ permite también clasificar a los individuos en tres niveles de actividad física: alta, moderada o baja. De cada sujeto se recoge además su edad, sexo, índice de masa corporal, nivel de estudios, hábito tabáquico, percepción de su nivel de salud general e índice de comorbilidad de Charlson. Análisis: Análisis descriptivo. Modelo de regresión logística múltiple para identificar variables asociadas a un nivel alto de actividad física.

RESULTADOS

Se dispone de datos del IPAQ en 488 personas (Edad: 51,1±6,8; 53,1% mujeres). Declaran realizar algún tipo actividad física vigorosa el 23,6%, moderada el 26,2% y caminar algún día a la semana el 81,1%. La mediana de gasto energético total fue de 1386 MET-minutos/semana. Un 20,7% presentaban un nivel alto de actividad física, un 45,3% un nivel moderado y el 34,0% un nivel bajo de actividad física. Tras ajustar en un modelo de regresión logística por diferentes variables, se determinó que las variables asociadas de forma independiente con una menor actividad física eran el sexo femenino (p=0,004; OR=0,480), el ser obeso (p=0,049; OR=0,529), y una percepción regular o mala del estado general de salud (p=0,005; OR=0,319).

DISCUSIÓN

La obesidad e insuficiente actividad física corroboran los resultados de otros estudios realizados en este mismo grupo de edad. Se objetiva un mayor sedentarismo en las mujeres, lo cual muestra la importancia de generar intervenciones de salud pública para promocionar la actividad física en este grupo poblacional.

CONCLUSIONES

Más de una cuarta parte de la población de 40-64 años tiene un nivel bajo de actividad física habitual. Las mujeres realizan menos ejercicio físico que los hombres, asociándose además una actividad física baja o moderada con la prevalencia de obesidad y una peor percepción del estado de salud.

C-10 INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS DE TRES ESTATINAS (FLUVASTATINA, ATORVASTATINA Y SIMVASTATINA) CON OTROS FÁRMACOS DE USO HABITUAL EN PACIENTES CRÓNICOS POLIMEDICADOS MAYORES DE 65 AÑOS

R. Durán Palomino, M. Gómez Miranda, H. Orellana Hernández, D. Marranzini Pumarol, S. Martín Almendros
Atención Primaria CAP Burlada. (Navarra)

OBJETIVOS

Objetivo principal: Demostrar las interacciones medicamentosas en el uso de tres estatinas (Simvastatina, Fluvastatina y Atorvastatina) en el paciente crónico polimedicado mayor de 65 años.

MATERIAL Y MÉTODO

Se revisaron las Historias Clínicas Informatizadas de 60 pacientes elegidos aleatoriamente del programa informático Atenea del Centro de Atención Primaria de Burlada (Navarra). Programa EXCEL. Programa informático Lexi-Interac. de interacciones medicamentosas que se encuentra en la página de UpToDate Inc.

RESULTADOS

El Centro de Atención Primaria de Burlada atiende a una población adulta de 16.412 pacientes (2011), 3.093 son mayores de 65 años. De éstos, 714 tomaban 5 o más fármacos incluido entre ellos una estatina. Se incluyó en el estudio una muestra de 60 pacientes polimedicados (tomaban 5 o más fármacos), mayores de 65 años y en tratamiento con una de las siguientes estatinas (Simvastatina, Fluvastatina o Atorvastatina). Clasificamos las interacciones medicamentosas encontradas en 5 grupos: A. No se conoce interacción entre los fármacos. 9% de los pacientes estudiados. B. Los fármacos interactúan entre ellos pero la interacción no requiere de acción correctora. 8% de los pacientes. C. Los fármacos especificados pueden interactuar entre ellos de manera clínicamente significativa por lo que puede ser necesario un ajuste de dosis. 75% de la muestra. D. Los fármacos especificados interactúan entre ellos de manera muy significativa hasta el punto de plantearnos una modificación de la terapia. 8% de la muestra. Ej.: Gemfibrozilo, Aspirina, Amlodipino, Verapamilo. X. Se ha de evitar la combinación de los fármacos. Ningún caso.

DISCUSIÓN

Dado que la hipercolesterolemia es una patología altamente prevalente en la población, son importantes los datos aportados en este trabajo en cuanto a las interacciones medicamentosas que podemos encontrar de las estatinas con otro tipo de medicamentos usados habitualmente en el paciente crónico de la consulta de atención primaria.

CONCLUSIONES

En una gran parte (75%) de los pacientes crónicos polimedicados mayores de 65 años tratados en atención primaria con control de su hipercolesterolemia por estatinas, deberemos vigilar la posibilidad de una interacción medicamentosa y probablemente plantearnos una disminución de la dosis en alguno de los medicamentos de su tratamiento habitual. Si bien será raro encontrar una interacción del tipo X que nos obligue a quitar alguno de los fármacos utilizados. La interrelación medicamentosa tipo X se encontró en el 0% de los casos indicando un buen manejo por nuestra parte en el uso de las estatinas.

C-11 LA DEPRESIÓN COMO FACTOR DE RIESGO DE OTRAS PATOLOGÍAS: ESTUDIO DE COHORTES PROSPECTIVO (2004-2008)

E. Azpeitia Serón[1], L. Abecia Inchaurregui[2], E. Echevarria Orella[2]
[1]*Valles I. Comarca Araba. Álava*
[2]*Universidad del País Vasco. Departamento Medicina Preventiva y Salud Pública. Álava*

OBJETIVOS

Demostrar que la comorbilidad entre las enfermedades crónicas y la depresión es frecuente y que los pacientes con depresión presentan una mayor probabilidad de sufrir enfermedades crónicas.

MATERIAL Y MÉTODO

Muestra recogida de los datos procedentes del sistema informático de OSAKIDETZA, OSABIDE, de la provincia de Álava a través del CAU durante los años 2004 al 2008. Con todos los pacientes registrados en OSABIDE de Álava se formaron dos cohortes: 1.-Pacientes nuevos registrados de depresión en 2006. 2.-Pacientes no diagnosticados de depresión y que no hubieran consumido previamente antidepresivos en proporción de 1/4. Se les ha seguido durante 3 años y registrado las patologías crónicas que han debutado durante ese periodo en ambos grupos.

RESULTADOS

1.-Los pacientes depresivos de Álava tienen un riesgo relativo(RR)significativo de padecer Insuficiencia Cardiaca (3,09), Anemia Carencial (3,23), Bocio (1,91), Hipotiroidismo (2,44), Dislipemia (2,11), Hipertrigliceridemia (4), Cirrosis (2,9), Dermatosis (2,74), Dermatitis (2,77), Enfermedades Infecciosas (Neumonía 3,27- Gripe 1,85), Glaucoma (2,06), Catarata (3,67), Asma (2,09), EPOC (2,36),Migraña (3,95) y Vértigo (3,22). 2.-Como ya sabíamos algunas enfermedades neurológicas pueden debutar con una depresión: Demencia (7,44), Parkinson (7,73) y Esquizofrenia (4,64). 3.-En algunas patologías quizás la depresión puede ser causa de una mayor percepción de sintomatología como en la Artrosis (3,67), Varices (2,09) y Hemorroides (3,23). 4.-La ansiedad se asocia a un RR de 2,47 y el Sobrepeso a 1,36. 5.-La HTA, Psoriasis, Gota y Diabetes no se asocian significativamente a mayor riesgo con la depresión.

DISCUSIÓN

En otros estudios se ha comparado los decrementos en la salud asociados con la depresión y los relacionados con otras enfermedades crónicas. Los resultados obtenidos demostraron que la comorbilidad entre las enfermedades crónicas y la depresión es frecuente y que los pacientes con enfermedades crónicas presentan una mayor probabilidad de sufrir depresión. Este estudio demuestra que la depresión es un factor de riesgo para padecer enfermedades crónicas y nos queda valorar si pudiera ser el consumo de antidepresivos la causa de las mismas.

CONCLUSIONES

1.-La depresión es un factor de riesgo para padecer Insuficiencia Cardiaca, Anemia Carencial, Patología Tiroidea, Cirrosis, Dermatosis, Enfermedades Infecciosas, Glaucoma, Catarata, Asma-EPOC, Migraña y Vértigo. 2.-En algunas patologías la depresión puede ser causa de una mayor percepción de su sintomatología. 4.-La ansiedad y el sobrepeso no se asocian en mayor proporción que otras patologías crónicas a la depresión. 5.-La HTA, Psoriasis, Gota y Diabetes no se asocian significativamente a mayor riesgo con la depresión.

C-12 ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL PERFIL LÍPICO EN UNA MUESTRA DE PSORIÁSICOS DE UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

M. Asensio Villanueva[1], J. De la Luz Santón[1], R. Balas Urea[1],
V. Asensio Villanueva[2], M. Bedoya Frutos[3], L. Balsalobre Arenas[4]
[1]Centro de Salud Francia. Hospital de Fuenlabrada. Madrid
[2]Urgencias. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia
[3]Centro de Salud Mª Jesús Hereza. Leganés (Madrid)
[4]Centro de Salud Mendiguchia Carriche. Leganés (Madrid)

OBJETIVOS

Describir la prevalencia de dislipemia en nuestra población, el perfil lipídico y la comorbilidad de los pacientes con psoriasis en una zona básica de atención primaria en el área 9 de Madrid.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, observacional, transversal. Población: pacientes con diagnóstico de psoriasis en el centro de salud Mª Jesús Hereza (Leganés, Madrid). A través de las historias clínicas registradas en OMI-AP se recoge la edad y sexo de los pacientes, tiempo de evolución de la enfermedad, el colesterol total, HDL-colesterol, LDL-colesterol, triglicéridos, glucosa, creatinina, ácido úrico, ALT, GGT, la presencia o ausencia de diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, dislipemia, hábito tabáquico, hiperuricemia, infarto agudo de miocardio, episodio cerebrovascular, tratamiento con corticoides orales. Se ha calculado el porcentaje de las variables cualitativas, y la media, desviación estándar y rango para las variables cuantitativas. Los resultados se han estratificado por sexos

RESULTADOS

Se obtiene 324 pacientes. El 48,5% son hombres. La edad media es de 54,3 años (DE 16,2). El tiempo medio de diagnóstico es 6,57 años (DE 5,7). El 10,8% está diagnosticado de DM, 35,8% de HTA, 33,6% son obesos, fuman 11,7%. La prevalencia de dislipemia es de 35,5% y un 30,6% está con hipolipemiantes. El 4,9% presentan IAM, 4% accidente cerebrovascular, 13% hiperuricemia, 6,5% EPOC. El 56,2% presentan un colesterol<200mg/dL, 35,8% presentan valores entren200-250mg/dL y el 8% >250mg/dL. Un 11,7% tienen HDL-colesterol<40mg/dL y un 42% presentan un LDL-colesterol>160mg/dL. El 13,3% tienen triglicéridos >160mg/dL. Los hombres tienen más diagnóstico de dislipemia y están más tratados con hipolipemientes que las mujeres (p<0,05).El control de triglicéridos y HDL es mejor en las mujeres y el LDL-colesterol en los hombres (p<0,05).

CONCLUSIONES

Nuestra muestra presenta un porcentaje mayor de diagnóstico de dislipemia y obesidad que la población general. A pesar de que tenemos más DM la glucemia >126mg/dL es menor. Los hombres toman más hipolipemiantes porque presentan más diagnóstico de dislipemia. Las mujeres presentan mejor control de los triglicéridos, del colesterol total y el HDL-colesterol y los hombres del LDL-colesterol.

C-13 CONTINUACIÓN DESARROLLO DE UN PROGRAMA BASADO EN LA EVIDENCIA EN PRIMEROS Y SEGUNDOS EPISODIOS PSICÓTICOS

A. González Pinto Arrillaga[1], S. Barbeito Resa[2], S. Ruiz De Azua García[1],
P. Vega Pérez[1], I. González Ortega[1], F. Santander[1], M. Gutiérrez Fraile[1],
R. González Oliveros[1]
[1]Servicio de Psiquiatría, [2]Cibersam. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz (Álava)

OBJETIVOS

Estandarizar la atención a primeros episodios psicóticos (PEP) resistentes, estratificándolos por gravedad, y continuar con la psicoeducación. Los casos con al menos una recaída (segundos episodios) serán tratados con uno de los 5 posibles tratamientos eficaces en casos resistentes: clozapina, litio, TEC, fármacos depot, otros antipsicóticos, otros fármacos o tratamientos psicológicos

MATERIAL Y MÉTODO

Realizamos un tratamiento integrado con PEP y realizamos un estudio observacional de pacientes con PEP y con al menos una recaída, siendo asignados según criterios clínicos a uno de los grupos de tratamiento mencionados. Fueron evaluados con un extenso protocolo que incluía factores sociodemográficos, clínicos (funcionalidad, adherencia, síntomas, episodios, reingresos).

RESULTADOS

Obtuvimos datos de 28 pacientes y 30 controles con un PEP. Los grupos fueron homogéneos basalmente a nivel sociodemográfico y clínico. Al medir la evolución observamos que ambos grupos (GE/GC) mejoraron la sintomatología. Encontramos diferencias significativas en la mejora del GE respecto al GC en sintomatología negativa y general psicótica. En ambos grupos disminuyó la ansiedad y sintomatología depresiva y mejoró la percepción de calidad de vida física. A nivel funcional solo mejoró significativamente el GE y lo mismo ocurrió con la conciencia de enfermedad.

DISCUSIÓN

El tratamiento integrado es útil para el paciente ya que vemos que ayuda a aprender nuevas estrategias de afrontamiento y mejorar la adherencia y conciencia de enfermedad, llevándoles a reducir los reingresos y recaídas y evitando importantes consecuencias socioeconómicas para el sistema sanitario y sociedad en general, reduciendo la cronicidad.

CONCLUSIONES

El tratamiento de PEP resulta de utilidad para el paciente y sociedad en general, reduciendo la cronificación, los reingresos y episodios.

C-14 PROGRAMA PILOTO DE UN TALLER DE SALUD SEXUAL EN MAYORES DE 65 AÑOS DE UN CENTRO DE SALUD

M. Campillos Páez, R. Melguizo Benavides, B. Martínez Alonso de Armiño, Y. Santamaría Calvo, M. Garrote Peñuelas, M. Delgado Valera
Servicio de Medicina Interna. Hospital 12 de Octubre. Madrid

OBJETIVOS

JUSTIFICACION: El envejecimiento progresivo de la población española tiene su traducción en un aumento de la demanda asistencial de éstos en las consultas del médico de familia y de enfermería de AP. Cada vez con mayor frecuencia, además de las patologías crónicas "clásicas en AP", nuestros ancianos demandan información sobre salud sexual y consultan por problemas relacionados con este área. OBJETIVOS Objetivo general: Contribuir a mejorar la salud sexual de nuestros mayores de 65 años mediante la realización de talleres en el centro de salud, Objetivos específicos: •Aumentar satisfacción en la vida sexual de ese grupo de población. •Aumentar los conocimientos de los mayores sobre patologías crónicas que éstos padecen y la repercusión (tanto de las patologías en sí como de sus tratamientos) en la esfera sexual. •Aumentar los conocimientos del profesional sanitario sobre patologías y/o trastornos relacionados con la sexualidad del paciente mayor.

MATERIAL Y MÉTODO

DISEÑO: Intervención grupal SUJETOS: Mayores de 65 años adscritos a nuestro centro de salud AMBITO: Atención primaria. INTERVENCIONES: Se desarrollará un taller mensual de 2 horas de duración (en turno de mañana y tarde) donde una enfermera, un médico de familia y un residente de esta especialidad explicarán hábitos de vida saludable para una buena salud sexual. Previamente los mayores serán captados en las consultas de medicina y enfermería a través de información directa y de carteles/folletos colocados en el centro de salud. El taller se apoyara con proyección en PowerPoint, folletos informativos y se facilitaran direcciones de internet donde conseguir información.

RESULTADOS

RESULTADOS: Se pasará al participante una encuesta evaluativa antes y después de la intervención, para, a través de preguntas cerradas (objetivos aprendidos) y a través de preguntas abiertas, identificar conocimientos adquiridos y/o expectativas del curso (qué esperaban del taller, si el taller ha satisfecho sus necesidades formativas, necesidades no cubiertas…). Así mismo, tanto al participante como al profesional sanitario, se les pasara al finalizar el programa una encuesta de satisfacción del taller.

CONCLUSIONES

Además de fomentar la participación del residente de medicina de familia en talleres (como parte de su formación en actividades comunitarias y manejo de la comunicación oral, ambos ítems integrantes del programa de la especialidad), se pretende aumentar las actividades comunitarias tanto de educación para la salud como participación ciudadana a desarrollar en nuestro centro de salud. -Si la experiencia fuese satisfactoria, se plantear extender este programa a otros centros, así como publicar nuestra experiencia en congreso y/o revistas. -Aumentamos los conocimientos del profesional sanitario en un área un tanto "olvidada" de nuestros mayores, pero no por ello menos importante.

C-15 SOCIOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO: ¿UN PROCESO DE IMPACTO EN EL GÉNERO FEMENINO?

C. Ferreres Bautista[1], S. Peris Arnau[2]
[1]Centro de día de AFA-CS. Onda,
[2]Centro de Salud. Burriana. Hospital de la Plana. Villarreal/Vila-real (Castellón)

OBJETIVOS

El año 2012, ha sido declarado Año Europeo del envejecimiento Activo. Los mayores de 65 años son candidatos a los procesos crónicos. Hemos pretendido hacer una revisión bibliográfica del impacto que tienen los parámetros de sobrepeso, obesidad, sedentarismo y sueño, que influyen en la calidad de vida de los mayores y son susceptibles de modificarse mediante un envejecimiento Activo.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica, desde 1980 hasta la fecha, de los libros blancos sobre tercera edad editados, con especial referencia al proyecto del análisis, haciendo especial diferenciación entre mujeres y hombres, para denotar si hay diferencias entre sexo. Las comparativas más claras han sido entre los datos de inicio de siglo 2001 y los datos del 2011. No eran analizados en las publicaciones anteriores estos parámetros.

RESULTADOS

Para población superior a 65 años. A nivel de sobrepeso: En el 2011. Los hombres con sobrepeso superan el 50%, mientras que las mujeres constituyen el 41,3% (43,6%>de 65a., 39%>de 75a.), frente al 2001, donde habían un 49% de varones con IMC (entre 25 y 29,9) frente a un 39,8% de mujeres. A nivel de Obesidad (IMC superior a 30): Estaba presente un 51% de mujeres (27%>de 65a., 24%>de 75a.) frente a 41% en hombres (24%>de 65a., 17%> de 75a.). En el 2001, las mujeres obesas constituían 40,8% y los hombres el 31,5%. A nivel de actividad física: Los hombres sedentarios en el 2011, eran un 35,16% (9,66%>de 65a., 25,5%>de 75a.) por 50,7% las mujeres (15,5%>de 65a., 35,2%>de 75a.). A nivel Sueño: En la actualidad las personas que duermen menos de 7 horas, son el 43% de los hombres frente el 56% de mujeres (38,7>de 65a., 17,4%>de 75a.) completan un total de 47,35%, frente al año 2001 donde los insomnes eran el 40% de los mayores.

DISCUSIÓN

Se han analizado datos de poblaciones mayores de 65 años, actualmente la población anciana impacta con una tasa de envejecimiento de más del 17,2%, con una población mayor de 80 años superior al 5%, con un 35% más de mujeres que hombres, si bien nacen más varones que mujeres a partir de los 50 años, ya hay en la población más mujeres que hombres. Los parámetros analizados (Sobrepeso, Obesidad, Actividad física y Sueño), no evolucionan de forma uniforme y varían según el momento del análisis, además tienen una participación decisiva en la fragilidad y por ende en la aparición de procesos crónicos, esta demostrado que son modificables por los correctos hábitos higiénico-saludables, ser Activo.

CONCLUSIONES

-Las mujeres mayores tienen menos sobrepeso que los hombres. -Las mujeres de más de 65 años presentan más obesidad que los hombres, sobre todo a partir de los 75 años. -Las mujeres son más activas que los hombres hasta los 75 años, a partir de esa edad se hacen más sedentarias.-Las mujeres mayores duermen menos que los hombres.-El sobrepeso aumenta muy ligeramente a lo largo del siglo, pero la tendencia a la obesidad es preocupante.-El sedentarismo va en franca disminución.-Pero la cantidad de sueño está en franca disminución, con el problema de uso de fármacos hipnóticos en ancianos. La mejora de hábitos alimentarios, con la práctica de ejercicio físico y mayor atención corporal, incrementarían la salud, garantiza una mayor calidad de vida y bajará la tendencia a la cronicidad.

C-16 APORTACIONES DE UN GRUPO FOCAL DE PACIENTES CRÓNICOS EN EL DIAGNÓSTICO DE SALUD DE UNA COMUNIDAD

D. Corominas Vilalta, A. Vila Vendrell, C. Ferriol Busquets, N. Ferrer Morell, S. Sanchez Fraile
Institut d'Assistència Sanitària. Hospital Santa Caterina. Girona

OBJETIVOS

GENERAL: Valoración del peso estratégico en las aportaciones de un \"grupo focal de pacientes crónicos\" en el diseño del plan operativo en promoción de la salud derivado del diagnóstico de salud del Institut d'Assistència Sanitària de Girona. ESPECÍFICOS: 1.- Registrar de las mejoras propuestas e incorporarlas en el plan operativo 2.- Proponer cambios en los aspectos mejorables en proyectos y acciones comunitarios 3.- Crear indicadores para monitorizar la actividad comunitaria con los pacientes crónicos del área de salud de referencia

MATERIAL Y MÉTODO

Formación aleatoria de 3 grupos focales (heterogéneos en edad, sexo i enfermedad principal). Trabajo cualitativo con la "metodología focal a 3 fases: presentación-intervención-consenso" hasta obtener saturación de la información. Agrupar las aportaciones de mejora por categorías: del sistema de salud, propias de la enfermedad, de los servicios comunitarios. Consenso en la priorización de las áreas de mejora i las intervenciones.

RESULTADOS

Primeros resultados agrupados por: sistema de salud: dinamizar las agendas de los profesionales adaptar el nivel de comunicación a los conocimientos del paciente enfermedad principal: buena adherencia al tratamiento (posología, administración) formar al cuidador principal en especificidades de la patología estadio del cambio para aceptar modificaciones

en la conducta servicios comunitarios: control en la dispensación farmacológica trasvase de comunicación relevante entre entidades aumentar el uso de las TiC

DISCUSIÓN

Es importante ”escuchar” a los informantes claves para elaborar un Diagnóstico de salud participativo. A la vez es importante sumar la experiencia con los usuarios y profesionales comunitarios para evitar centralizar las priorizaciones con los datos estadísticos de valores biológicos o económicos.

CONCLUSIONES

Para el buen funcionamiento de los proyectos comunitarios hace falta consensuarlos transversalmente y tener en cuenta la opinión de la población diana a quien van dirigidos.

C-17 ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS EN EL SECTOR SANITARIO ZARAGOZA II

E. Tobajas Señor, T. Tolosana Lasheras, P. Tabuenca Espada, J. Ruiz Barranco
Salud. Atención Primaria. Zaragoza

OBJETIVOS

Estudio sobre la distribución de consultas realizadas a pacientes crónicos, según categoría profesional que ha realizado la misma, buscando mejorar la eficacia del control del paciente.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis de consultas realizadas en 2011. Registro en O.M.I. con una calidad de 78,8% Detallando frecuentación, extensión de uso en población general y específicamente en pacientes que presentan diagnósticos considerados crónicos de especial seguimiento.

RESULTADOS

1. Extensión de uso: Usuarios atendidos en A.P.-77% Por enfermería-44%. (Fundamentalmente 0-14 y > 50 años) Por medicina-72% 2. Visitas de enfermería por usuario:< 4 años-5 visitas año. De 4-14, -2 visitas año > 50 años-5 visitas año, llegando hasta 14 visitas a los 80 años. 3. Número de pacientes con patología crónica: 57.611. Presentan un total de 68.282 diagnósticos, siendo: 59,79%-HTA, 22,71%-Diabetes, 8,87%-Obesidad, 4,37%-HTA Complicada, 4,24%-EPOC 4. En estos pacientes, enfermería ha actuado en el 73.6%, medicina en el75%.Destacar que un 49 % presenta un seguimiento conjunto, un 25 % solo por parte de enfermería y un 26 % solamente por parte de medicina. 5. Enfermería hace el control: Obesidad-43%, HTA-31%, HTA complicada-29%.Medicina realiza el control: EPOC-49%, Obesidad-44% Control conjunto mayor Diabetes-59% y menor Obesidad-13% 6. Frecuentación enfermera: Diabetes-3,33. HTA-2,74. HTA (complicada) -2,48 Frecuentación medicina: Diabetes-2,29. EPOC-2,25. HTA (compl)-1,73

DISCUSIÓN

El número de pacientes que reciben atención de enfermería es considerablemente inferior a la vista por medicina, centrándose en pacientes con patología crónica, además las patologías que enfermería son fundamentalmente obesidad, HTA Y diabetes, por otro lado los seguimientos conjuntos médico-enfermera deberían mejorar.

CONCLUSIONES

La atención y el tiempo se centran, sobre todo en el personal de enfermería, fundamentalmente en pacientes de edad avanzada y con alguna patología crónica, con un elevado número de visitas en comparación con el estándar que marcan los protocolos. La falta de tiempo y una organización no muy adecuada para personas activas, hace que la población entre 14 y 60 años apenas acuda a los centros, haciéndolo de forma puntual y por problemas agudos, dejando toda la parcela de prevención sin desarrollar, precisamente en las edades donde puede tener sentido.

C-18 MODIFICACIÓN DE LA ACTITUD TERAPÉUTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA TRAS LA REALIZACIÓN DE LA MONITORIZACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA (MAPA)

R. Balas Urea, J. De la Luz Santón, M. Asensio Villanueva, E. Cerrada Cerrada
Médicos de Atención Primaria. Hospital De Fuenlabrada. Madrid

OBJETIVOS

Determinar si la realización de la MAPA influye en la inercia terapéutica (IT) y en el manejo terapéutico de la hipertensión arterial (HTA) por parte del médico de Atención Primaria (AP).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional descriptivo retrospectivo realizado en el CS Francia, que atiende a una población de 17000 habitantes, de Fuenlabrada (Madrid). Se seleccionaron todos los pacientes a los que se les realizó la MAPA desde Enero de 2006 hasta Noviembre 2009, para medir el porcentaje de IT de los profesionales sanitarios tras la realización de la misma. Las variables recogidas son: edad, sexo, enfermedad cardiovascular, DM, dislipemia y tabaquismo. Se registraron las cifras de PA obtenidas en la consulta de AP y también las cifras medias obtenidas con la MAPA clasificándolas de acuerdo al estadio hipertensivo. Se registraron el empleo de fármacos antihipertensivos y el tipo de fármaco utilizado. Para medir la IT tras la realización de la MAPA se registró si los médicos empleaban alguna de las siguientes intervenciones: aumento o disminución de la dosis de un fármaco, introducción de un nuevo fármaco, retirada del fármaco que se tomaba previamente o la modificación de la cronoterapia farmacológica. Los resultados de las variables analíticas se expresaron en frecuencias absolutas y porcentajes y los de las variables cuantitativas con media y desviación

estándar con su correspondiente intervalo de confianza (IC) 95%. Para analizar la relación de la IT con el resto de las variables se utilizó la prueba de x2 para comparar proporciones y la t student para comparar medias y se calculó la OR con su IC 95%.

RESULTADOS

Fueron 131 pacientes a los que se les realizó la MAPA. El 62,6 % eran varones. Su edad media fue de 53,89 años (+/-13,2). La media de años de evolución de la HTA fue de 6,13 años (intervalo de confianza (IC) 95%: 4,69-7,57). El 33,6% eran diabéticos, el 39,7% tenían dislipemia y el índice de masa corporal (IMC) medio fue de 30,7 (IC 95%: 29,8-31,65). El 20,6% eran fumadores y el 3,1% tenía un consumo habitual de alcohol mayor de 30 gr/día. El 12,3% tenía antecedentes personales de ECV. El 74% de los pacientes tenían tratamiento farmacológico previo a la realización de la MAPA (41,2% diuréticos, 38,9% IECA, 29% betabloqueantes, 26% calcioantagonistas, 22,9% ARA II y 4,6% alfabloqueantes).La IT fue de un 6,1%. En el 45% de los pacientes no existían criterios para realizar modificación de la actitud terapéutica por buen control tensional. En el 48,8% se modificó la actitud terapéutica, siendo la introducción de un nuevo fármaco la medida más frecuentemente adoptada (18,3%). La modificación de la cronoterapia se produjo en un 11,4% y se retiró tratamiento en un 7,6%. Se aumentó o disminuyó la dosis de algún fármaco que el paciente tomaba previamente en un 4,5%.

DISCUSIÓN

La IT fue un 6,1%.EL resultado sobre la IT puede reflejar el hecho de que los médicos que participaron sean los más motivados en alcanzar un adecuado control tensional. Inicialmente no existió ninguna asociación estadísticamente significativa entre la IT y las variables estudiadas. Al comparar las cifras de PA obtenidas en consulta con las de la MAPA se objetiva que las cifras alcanzadas en la consulta eran superiores.

CONCLUSIONES

Para disminuir la IT se ha propuesto el envío de información al profesional sobre el porcentaje de control tensional, comparado con otros miembros del equipo y del Área o las auditorías periódicas. Creemos que la introducción de la MAPA en AP es una herramienta para tomar las mejores decisiones terapéuticas y reducir la IT.

C-19 EDUCACIÓN GRUPAL PARA LA SALUD EN HIPERTENSIÓN E HIPERLIPEMIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

I. Davila, A. Hernando, M. Diaz, E. Murguiondo, L. Etxeberria, J. Bardeci, I. Arenaza, K. Alustiza

Osakidetza; Servicio Vasco de Salud. OSI Goierri Alto Urola. Zumarraga (Guipúzcoa)

OBJETIVOS

Con este proyecto lo que se quería conseguir era: - -Formar a las enfermeras en la educación grupal y motivar a las enfermeras en la puesta en práctica de estas actividades - Facilitar a las enfermeras que se inicien en la educación grupal la programación, realización y evaluación de las mismas. -Integrar la educación grupal en la cartera de servicios de las enfermeras de Atención Primaria como una servicio más, habitual y programado. -Crear en cada UAP unas enfermeras responsables de la educación grupal. Que sirva de apoyo a la formación en educación grupal. -Dar respuesta a las necesidades de la población hipertensa e hiperlipémica perteneciente a la UAP: - Mejorar la calida de vida de los pacientes hipertensos e hiperlipémicos? Reducir las complicaciones de los pacientes hipertensos e hiperlipémicos a medio y largo plazo - Desarrollar en estos pacientes diabéticos actitudes de aceptación de la hipertensión e hiperlipemia, desarrollo de los conocimientos de la hipertensión e hiperlipemia, actitud positiva ante la enfermedad, autocuidados y desarrollas habilidades de autocontrol de la hipertensión e hiperlipemia

MATERIAL Y MÉTODO

- Materiales para salas de actividad: Pizarra, rotafolio, diapositivas, ordenador, proyector. - Técnicas de investigación en aula: - Tormenta de ideas; Phillis 66, Rejilla, Cuestionario, Cuestionario - Manual de Educación Para la salud y Educar en Salud I y II

RESULTADOS

Aún es pronto para poder tener resultados, en algunas UAP se ha comenzado con la educación grupal para la salud en hipertensión e hiperlipemia, de las 9 UAPs seleccionadas para impartir la educación grupal para la salud 3 UAPs ya la han realizado. En el resto de las UAP se ha retrasado por el calendario festivo de Navidad, epidemia de gripe... pero se están programando para los meses sucesivos El número de sesiones impartidas han sido de una media de 3 sesiones, de 2 horas de duración y la media de participantes ha sido de 10 asistentes a cada sesión. La satisfacción de los asistentes tras realizar la encuesta al finalizar la actividad grupal ha sido de una media de 4 sobre una puntuación máxima de 5. La satisfacción de las enfermeras tras la realización de dichas actividades grupales ha sido de alta.

CONCLUSIONES

Todo esto nos llevo a las siguientes conclusiones: El paciente hipertenso e hiperlipémico esta muy dispuesto a asumir su enfermedad y formarse con respecto a ella. • La organización de las actividades grupales dirigidas a los pacientes hipertensos e hiperlipémicos están muy bien aceptadas por parte de estos. • La satisfacción de las profesionales de enfermería con respecto a la educación grupal ha cambiado mucho, se acepta y se esta dispuesta a continuar con dicha actividad • Los pacientes hipertenso e hiperlipémicos han solicitado al continuad de dichas actividades he incluso han dado sugerencias de nuevos tema que les preocupan en especial. • Después de esta experiencia en la CGOM tenemos aún mas claro que anteriormente que las

actividades grupales se tienen que incorporar a la cartera de servicios de las enfermeras como una practica habitual de su trabajo diario.

C-20 LAS DIETAS DEL PACIENTE DIABÉTICO: LA IMPORTANCIA DEL MENSAJE CONSENSUADO

A. Vidal Tolosa[1], K. Rodríguez Pérez[2], C. Moreno Castilla[2], C. Florensa Roca[3], A. Aran Solé[4], A. Maria Millera[5], S. Gòdia López[6], D. Mauricio Puente[2]

[1]Àmbit Primària. ABS Balafia-Pardinyes-Secà de Sant Pere. Lleida
[2]Endocrinología i Nutrició. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida
[3]Àmbit Primària. ABS Balaguer. Balaguer (Lleida)
[4]Àmbit Primària. Direcció d\'Atenció Primària. Lleida
[5]Àmbit Primària. ABS Bordeta-Magraners. Lleida
[6]Àmbit Primària. ABS Rambla Ferrán. Lleida

OBJETIVOS

Unificar criterios a la hora de pautar la dieta de los pacientes diabéticos (paciente crónico) entre Atenció Primaria (AP) y el Servicio de Endocrinología y Nutrición de nuestra área de influencia.

MATERIAL Y MÉTODO

Nos hemos basado para trabajar en las dietas existentes tanto del ICS, las que presentaban en uso las nutricionistas, el material distribuido por diferentes servidores en relación con la salud y las tablas de composició de los alimentos del CESNID. Para el cálculo de las calorías necesarias, hemos utilizado un cálculo en función del peso, aplicando un factor de corrección en aquellos pacientes con sobrepeso u obesidad, para unificar criterios y dar un mensaje único a los pacientes susceptible por su patología. Se ha llevado a cabo mediante un grupo de trabajo mixto donde se encontraban: dietistas-nutricionistas, educadoras en diabetes, enfermeras de atención primaria, endocrinólogos y médicos de atención primaria

RESULTADOS

Se ha conseguido un consenso en las dietas presentándolas de la siguiente manera: dieta según tratamiento en 3, 4 y 5 ingestas; de 1200 a 3500 calorías; y en tres presentaciones en raciones, en imagen gráfica para pacientes con dificultad de comprensión y en medidas.

DISCUSIÓN

Actualmente se encuentra en fase de formación a los referentes de Endocrinología de AP, que a su vez procederán a la difusión en las diferentes Áreas Básicas de Salud del territorio de influencia mediante una presentación única consensuada. L

CONCLUSIONES

La mejora de las relaciones y la comunicación entre AP y hospitalaria va unida a una mejoría en el tratamiento y el seguimiento del paciente crónico con diabetes. Es importante el mensaje, que sea único, comprensible y consensuado.

C-21 PROYECTO DE ESTUDIO SOBRE DÉFICIT NUTRICIONAL EN ANCIANOS FRÁGILES

J. Casals Fransi[1], E. Kronfly Rubiano[1], M. Fernández Fernández[1], M. Bonfill Gabaldà[1], M. Comellas Villalba[1], J. Ros Pau[2], J. Almeda Ortega[3]

[1]EAP Pubilla Cases (ICS), [2]Laboratori Clínic L\'Hospitalet, [3]Unitat de Suport a la Recerca (Idiap-ICS).

OBJETIVOS

1) Describir el estado nutricional de los ancianos frágiles con riesgo de malnutrición detectados en el estudio de fragilidad del EAP Pubilla Cases, mediante estudio analítico. 2) Realizar estudio comparativo con otro subgrupo de ancianos frágiles de la misma muestra que no presentan riesgo de malnutrición y conocer la gravedad de la repercusión (proporción de afectados y nivel de afectación analítica). 3) Calcular el valor predictivo de los tests y de los parámetros analíticos asociados a malnutrición, para poder recomendar los de mayor rendimiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo observacional, de tipo caso-control, a partir de una muestra de 291 ancianos frágiles, con 31% de ellos con riesgo de malnutrición según el test Mini Nutritional Assesment (MNA). Descripción del estado nutricional con los indicadores antropométricos siguientes: peso, IMC, circunferencias braquial y de pantorrilla, puntuaciones test MNA y test Up and Go. Realización de analítica al grupo de ancianos frágiles con riesgo de malnutrición y a un grupo control aleatorio, que incluya: hemograma, ferritina, transferrina, B12, ác. fólico, albúmina, proteínas totales, colesterol, vitamina D y bioquímica general básica (glucosa, creatinina, GPT, calcio y proteína c reactiva [PCR]). Cálculo de medias y desviaciones estándar de los parámetros estudiados y pruebas estadísticas de comparación (comparación de medias entre grupos con datos independientes: t de Student, Anova), valores predictivos de tests y parámetros analíticos estudiados, grado de concordancia entre éstos. El estudio contemplará los aspectos éticos y fases de la elaboración del correspondiente Protocolo de estudio y de su posterior aplicación.

RESULTADOS

Descripción de las características nutricionales de los 2 grupos (edad, sexo, peso, IMC, perímetros braquial y de pierna, puntuación MNA y Up and Go) y de los parámetros bioquímicos y hematológico estudiados. Relación de las diferencias observadas entre ambos grupos. Grado de concordancia y nivel de correlación entre los parámetros estudiados.

DISCUSIÓN

Debido a diversas causas (mala dentadura y deficiente masticación, déficit absortivo gastrointestinal, déficits de aporte en dietas monótonas y/o pobres, repercusión de patologías crónicas concomitantes, modificación de la grasa corporal con disminución de la masa

muscular por el propio envejecimiento, etc.), puede aparecer en el anciano un estado de malnutrición, con sarcopenia y alteraciones analíticas, hematológicas, hipovitaminosis, déficit proteico, lipídico e inmunitario. La alteración de diversos indicadores y parámetros valorados en nuestro estudio ayudan en el diagnóstico de malnutrición en ancianos frágiles. En la bibliografía consultada existen diversos parámetros bioquímicos propuestos como indicadores. Nuestro estudio pretende contribuir a establecer cuáles de ellos son los de mayor utilidad diagnóstica1. El test Up and Go refleja capacidad de coordinación y de fuerza muscular, por lo que se ha sugerido también como indicador de sarcopenia. La proteína PCR refleja el estado pro-inflamatorio del anciano frágil, la comorbilidad, aspecto a considerar en éste además del propiamente carencial. Al contemplar la existencia de un grupo control, nuestro estudio puede resolver cuestiones planteadas en estudios previos.

CONCLUSIONES

Necesidad de estudio nutricional del anciano frágil, con tests (MNA, Up and Go) y valoración antropométrica y analítica. Parámetros bioquímicos e índices antropométricos más útiles.

C-23 ANÁLISIS PREVIO AL INICIO DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS

G. Vila Castillo[1], A. Calcedo Ascoc[2], M. Vidosa Acin[3], J. Llopis Arnau[4], M. Mas Llull[5], M. Ferrando Carbó[6], M. Peris Godoy[6]

[1]Servicio de Medicina Interna, [5]UHD, [6]Departamento de Salud. Denia (Alicante)
[2]AP. Atención Primaria. Denia (Alicante) [3]AP. CS Denia. Denia (Alicante)
[4]AP. CS Javea. Javea (Alicante)

OBJETIVOS

análisis de la información obtenida previa a la puesta en marcha de un programa de atención a pacientes crónicos con insuficiencia cardiaca y su correspondencia con modelos de atención a pacientes crónicos ya establecidos respecto al uso de cuestionario CARS para la estratificación de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

El departamento de Salud de Denia ha puesto en marcha un programa de atención a pacientes crónicos con insuficiencia cardiaca (IC) en el último trimestre de 2011, con intención de extenderlo a otras patologías. Tras un periodo de planificación y evaluación de modelos de atención a pacientes crónicos, se procedió a la identificación de pacientes con IC a partir de la historia clínica electrónica de Atención Primaria y Hospital. Posteriormente se realizó una estratificación de los pacientes a través de una encuesta basada en el CARS (Community Assessment Risk Screen), que predice el riesgo de reingresos y complicaciones, teniendo en cuenta la coexistencia de ciertas patologías, el número de fármacos que consume el paciente y la atención en hospital en los últimos 6 meses, combinando esta información con el número de ingresos en el último año (julio 2010-junio 2011) por esa patología. Los pacientes se asignan a una enfermera gestora de casos o gestora de enfermedad según el nivel de riesgo: Nivel 1: CARS <4: Autocuidado. Nivel 2: CARS 4 o >: Enfermera de enlace. Nivel 3: CARS 4 o > y 2 ingresos previos en 1 año: Enfermera de casos

RESULTADOS

Tras análisis de los datos, se incluyeron para su estratificación un total de 270 pacientes: Nivel 1: 112 pacientes, Nivel 2: 147 pacientes y nivel 3: 49 pacientes. La proporción de pacientes del tercer nivel respecto al segundo es de 1 a 3. Asimismo, previo a la puesta en marcha del programa, se comprobó que habían fallecido el 25 % de los pacientes que se habían incluido inicialmente.

DISCUSIÓN

Durante la elaboración del programa, se tuvo en cuenta diversos modelos de programas orientados a los pacientes crónicos, llamando la atención por ser un clásico el estudio realizado por Kaiser Permanente que establece unos niveles de complejidad y riesgo del paciente crónico, así como su correspondencia en el consumo de los recursos sanitarios: Nivel 3: 5 % de pacientes; Nivel 2: 15 % de los pacientes; nivel 1: 80% de pacientes crónicos. Cuando aplicamos el cuestionario CARS y el número de ingresos previos para la estratificación de nuestros pacientes, comprobamos la fiabilidad del método adoptado al corresponderse en proporción relativa el número de pacientes en los niveles 3 y 2, ambos de alta complejidad y alto riesgo respectivamente, como predictores de futuras complicaciones como de reingresos. El número bajo de pacientes en el nivel 1 se explica por el alto porcentaje de pacientes no diagnosticados y probablemente sin clínica en esta patología, aunque las acciones del programa se centran fundamentalmente en los niveles superiores. La mortalidad del paciente con IC observada se corresponde con la esperada para esa enfermedad.

CONCLUSIONES

Creemos adecuada la planificación en lo referente a la identificación y estratificación de los pacientes con IC para el programa de crónicos, con la aplicación de la encuesta CARS y análisis de los ingresos previos.

C-24 CALIDAD DE VIDA EN POBLACIÓN DE 40 A 64 AÑOS EN EL MUNICIPO DE CAMBRE (A CORUÑA)

P. García Alonso[1], B. López Calviño[2], S. Pértega Díaz[2], M. Seoane Pillado[2], S. Pita Fernández[2], R. Seijo Bestilleiro[2], M. Pardo Landrove[3], D. Orozco Beltrán[4]

[1]Centro de Salud de Cambre. Área Sanitaria de A Coruña. A Coruña
[2]Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística, [3]Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública Complexo Hospitalario Universitario A Coruña. A Coruña
[4]Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. Alicante

OBJETIVOS

Determinar la calidad de vida en población de 40 a 64 años de edad

MATERIAL Y MÉTODO

Ámbito: Municipio de Cambre (A Coruña). Periodo: De Noviembre de 2009 hasta Abril de 2011 Tipo de estudio: Observacional de prevalencia descriptivo Criterios de inclusión/exclusión: Se incluye población de 40 a 64 años de edad que, seleccionada aleatoriamente (muestreo aleatorio estratificado por grupos de edad y sexo), den su consentimiento a participar Tamaño muestral: n=505 (Precisión=±4,4%; Seguridad=95%) Mediciones: De cada sujeto se recoge su edad, sexo y calidad de vida medida con el cuestionario SF-36 Análisis: Descriptivo

RESULTADOS

La media de edad de los pacientes es de 51,0±6,8 años, siendo el 48,8% mujeres. Las puntuaciones estandarizadas basadas en normas poblacionales españolas para las dimensiones de la calidad de vida (SF-36), se obtuvieron por debajo de la media poblacional en Salud Mental (47,9±12,9) y Vitalidad (49,9±12,9). Para el resto de las dimensiones, las puntuaciones medias fueron: Dolor Corporal (50,0±7,2), Salud General (50,0±9,1), Función Física (50,9±9,0), Rol Físico (52,0±8,4), Rol Emocional (52,9±5,1) y Función Social (53,7±4,4). La puntuación media para el Componente Sumario Físico fue de 51,0±8,0 y para el Componente Sumario Mental de 50,7±9,0. Los pacientes?50 años presentan una peor calidad de vida que los sujetos de entre 40 y 49 años en las dimensiones referente a función física, salud general, salud mental y componente sumario físico.≥ Las personas mayores de 50 años muestran puntuaciones significativamente más bajas en cuanto al componente sumario físico (51,7±7,9 vs. 50,3±8,1; p=0,040),no existiendo diferencias en cuanto al componente mental (50,1±9,8 vs. 51,2±8,2; p=0,673) Las mujeres presentaron puntuaciones significativamente más bajas que los hombres en todas las dimensiones del cuestionario de calidad de vida. Las puntuaciones en el componente sumario físico fueron más bajas en mujeres que en hombres, aunque no alcanzaron significación estadística (51,0±8,0 vs. 51,0±8,1; p=0,580). Sí se observaron diferencias significativas en cuanto al componente sumario mental, con puntuaciones significativamente peores en mujeres que en hombres (53,4±7,3 vs. 48,3±9,7; p<0,001).

DISCUSIÓN

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se considera una aportación fundamental en la evaluación de resultados en salud, al ser insuficientes las medidas tradicionales de morbimortalidad y esperanza de vida. Se destaca la importancia de tener en cuenta la percepción del paciente, sus deseos y motivaciones en el proceso de toma de decisiones en salud

CONCLUSIONES

Los mayores de 50 años presentan peor calidad de vida que los de 40-49 años en las dimensiones: función física, salud general, salud mental y componente sumario físico. Las mujeres presentaron puntuaciones significativamente más bajas que los hombres en todas las dimensiones del cuestionario de calidad de vida

C-25 FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN POBLACIÓN DE 40 A 64 AÑOS

A. Martínez Rodríguez[1], B. López Calviño[2], S. Pértega Díaz[2], M. Seoane Pillado[2], S. Pita Fernández[2], R. Seijo Bestilleiro[2], E. Rodríguez Camacho[3], V. Gil Guillén[4]

[1]Centro de Salud de Cambre. Área Sanitaria de A Coruña. A Coruña

[2]Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística, 3Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña. A Coruña

[4]Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. Alicante

OBJETIVOS

Determinar los factores de riesgo cardiovascular en pacientes entre 40 y 64 años

MATERIAL Y MÉTODO

Ámbito: Municipio de Cambre (A Coruña) Periodo: De Noviembre de 2009 hasta Abril de 2011 Tipo de estudio: Observacional de prevalencia descriptivo Criterios de inclusión/exclusión: Se incluye población de 40 a 64 años de edad que, seleccionada aleatoriamente (muestreo aleatorio estratificado por grupos de edad y sexo), den su consentimiento a participar Tamaño muestral: n=505 (Precisión=±4,4%; Seguridad=95%) Mediciones: De cada sujeto se recoge su edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), hábito tabáquico, diabetes, tensión arterial sistólica (TAS) y diastólica (TAD), hipercolesterolemia Análisis: Descriptivo y concordancia (Kappa)

RESULTADOS

La media de edad de los pacientes es de 51,0±6,8 años, siendo el 48,8% mujeres.

El 35,7% de los hombres son obesos (IMC?30kg/m2) frente a un 30,8% de las mujeres. La prevalencia de hipertensión es más elevada en hombres (22,9% vs. 16,0%), se observa el mismo patrón en la presencia de diabetes (8,5% vs. 4,5%). Sin embargo, la presencia de hipercolesterolemia es mayor en las mujeres (62,2% vs.61,4%) El 30,1% de los hombres son fumadores en el momento actual y el 42,4% han fumado en algún momento. Refieren ser fumadoras el 27,1% y exfumadoras el 22,3% Tras dos mediciones de la tensión arterial realizadas en momentos diferentes de la entrevista son hipertensos el 25,0%. La prevalencia de hipertensión sistólica aislada es de 24,0% y de hipertensión diastólica es 12,0%. Existiendo diferencias significativas entre estas dos medidas según sexo, TAS en hombres 134,1±17,2 vs. 122,2±16,4 en mujeres (p<0,001) y TAD en hombres 78,2± 10,8 vs. 71,6± 10,1 (p<0,001). De los hipertensos conocidos, el 50,5% tenían valores elevados de tensión arterial (TA≥140/90) y

un 18,9% de los no conocidos eran hipertensos. La concordancia entre conocerse o no el ser hipertenso y el serlo es significativamente pobre (Índice de Kappa=0,285) La concordancia entre el conocimiento por parte del paciente de ser diabético y la medicación que toma para esta patología (insulina o antidiabéticos orales), es buena (kappa = 0,897) Si consideramos la variable "toma o no medicación para la diabetes" y los resultados analíticos de glucemia en ayunas (?126 mg/dl) objetivamos que existe también buena concordancia entre lo que el paciente refiere y los hallazgos de medicación y analíticos (Kappa=0,863). La prevalencia de diabetes teniendo en cuenta la medicación (insulina, antidiabéticos orales, y/o glucemia en ayunas≥ 126 mg/dl) es de 8,6%.

DISCUSIÓN

El riesgo cardiovascular en la población española es elevado, existiendo diferencias por sexo. Es por ello que se deben tomar medidas preventivas y asistenciales

CONCLUSIONES

Existe una alta prevalencia de hipercolesterolemia, ligeramente mayor en mujeres. Otros factores de riesgo cardiovascular, como la diabetes, hipertensión o el hábito tabáquico, son más frecuentes en varones que en mujeres y existe un mal control de la hipertensión

C-26 LA TERAPIA DE VIBRACIÓN DE CUERPO COMPLETO EN EL PACIENTE CRÓNICO DE DOLOR DE ESPALDA BAJA NO ESPECÍFICO

J. Adsuar[1], B. Del Pozo-Cruz[1], M. Hernández-Mocholí[1], J. Parraca[2], P. Olivares[1], N. Gusi[1]

[1]Facultad de Ciencias del Deporte. Universidad de Extremadura. Cáceres

[2]Departamento de Deporte y Salud. Universidad de Évora. Évora (Portugal)

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio fue determinar la aplicabilidad y el efecto sobre el dolor, la calidad de vida relacionada con la salud y el equilibrio de un programa de vibración de cuerpo completo en pacientes crónicos de dolor de espalda baja no específico.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: Estudio controlado aleatorizado. Pacientes: Cincuenta pacientes con dolor de espalda no específica fueron incluidos en el estudio. Se realizó una asignación aleatoria de los participantes entre el grupo control y el experimental. Finalmente 25 pacientes fueron asignados al grupo experimental y 25 fueron asignados al grupo control. Procedimiento: En el grupo experimental los pacientes realizaron una terapia vibratoria de cuerpo completo. El ejercicio de vibración se llevo a cabo descalzo, de pie encima de una máquina de vibración Galileo. El ángulo de flexión de las rodillas se fijó en 120 º con el fin de minimizar la transmisión de las vibraciones a la parte superior del cuerpo (la columna vertebral y la cabeza) y aumentar el esfuerzo de los músculos de las piernas. El entrenamiento se realizó dos días por semana durante 12 semanas. Se realizó el entrenamiento a 20 Hz, con una exposición total a la vibración de unos 360 segundos por sesión. Se tomaron las siguientes medidas al inicio y al final del estudio: 1) Dolor: evaluado mediante el cuestionario Roland Morris. 2) Calidad de vida relacionada con la salud: mediante el cuestionario EQ-5D 3) Equilibrio: mediante el estabilómetro biodex balance system.

RESULTADOS

En cuanto al dolor evaluado mediante el cuestionario Roland Morris, se obtuvo una mejora cercana al 10% (p<.05) en el grupo experimental. Si nos centramos en la calidad de vida relacionada con la salud evaluada mediante el cuestionario EQ-5D-3L, el grupo experimental obtuvo una mejora superior al 20%(p<.05).

Por último cabe destacar que en el equilibrio evaluado mediante el estabilómetro biodex balance system, se obtuvo una mejora superior al 25% (p<.05) en el plano antero-posterior.

DISCUSIÓN

El principal hallazgo de este estudio es que la terapia de vibración de cuerpo completo propuesta es útil para la disminución del dolor de espalda, la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud y equilibrio en pacientes con dolor de espalda crónico no específico. Entre las limitaciones de este estudio encontramos: 1) El estudio no consideró factores psicosociales, que son conocidos por ser importantes para determinar el nivel de dolor de espalda. 2) En este estudio no hubo un grupo placebo, por lo que el efecto placebo no fue controlado, y esto podría afectar a algunos parámetros psicológicos.

CONCLUSIONES

La terapia de vibración de cuerpo completo en el paciente crónico de dolor de espalda baja no específico es una terapia novedosa para la disminución del dolor, aumento de la calidad de vida relacionada con la salud y del equilibro que según los resultados obtenidos en este estudio es efectiva. Sin embargo, para poder contar con evidencia científica suficiente, todavía son necesarios más estudios.

C-27 ¿DIAGNÓSTICO Y PREVENCIÓN DE LA EPOC EN UNA JORNADA?

E. Bravo López[2], M. Fragua Gil[3], S. Fraguas Martínez[4], J. Rodríguez Mayo[5], C. Velarde Mayol[6], A. Main Pérez[1] y Grupo de Investigación SEGOEPOC

[2]EAP Cuéllar, [3]EAP Carbonero, [4]EAP Sepúlveda, [5]EAP Sacramenia, [6]EAP Segovia I, [1]Dirección Médica. GAP Segovia. Segovia

OBJETIVOS

Difundir a la población general buenos hábitos respiratorios, sensibilizar a los fumadores de los beneficios que aporta el abandono del tabaco, captar grupos para su deshabituación y hacer un despistaje de la EPOC mediante espirometría.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: Jornadas de intervención directa en población. Población diana: Población general, fumadores y exfumadores. Lugar de intervención: Las localidades principales donde se desarrolla el proyecto SEGOEPOC (estudio poblacional de diagnóstico precoz de EPOC en la población de riesgo de la provincia de Segovia, financiado por el Sacyl): Cuellar, Carbonero, Sacramenia, Segovia y Sepúlveda. La fecha elegida (noviembre de 2011) fue coincidente con el día de mercado de cada localidad y el lugar de encuentro los aledaños del mercado. Medios de difusión: Radio y prensa provincial. Infraestructuras: Local del Ayuntamiento para el primer contacto y una ambulancia convenientemente equipada como despacho- consulta. La AECC, el SACYL, y los laboratorios Almirall, Pfizer y Boehringer, facilitaron el material educativo. Cooxímetro y espirómetro. En cada jornada, al menos dos médicos y dos enfermeros se alternaron durante toda la mañana para la captación de usuarios. Intervenciones: Registro de usuarios captados; consejo antitabaco con entrega de material didáctico y oferta para formar parte de un grupo de deshabituación, con el apoyo de un psicólogo de la AECC; realización de cooximetría y espirometría; derivación al Médico de Familia si resultado patológico; recogida de datos para formar parte de grupo-deshabituación.

RESULTADOS

Se captaron 338 usuarios (156 mujeres y 182 hombres), de los que 165 (49%) eran fumadores, 117 (35%) exfumadores y 51 (16%) no fumadores. La media de edad fue de 52 años (rango 19-87). Se realizaron 247 cooximetrías y 189 espirometrías. De todos los fumadores, 116 (70%) accedieron a formar parte de grupos de deshabituación. 17 usuarios (5%) tenían criterio espirométrico de EPOC y 7 (2%) presentaron otras anomalías espirométricas; se derivaron a su médico para confirmación diagnóstica y tratamiento.

DISCUSIÓN

Si bien la actividad preventiva y diagnóstica es una tarea que practicamos rutinaria y diariamente en nuestras consultas, las jornadas de "puertas abiertas" son un acicate importante para realizar una labor de sensibilización colectiva a la población, crear mayores vínculos de compromiso entre usuarios y sanitarios, y familiarizar el uso de la tecnología diagnóstica (cooxímetros, espirómetros). La búsqueda de una gran accesibilidad en este tipo de propuestas abre la puerta de nuestros servicios a grupos poblacionales que difícilmente conseguimos captar en el Centro de Salud. La captación activa en la calle es complementaria de la pasiva en la consulta.

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia hemos diagnosticado 17 pacientes con criterio espirométrico de EPOC, se han captado más de 100 fumadores para la formación de grupos de deshabituación con la colaboración de la AECC y la tarea educativa ha sido gratificante tanto para la población como para los sanitarios. Todo ello, nos hace poner de manifiesto la importancia de actividades de participación comunitaria como "Respirando salud" para mejorar la labor preventiva sobre esta incapacitante y costosa enfermedad: la EPOC.

C-28 EFECTIVIDAD DE LA EZETIMIBA EN EL CONTROL DE LA DISLIPEMIA EN EL PACIENTE DIABÉTICO

B. Lagaron Cabello[1], E. Zamora Carrillo[2], J. Gil Serrano[3]
[1]Osasunbidea. Centro de Salud de Cintruenigo. Cintruenigo (Navarra)
[2]Mutua Navarra. Tudela (Navarra)
[3]Osasunbida. Centro de Salud de Corella. Navarra

OBJETIVOS

Describir la efectividad de la adicción de ezetimiba al tratamiento con estatinas en el control de la dislipemia diabética y valoración de posibles efectos secundarios añadidos.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: Estudio no controlado antes/después. Consultorio periférico de un ámbito rural. Material y método: Seleccionamos 20 pacientes de un total de 70 diabéticos registrados en una consulta de atención primaria, con el colesterol fuera de objetivos según guías ATPIII y ADA pese a seguir tratamiento con estatinas. Medimos todo el perfil lipídico antes y después de añadirles 10 miligramos de ezetimiba al tratamiento habitual de estatinas. La nueva medición se realizó a las ocho semanas. El 100% de los pacientes estaban con atorvastatina 20 miligramos. Los pacientes fueron reclutados por la enfermera cuando acudían a consulta programada para el control de su diabetes. Las determinaciones analíticas se realizaron como de habitual, a través del laboratorio de referencia, tras extracción de sangre venosa.

RESULTADOS

Se observó una disminución del LDL del 56%, con una reducción media del colesterol total del 20% y de los triglicéridos del 30%. Así como un aumento del HDL en un 6%. El 60% de los pacientes alcanzó un nivel de LDL menor de 100.

CONCLUSIONES

La adicción de 10 miligramos de ezetimiba, a la atorvastatina 20 miligramos, fue efectiva a la hora de alcanzar un objetivo control de colesterol LDL en pacientes con diabetes. Nuestra recomendación, por tanto, se basa en la individualización de la terapia reductora de colesterol de acuerdo con la estrategia de tratar para conseguir objetivos terapéuticos. En nuestro estudio, ezetimiba tuvo buena tolerancia, con un perfil de efectos secundarios similar a la atorvastatina sola.

C-31 ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ASOCIADA AL SÍNDROME METABÓLICO: ESTUDIO SIMETRIC

J. Cabré Vila[1], J. Saumell Boronat[2], B. Costa Pinel[3], J. Piñol Moreso[1], Y. Ortega Vila[2], F. Barrio Torrell[3], J. Basora Gallisà[1]

[1]ABS Reus-1, [2]ABS Reus-4, [3]ABS Reus-2. Institut Català de la Salut. Reus (Tarragona)

OBJETIVOS

Evaluar la utilidad de diversos parámetros de tipo inflamatorio como marcadores de enfermedad cardiovascular, en dependencia de la presencia o ausencia de síndrome metabólico (SM) según los criterios del NCEP-ATPIII.

MATERIAL Y MÉTODO

Muestra aleatoria de 1530 sujetos, libres de enfermedad cardiovascular y representativa de la población atendida, de los cuales se incluyeron 1489. Se realizó un seguimiento de 10 años de esta cohorte. Variables: sexo, tabaquismo, consume de alcohol, tratamientos (dietéticos y/o farmacológicos), índice de masa corporal, colesterol total y fracciones HDL y LDL, triglicéridos, ácido úrico, niveles de glucosa plasmática en ayunas, fibrinógeno, recuento leucocitario, recuento hemático y plaquetario, proteína C reactiva. Evaluación: se midieron los niveles de parámetros inflamatorios y el diagnóstico de SM según la presencia o ausencia de enfermedad cardiovascular al final del seguimiento, analizando la presencia de cualquier tipo de complicación cardiovascular durante todo el estudio.

RESULTADOS

Al finalizar el período de seguimiento, 257 sujetos presentaron alguna complicación cardiovascular. Respecto los marcadores inflamatorios considerados, el ácido úrico mostró una diferencia estadísticamente significativa en aquellos sujetos del grupo con complicaciones. La prevalencia de SM en el grupo con complicaciones cardiovasculares fue 42.02% según criterios NCEP-ATPIII [IC 95%: 35,9-48,3%]. En el grupo libre de enfermedad cardiovascular, la prevalencia de SM fue del 15.8% [IC 95%: 13,8-17,9%]. El riesgo relativo de enfermedad cardiovascular cuando se cumplían los criterios NCEP fue de 2.65 (p <0.001) En la tabla adjunta se observan distintos parámetros analizados.

CONCLUSIONES

Determinar algunos marcadores de riesgo cardiovascular es útil y pueden ser medidos fácilmente en atención primaria de cara a predecir de manera consistente el riesgo cardiovascular.

Tabla 1.- Distintos parámetros según grupo analizado (C-31)

	Total (N=1489)	Sin enfermedad cardiovascular (n=1232)	Con enfermedad cardiovascular (n=257)	p
Sexo (mujeres)	57,8%	60,2%	45,9%	<0,001
Riesgo cardiovascular (REGICOR)	10	8,5	14,7	<0,001
Fibrinógeno	340+/-141	313+/-125	389+/-161	NS
Ácido úrico	351+/-111	343+/-107	371+/-116	<0,001
Leucocitos	7081	7005	7261	NS
Plaquetas	223500	222683	226081	NS
PCR	1,44+/-1,9	1,39+/-1,8	1,88+/-2,6	NS

C-32 MEJORAS EN LA COBERTURA DE RETINOGRAFÍAS EN LA POBLACIÓN DIABÉTICA, MEDIANTE LA IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DE RETINÓGRAFO ITINERANTE

R. Pereiro Hernández, F. Forja Pajares, M. Ballesta García

Dirección Distrito Bahía de Cádiz - La Janda. Distrito Bahía de Cádiz - La Janda. Cádiz

OBJETIVOS

Evaluar el cumplimiento de las normas de calidad de la atención a la prevención de la retinopatía diabética, después de implantar un modelo de retinógrafo itinerante, en una población de 500.000 habitantes con una prevalencia detectada de diabetes mellitas (DM) del 7,36% de la población.

MATERIAL Y MÉTODO

El Distrito de Atención Primaria Bahía de Cádiz – La Janda tiene una población de 500.000 habitantes. Esta población está dividida en dos grupos uno urbano con una distancia a la atención especializada inferior a 10 Km. y otro rural en donde existen puntos con distancias superiores a los 50 Km. La prevalencia de DM recogida en la Historia de Salud Digital oscila entre el 6,13% de la población en 2006 al 7,36% de la población en 2011. En el año 2007 se incorporan al Distrito 4 retinógrafos con carácter itinerante para dar cobertura a la totalidad de los Centros de Atención Primaria, con el fin de mejorar las tasas de captación en los programas de detección precoz de la retinopatía diabética. Mediante la explotación del módulo estadístico de la Historia de Salud Digital Diraya se miden el número de pacientes con DM que se han realizado exploración ocular, bien sea por oftalmoscopia o por retinografía, en los dos años anteriores. Las guías de práctica clínica, así como el Proceso Asistencial DM recomienda una exploración ocular cada dos años desde el diagnóstico de la DM. Las prevalencias de DM también se recogen en el módulo estadístico de la Historia de Salud Digital.

RESULTADOS

En el año 2007, 5.376 pacientes tenían realizado la exploración ocular lo que suponía el 18,66% de los pacientes con DM. El año 2008 fueron 8.937 (el 27,59% de los DM). El año 2009 la cifra ascendía a 10.877 (el 32,43%). En el 2010 se controlaron a 14.007 (el 39,2% y en el año 2011 a 16.795 pacientes (el 46,43%).

DISCUSIÓN

La retinografía digital permite detectar la retinopatía diabética en estadios precoces y susceptibles de tratamiento, siguiendo las normas del Proceso Asistencial Integrado de DM. La retinopatía por DM es una de las principales causas de morbilidad en los pacientes diabéticos, pudiendo progresar en su evolución natural a la ceguera, constituyendo la segunda causa de la misma en la población general de los países desarrollados (la primera si consideramos la población en edad laboral). La retinografía digital es un método idóneo y costo-efectivo que permite acceder a archivos de imágenes duraderas, de fácil almacenaje, comparables y transferibles a distancia en un tiempo mínimo, lo que la convierte en el mejor y más completo método de cribado disponible. La accesibilidad de la prueba acercando los retinógrafos a las poblaciones de residencias de los pacientes nos hacía suponer unas mejores coberturas del Programa de detección. Históricamente en nuestro Distrito se mantenían unas captaciones bajas de pacientes con exploraciones del fondo de ojo, entre los años 2000 y 2006 inferiores al 20% de la población con DM atendida. La incorporación de los retinógrafos itinerantes ha supuesto aumentar estas captaciones cercano al 50% de la población con DM y posiblemente superior al 70% de la población diana (si excluimos del denominador los pacientes con retinopatía, la amaurosis, los estadios iniciales de la DM tipo 1 y los enfermos que por sus características y esperanza de vida no se considere indicado.

CONCLUSIONES

La incorporación de los retinógrafos a los Centros de Salud ha supuesto una mejora notable en la prevención de la retinopatía diabética, produciendo un aumento de los diagnósticos en estadios iniciales que conlleva un tratamiento precoz con sus consecuentes resultados en la funcionalidad de la visión de estos pacientes.

C-34 PROGRAMA GLOBAL DE EDUCACIÓN Y APOYO A LA PERSONA CON DIABETES DIRIGIDO AL PERSONAL SANITARIO Y AL COLECTIVO DE PACIENTES

M. Alonso de Prado, K. San Sebastián Moreno, A. Pérez Macho, A. Olarte Rügnitz, B. Cubeiro López, J. Palacios Echevarria
Comarca Ezkerraldea-Enkarterri. Osakidetza. (Vizcaya)

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES 1.Mejorar el control y pronóstico de la diabetes. 2. Aliviar los síntomas, minimizar el riesgo de complicaciones y disminuir el daño de las ya existentes. 3. Mejorar la autonomía del paciente y normalizar al máximo su calidad de vida. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 1.Apoyo a los médicos mediante formación en habilidades para potenciar su capacitación. 2. Ofrecer herramientas que mejoren la comunicación médico-paciente eliminando los obstáculos que dificultan su compromiso en el autocuidado de su salud.

MATERIAL Y MÉTODO

La metodología del Curso combina diferentes técnicas dirigidas a lograr la actualización de conocimientos y la implicación de los médic@s y enfermer@s participantes. •Formación vía Internet •Sesiones presenciales en pequeños grupos de trabajo •Resolución individual de casos clínicos •Evaluación continuada durante el Curso. La formación del profesional sanitario se complementa con el programa de formación a pacientes para fomentar el desarrollo de pacientes activos/expertos en los centros de salud implicados. El programa de formación a pacientes incluye actividades semanales, agrupadas en 3 bloques: •Conocer la diabetes. Charla impartida por la enfermera/médico •Alimentación y ejercicio. Material entregado al paciente •Compartir. Charla impartida por la enfermera/médico

RESULTADOS

Aunque a día de hoy no se dispone de resultados por seguir en marcha el programa, se han formado en 500 centros de salud de toda España, a una enfermera y a un médico, los cuales a su vez han formado a unos quince pacientes por centro, dándoles las habilidades necesarias para actuar de forma activa sobre su diabetes.

DISCUSIÓN

La formación de especialistas médicos y enfermeras en diabetes, junto a la creación del paciente experto debe de ser un punto de partida hacia el mejor control de la enfermedad. La formación de un equipo multidisciplinar, pacientes, enfermeras y médicos, tiene que servir para un mayor conocimiento y mejor control de la diabetes, aportando y compartiendo cada uno su conocimiento y experiencia personal y profesional.

CONCLUSIONES

La morbilidad de la diabetes puede prevenirse, retrasarse o minimizarse siguiendo adecuadas pautas de cuidado, lo que permite que el paciente desarrolle una vida completa y saludable. La atención primaria, por su formación específica, su estrecha relación con la población y como primer eslabón en el contacto entre ésta y el Sistema Nacional de Salud, cumple un papel primordial en la prevención y el cuidado de la diabetes, particularmente de la diabetes tipo 2. Armonizar vida cotidiana con diabetes exige que quienes la padecen conozcan cuáles son las variables que controlan los niveles de glucosa durante las actividades de cada día y cómo intervenir sobre ellas, siendo junto con la motivación fundamentales para lograr un equilibrio adecuado entre la vida diaria y el buen control.

C-35 INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS RELEVANTES EN ANCIANOS POLIMEDICADOS Y ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS

I. Egea Cegarra, P. Henríquez Adames, M. Gutierrez Avilés, A. López Fernández A., A. Cordovilla Moreno, A. Checa Soriano
Servicio Murciano de Salud. Centro de Salud Isaac Peral. Cartagena (Murcia)

OBJETIVOS

Analizar las interacciones farmacológicas detectadas en pacientes polimedicados, ≥75 años, valorando frecuencia, recomendación, gravedad y posibles alternativas terapéuticas.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal. Sujetos: 550 pacientes≥75 años, polimedicados (≥5 fármacos, ≥ 3 meses). Emplazamiento: 2 zonas de salud urbanas. Periodo de estudio: Enero 2010- Enero 2011. Mediciones: Mediante "Programa informático Stockley" analizamos 878 interacciones de 204 fármacos, valorando recomendación propuesta y gravedad. Análisis estadístico descriptivo y evaluación cualitativa.

RESULTADOS

Las combinaciones contraindicadas son poco frecuentes (2,9% de pacientes), están basadas en evidencias teóricas o casos clínicos, destacando de entre ellas las graves: "amiodarona-verapamilo"(efecto cardiopresor- cambiar verapamilo por calcioantagonista dihidropiridínico),"amiodarona- simvastatina"(riesgo de miopatía/rabdomiolisis-cambiar a pravastatina), "bisoprolol-teofilina" y "nevibolol-teofilina"(riesgo de broncoespasmo-evitar asociación)y "selegilina-sertralina"(riesgo de síndrome serotoninérgico-evitar asociación). Analizando las interacciones más frecuentes: 1.-Se recomienda ajustar dosis, siendo de gravedad moderada por aumentar los efectos hipotensores (Hctz-valsartan: 3'95%-"ratio/paciente", Aas-valsartán: 3.77%, Hctz-irbesartan: 3,05%) o hipoglucemiantes (Hctz-metformina: 3,77%). 2.-En otras combinaciones, también de gravedad moderada, se recomienda monitorizar al aumentar los efectos hipoglucemiantes (Aas-metformina: 5,7%, Aas-repaglinida: 3,95%, Aas-insulina:3,23%) o vasodilatadores (Aas-nitroglicerina:3,59%), aumentar el riesgo de hipotensión (doxazosina-Hctz: 3.05%) o reducir el efecto antiplaquetario (atorvastatina-clopidogrel: 5.03%). 3.-Se recomienda monitorizar por ser graves 2 combinaciones (Clopidogrel-Omeprazol: 3.59% y acenocumarol-pantoprazol: 3.41%), al disminuir los efectos antiagregantes o anticoagulantes. 4.-Por último, para la asociación Aas-furosemida (4,31%), se recomienda acción informativa, considerando leve la reducción del efecto diurético.

DISCUSIÓN

Decidimos realizar este estudio debido al gran número de pacientes pertenecientes a nuestra área de salud que llevaban en su tratamiento un gran número de fármacos. Sospechamos que a la hora de recetar nuevos fármacos no se tienen en cuenta los que tomaba previamente, sobre todo debido al gran número de especialistas que podemos estar viendo al paciente en ese momento (SUAP, Urgencias Hospitalarias, Especialidades Hospitalarias, Atención Primaria). Por lo expuesto anteriormente decidimos llevar a cabo dicho estudio, el cual consideramos relevante en nuestra práctica diaria.

CONCLUSIONES

Las combinaciones contraindicadas tienen repercusiones graves o moderadas, precisando valorar riesgo/beneficio y contemplando en muchos casos cambio de fármaco. Sin embargo las interacciones más frecuentemente detectadas sólo requieren ajustar dosis, monitorización o alguna acción informativa.

C-36 ACEPTABILIDAD DE LA REALIZACIÓN DE LA COLONOSCOPIA COMO PRUEBA DIAGNÓSTICA EN LA POBLACIÓN CON RIESGO MEDIO A PADECER CÁNCER COLORRECTAL (CCR)

M. Fernández Fernández[1], J. Brañuelas Quiroga[2], P. Alonso Sacristán[2], C. Aguilera Linde[2], R. Rodríguez Barrientos[2], L. Reinoso Barbero[3], F. Gómez Gallego[1], M. Garrido Astray[4]
[1]Departamento de Biomedicina Y CC Morfológicas. Universidad Europea de Madrid. Villaviciosa de Odón (Madrid)
[2]Atención Primaria. Dirección Asistencial Norte de Madrid. Madrid
[3]Servicio Médico. Banco Popular. Madrid
[4]Medicina Interna. Hospital 12 de Octubre. Madrid

OBJETIVOS

Determinar la proporción de individuos, con riesgo medio para desarrollar CCR, que aceptarían la realización de la colonoscopia si se realizase un programa de cribado. Determinar los factores sociodemográficos y culturales relacionados con la población que rechazaría la colonoscopia.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: descriptivo transversal. Ámbito: C.S Atención Primaria. Periodo de estudio: Octubre2009-Febrero2010 Sujetos: Edad 50-74 años. Criterios de inclusión: Individuos con riesgo medio para desarrollar CCR según la American Gastroenterological Association. Criterios de exclusión: Antecedentes personales de CCR, deterioro cognitivo, enfermedad psiquiátrica invalidante e inmovilizados en domicilio. Tipo de muestreo y tamaño muestral: Muestreo consecutivo: 399 pacientes. Variables: edad, sexo, nivel de estudios, aceptabilidad de la colonoscopia y SOH. Recogida de información: encuesta semiestructurada autocumplimentada con explicación de las pruebas
diagnosticas.

RESULTADOS

N=451. Hombres 225 (52,4%). Edad media 62. Sin estudios 0,9%, primaria 12,4%, secundaria 30,3%, universitarios 56,3%. La proporción de aceptación de la colonoscopia fue 97.3%. No existe asociación entre la realización de la colonoscopia y el sexo (OR 0.753, IC 95% (0.226-2.505) y p=0.642) al igual que entre nacionalidad y realización de la colonoscopia p= 0,877 Existe asociación entre nivel de estudios (no escolarizado) y realización de la colonoscopia con una p=0.035.

CONCLUSIONES

El alto porcentaje de la población que se realizaría la colonoscopia indica una gran sensibilidad social para el diagnostico precoz del CCR. Un bajo nivel de estudios puede determinar que los pacientes no acepten la colonoscopia. Limitaciones del estudio: sesgo de selección, porcentaje de no respuesta y elevado nivel cultural de la población.

C-37 ESTUDIO SOBRE PACIENTE CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y COMPARACION CON OTROS ESTUDIOS

R. Del Olmo Zamora[1], A. Martin Herruzo[2], S. Martin Herruzo[3], A. Laguna Moreno[2]
[1]Centro de Salud Puerta Bonita. Madrid
[2]Centro de Salud Espinillo. Madrid
[3]Centro de Salud. Hospital Fuenlabrada. Madrid

OBJETIVOS

La prevalencia y características de la población con fibrilación auricular (FA) del C.S. de Madrid y compararla con las de otros estudios publicados.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional descriptivo transversal utilizando el programa OMI-AP, se revisaron historias clínicas de pacientes del C.S. Almendrales de Madrid en cuyo historial figuraba episodio de arritmia cardiaca o FA (población total 23.303 pacientes con un 19% >de 65 años) de los 149 pacientes encontrados presentaban FA 80, hombres 44 y mujeres 36, con un edad media de 76.75± 8.48 años. En estos pacientes se revisaron: edad, sexo, factores de riesgo (FR): eventos cardiovasculares, HTA, DM, DL, anticoagulación /antiagregación, tratamiento con antiarrítmicos/frenadores del nodo auriculoventricular (NAV), comparando estos datos con los obtenidos en otros estudios publicados.

RESULTADOS

La prevalencia de FA en nuestro estudio fue del 0.34%, similar a la encontrada en los demás estudios (0.4%). Sin embargo, se encontraron diferencias en el grupo de pacientes mayores de 65 años (1.59% en nuestro estudio frente a cifras alrededor del 5% en otros estudios consultados). En distintos estudios revisados se encontró que los pacientes con FA presentaban HTA en un porcentaje entre el 49 al 86.3%, suponiendo en nuestro estudio un 75 %. Respecto a otros FR, el 20% de los pacientes del estudio eran diabéticos y el 41.3% dislipémicos, encontrándose eventos cardiovasculares (cardiopatía isquémica, claudicación intermitente, infarto cerebral...) en un 23.8 %. Un 21.3 % de los pacientes con FA de nuestro estudio estaban en tratamiento con antiarrítmicos frente al 38.8% que toman fármacos para controlar la frecuencia del NAV. En nuestro estudio se observó que de los pacientes con FA el 56.3 % estaba anticoagulado, el 28.8% antiagregado (23.8% AAS, 5% Clopidogrel) y el 10% anticoagulado y antiagregado, no recibiendo tratamiento anticoagulante ni antiagregante 5% de pacientes. Según datos del estudio Cardiotens, sólo el 41% de hipertensos con FA seguidos en atención especializadas estaban anticoagulados y el 26% en atención primaria. En otro estudio revisado el porcentaje de pacientes no antiagregados ni anticoagulados suponía un 36%.

CONCLUSIONES

En el presente estudio, de cada mil pacientes 3 presentaban FA y 15 de cada mil eran mayores de 65 años, lo que confirma la mayor prevalencia en este grupo de edad, siendo en nuestro estudio similar a la observada en la bibliografía consultada. Nuestro estudio confirma la elevada prevalencia de HTA en pacientes con FA, siendo ésta mayor en nuestro estudio que en estudios consultados. Comparando datos de nuestros pacientes con otros estudios se observa un porcentaje superior de pacientes que reciben profilaxis tromboembólica. El porcentaje de pacientes cuya base de tratamiento es el control de la frecuencia de NAV prácticamente es el doble de los que recibían tratamiento antiarrítmico

C-38 FACTIBILIDAD Y EFECTIVIDAD EN LA PRÁCTICA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE OSAKIDETZA DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DT2 (DEPLAN)

C. Silvestre[1], A. Sánchez[2], R. Sauto[3], C. Martínez[2], G. Grandes[2], G. Prede[4]
[1]Unidad de Calidad. Comarca Gipuzkoa, [4]Atención Primaria. Osakidetza.
[2]Unidad de Investigación de Atención Primaria. Osakidetza. Vizcaya
[3]O+Berri. Instituto Vasco de Innovación Sanitaria. Vizcaya

OBJETIVOS

Evaluar la factibilidad e impacto real de la intervención DEPLAN en la prevención de la diabetes tipo 2 en la población con alto riesgo (FINDRISC >14), frente a los cuidados habituales, en los centros de Atención Primaria (AP) de Osakidetza. Específicos: -Evaluación de factibilidad: alcance, adopción, implantación y aceptabilidad. -Evaluación de efectividad: disminución de la incidencia de la DT2 y modificación de hábitos saludables (dieta y actividad física) atribuible a la intervención DEPLAN entre las personas a alto riesgo que acuden a los centros de AP. de Osakidetza en los que se ha implantado, en comparación con los atendidos en los centros control. -Estimación de la razón coste-utilidad incremental del programa.

MATERIAL Y MÉTODO

Ensayo clínico de fase IV aleatorizado por centros, 7 asignados al grupo de intervención y 7 al de control. Se captarán 2534 pacientes con una edad de 45 a 70 años, sin diabetes pero con alto riesgo de desarrollarla (escala FINDRISC >14 y serán seguidos durante dos años. Se les realizará una prueba basal de sobrecarga oral de glucosa y una entrevista basal independiente y ciega sobre sus hábitos dietéticos, el nivel de actividad física y la calidad de vida relacionada con la salud, que se repetirá a los 12 y 24 meses. La intervención consiste en un programa estructurado de promoción de actividad física y alimentación equilibrada, compuesto por: Intervención educativa intensiva: 4 talleres sobre riesgo/consecuencias de la enfermedad, hábitos de vida y motivación; e Intervención continuada con seguimiento mensual no presencial

RESULTADOS

De la fase de pre- pilotaje (mar-dic 2011) a) Cribado: 752 (58%) de 1300 pacientes identificados a alto riesgo de DM tipo2: b) Participación en el proyecto: 547; Centros control: 320 (89% de los identificados de riesgo); centros intervención: 227 (58% de los de alto riesgo) c) Talleres educativos: En los 7 centros de intervención se han organizado 11 grupos (77 participantes). Impartidos por 29 enfermeras. Intervención continuada de consejo sanitario, a través de una plataforma telemática soportada por enfermeras. La organización de los centros para la captación de pacientes es variada. En la mayor parte de los centros son los profesionales de enfermería quienes han realizado el cribado de pacientes en su consulta programada, con baja colaboración de los médicos. Pero Los pacientes que acuden derivados por su médico son más proclives a participar. Falta de tiempo y motivación son las razones más frecuentes para rechazar la intervención. El programa ha generado un incremento en la actividad del centro.

DISCUSIÓN

La traslación de programas eficaces en condiciones experimentales a la realidad cotidiana de los centros de AP requiere importantes cambios organizativos y adecuadas estrategias de implantación. La experiencia ha sido muy estimulante para las enfermeras, ha superado sus expectativas y ha potenciado la voluntad y el entusiasmo por continuarla. El esfuerzo de organización que han realizado los centros ha sido para incorporar el programa, no se ha cuestionado, ni modificado el modelo de asistencia. En lo que se refiere a la captación, el pre-pilotaje ha mostrado la necesidad de aumentar la implicación de los médicos en la captación de pacientes para el programa. Se hace necesario interiorizar que lo que se está realizando no es una ampliación de la cartera de servicios, sino el cambio a un modelo de atención primaria de salud proactivo y sostenible.

C-39 PROGRAMA DE VACUNACIÓN INTENSIVO EN UN SERVICIO DE NEFROLOGÍA

F. Ramos[1], A. Valdivia[2], M. Segarra[3], J. Arroyo[1], C. Climent[1], S. Martínez[1], C. Montoyo[1], M. Calvé[1]

[1]Servicio de Nefrología, [2]Servicio de Medicina Preventiva, [3]Salud Laboral. Hospital de Dénia. Dénia (Alicante)

OBJETIVOS

Valorar el efecto de un programa de vacunación intensivo desarrollado durante 2011 entre los pacientes en diálisis y prediálisis de nuestro Hospital.

MATERIAL Y MÉTODO

Hemos diseñado una intervención intensiva sobre la población con insuficiencia renal crónica avanzada, basada en las guías de inmunización de la Sociedad Española de Nefrología, y consensuada entre Nefrología, Medicina Preventiva y Salud Pública. Durante la primera fase, un equipo multidisciplinar informó durante las sesiones de hemodiálisis a cada paciente de la Unidad, confirmó los datos del Registro de Vacunas y administró las dosis indicadas en cada caso durante la misma sesión. El programa se amplió a prediálisis, con entrega de las vacunas según indicación inicial, confirmación por el nefrólogo y administración por la enfermera de la Unidad.

RESULTADOS

Entre los pacientes en diálisis, se observaron incrementos en las coberturas frente a cada una de las vacunas incluidas en el programa: la cobertura frente a gripe pasó de un 62,7% a un 91,7%, de un 39,0% a un 97,2% frente a Neumococo, de un 54,2% a un 98,6% frente a Tétanos y de un 35,6% a un 97,2% para al menos una dosis de vacuna de hepatitis B para hemodializados. Los pacientes con anticuerpos protectores frente a Hepatitis B pasaron de un 39% a un 69,7%, con títulos mayores de 100 mUI/mL en el 53% de nuestra población. Entre pacientes de prediálisis, se alcanzó un 94% de cobertura frente a gripe, un 96% frente a Neumococo, un 98% frente a Tétanos y un 95% para el inicio de vacunación frente a hepatitis B.

CONCLUSIONES

Nuestro programa ha sido efectivo, alcanzando coberturas vacunales excelentes incluso entre los pacientes que sólo acuden a consultas externas.

C-41 CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN ANCIANOS ONCOLÓGICOS E HIPERTENSOS

F. Pascual[1], R. Bosca[2], A. Mancheño[3], A. Egido[4], E. Contel[4], E. García[1], A. Montemayor[1]

[1]Servicio de Urgencias, [3]UHD, 4Servicio de Medicina Interna. Fundación Instituto Valenciano de Oncología. Valencia

[2]Servicio de Urgencias. Hospital Francesc de Borja. Gandia (Valencia)

OBJETIVOS

Todos conocemos la importancia de la hipertensión arterial y del cáncer por su elevada prevalencia y costes sociosanitarios. También es evidente la importancia y necesidad de programas de intervención asistencial, educación sanitaria y prevención. Se acepta que la información y la educación sanitaria mejoran los niveles de salud, reducen los factores de riesgo y que la mejoría en la calidad de la asistencia prestada, reduce el coste global. El objetivo es la elaboración de un test de conocimientos sobre la hipertensión arterial y el cáncer para este grupo de población y datos sobre su fiabilidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Se elaboraron dos tests de conocimientos sobre el cáncer y la hipertensión arterial que se pasó a 36 pacientes (18 mujeres con cáncer de mama y en tratamiento hormonal y 18 varones con cáncer de próstata y en tratamiento hormonal y todos ellos hipertensos con tratamiento hipotensor) entre los meses de enero a junio de 2005. El análisis estadístico se realizó con el programa de análisis estadístico G-Stat.

RESULTADOS

El cuestionario consta de 28 preguntas cada uno que se desglosan en 3 apartados. El primero, de 12 preguntas, se refiere a conocimientos generales de las enfermedades. El segundo, de 7 preguntas se relaciona con las repercusiones y complicaciones y el tercero, de 9 preguntas, se refiere al tratamiento. Se utilizó la versión castellana del test de cumplimiento del tratamiento de pacientes hipertensos de Morisky y Green, tanto para la hipertensión como para el cáncer.

C-42 ESTATINAS Y FALLO RENAL AGUDO EN PACIENTE MAYOR. CASO CLÍNICO

R. Jiménez Díaz, Y. Santamaría Calvo, M. Campillos Páez, R. Tang Valdés, O. Arroyo Jiménez, A. Vigil-Escalera Villamil

Centro de Salud Potes. Dirección Asistencial Centro, Atención Primaria. Hospital Universitario 12 De Octubre. Madrid

OBJETIVOS

Presentación caso clínico de paciente en tratamiento con estatinas y fallo renal agudo secundario, controlada en la consulta de atención primaria del Centro de Salud Potes de la Comunidad de Madrid.

MATERIAL Y MÉTODO

ESTATINAS Y FALLO RENAL AGUDO EN PACIENTE MAYOR. CASO CLÍNICO. Jiménez Díaz, R. Santamaría Calvo, Y.Campillos Páez, MT. Tang Valdés, R. Arroyo Jiménez, O. Vigil-Escalera Villamil, A Centro de Salud Potes. Dirección Asistencial Centro, Atención Primaria, Madrid. Historia clínica- antecedentes personales: HTA, Dislipemia, no Alergias. Tratamientos: Enalapril 10 mg vo cada 12 horas. Atorvastatina 10 mg vo noche. Paciente mujer de 72 años, quien asiste a consulta de atención primaria por cuadro de aproximadamente 4 días de evolución consistente en astenia progresiva, polidipsia y poliartralgias generalizadas. Niega fiebre y síntomas catarrales. Refería además vómitos ocasionales y coluria sin otros síntomas asociados. Exploración física: Aceptable estado general, consciente, colaboradora, afebril. FC: 65 min FR: 19 min TA: 105/68 S02: 97 % Cabeza / cuello: Sin masas, faringe normal, sin adenomegalias Cardiopulmonar: Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos Ruidos respiratorios sin agregados, murmullo vesicular conservado. Abdomen: Blando, depresible con dolor leve a la palpación del hipogastrio, ruidos intestinales presentes. Extremidades: Sin edemas, pulsos distales presentes. Neurológico: Pupilas simétricas y normoreactivas, pares craneales normales, reflejos conservados, Motor y sensitivo sin alteraciones, resto sin déficit aparente Pruebas complementarias: Bioquímica con alteración leve del perfil hepático con creatinina sérica de 4.5 mg/dl.CK: 8.900 Hemograma normal. Coagulación normal. Ecografía renal bilateral sin alteraciones. Diagnóstico diferencial: Insuficiencia renal aguda. Hepatopatía. Alteraciones hidroelectrolíticas. Evolución: Se trata de una paciente quien asiste a la consulta de atención primaria por un cuadro de síntomas inespecíficos con deterioro de su estado general por lo que se decidió derivar a la paciente a urgencias del Hospital 12 de Octubre. Una vez en la urgencia, se le realizaron varias pruebas, desde analítica básica hasta imagenología. Dado el resultado de las pruebas, se llegó a la conclusión de que la paciente presentaba un fallo renal agudo secundario a una importante elevación de la CK como resultado de la rabdomiolisis que en ocasiones causa como efecto secundario el uso de las estatinas. Esta paciente venía siendo tratada con tal medicación por presentar una dislipemia que en un principio fue tratada con dieta y que no mejoraba de su cuadro de Hipercolesterolemia, por lo que se inicio aproximadamente 1 año atrás el tratamiento farmacológico. Lo que llama la atención es que en un principio al introducir el fármaco, la paciente presentaba normalidad en su analítica con reducción de sus niveles de colesterol sérico y niveles normales de la CK, por lo cual se continuó con dicho tratamiento. Finalmente y al parecer sin ningún factor desencadenante la paciente presenta en unos pocos días estos síntomas inespecíficos que terminan haciendo parte de un cuadro de fallo renal agudo. En el hospital se hicieron pruebas reumatológicas para poder encontrar otras posibles enfermedades que cursen con elevación de la CK que fueron negativas. Por tal motivo se le atribuyó a la toma de las estatinas la elevación de la CK. Posteriormente la evolución del cuadro clínico de la paciente fue adecuado con lenta disminución de la rabdomiolisis y descenso progresivo de los niveles de creatinina sérica. Aproximadamente 7 días después del ingreso, la paciente fue dada de alta con unos niveles normales de creatinina y de CK. En la actualidad, la paciente no toma estatinas por lo cual se ha insistido de manera estricta en una adecuada dieta para el manejo de su dislipemia.

E-Health, Sanidad 2.0 y TICs para el cuidado y apoyo de pacientes crónicos (D)

D-2 CARACTERÍSTICAS DE LA ASISTENCIA SANITARIA AL PACIENTE CRÓNICO EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD ELCHE-HOSPITAL GENERAL (LINEA BASE DEL PROGRAMA VALCRONIC)

E. Manresa González[1], C. Martínez Rodríguez[1], J. Calle Barreto[2], J. Delgado De Los Reyes[2], I. Candela García[1], M. Ibarra Rizo[1], J. López Moreno[1]
[1]Dirección Atención Primaria Dpto. Elche-Hospital General, [2]Unidad Medicina Preventiva. Hospital General Universitario de Elche. Elche/Elx (Alicante)

OBJETIVOS

Determinar la epidemiología y carga asistencial de estas enfermedades crónicas tanto a nivel hospitalario como en Atención Primaria del Departamento de Salud Elche-Hospital General y analizar los recursos con los que cuenta para el control de estas enfermedades.

MATERIAL Y MÉTODO

Como fuente de datos se usó el programa informático ABUCASIS y SIP, de la Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana y datos propios de gestión del Departamento de Salud Elche-Hospital General. Se obtuvieron datos demográficos, epidemiológicos, de actividad asistencial, recursos humanos, estructurales y específicos para la atención de pacientes crónicos en el Departamento. El periodo de tiempo consultado fue el año 2010 y de enero a abril de 2011. Se realizó un análisis descriptivo, de tipo epidemiológico.

RESULTADOS

Demografía: En abril de 2011 la población total del departamento de Elche ascendía a 166.493 personas, Tanto la población menor de 15 años, como la mayor de 64 años representan un 16% del total de la población, mientras que el resto de población, de 15 a 64 años, concentra el 68%. La media de población asignada a facultativos de medicina general en el departamento de salud de Elche - Hospital General es de 1.534 personas. Epidemiología: Insuficiencia cardiaca. Afecta al 1-5% de la población y aumenta drásticamente alrededor de los 75 años, hasta llegar a un 10-20% en el grupo de pacientes de 70-80 años lo que supondría más de 60.000 personas en la CV. Hipertensión: La prevalencia estimada de HTA es del 35% de los adultos lo que supondría aproximadamente 1.417.000 personas en la CV. El total de diagnósticos afectados por HTA, DM, IC, EPOC, que han sido diagnosticados en AP es de 40.801 durante el año 2010 y de 42.794 a fecha de abril de 2011. Recursos Específicos: Proceso HTA: Se dispone de una consulta diaria con un facultativo especialista en medicina interna y un enfermero. Proceso DM: Se dispone de una consulta diaria que pasa un endocrinólogo adscrito al servicio de Medicina Interna, y una enfermera de educación diabetes ambulatoria diaria. Consulta de enfermería diaria: Para educación en factores de riesgo cardiovascular, especialmente diabetes, HTA, obesidad e hiperlipemia. Consultas de Medicina Interna: se atienden a pacientes con hipertensión arterial y diabetes. Actividad asistencial: En el 2010 se realizaron 761.536 consultas de Medicina de Familia en el Departamento Elche-Hospital General, 416.309 consultas a enfermería, 2.889 visitas domiciliarias programadas de MF y 3.261 visitas domiciliarias programas de enfermería.

DISCUSIÓN

La población diana es elevada en las patologías seleccionadas y supone un alto número de ingresos hospitalarios. Los recursos del departamento se muestran adecuados y están siendo potenciados y organizados para dar respuesta al enfoque del departamento hacia la mejora de la atención a pacientes crónicos y pluripatológicos. La estrategia se basa en los siguientes puntos: Enfoque hacia el paciente pluripatológico. Modelo de atención compartida entre medicina interna y medicina de familia. Potenciación del papel de enfermería a través de las figuras de la enfermera de enlace como gestora de los pacientes complejos en el ámbito hospitalario, y la enfermera gestora de gestión domiciliaria de cada zona básica de salud del Departamento lo es de atención primaria.

CONCLUSIONES

No se ha desarrollado un enfoque tecnológico que complemente la mejora del modelo asistencial propuesto. La valoración global del análisis justifica el programa VALCRONIC, que es sinérgico con las estrategias actuales desarrolladas en el departamento de salud de Elche - Hospital General.

D-3 SEMIAUTOMATIZACIÓN DE LA PERSONALIZACIÓN DE MEDICAMENTOS A PACIENTES CRÓNICOS Y POLIMEDICADOS

J. Pescador Ruiz, J. Falcón, E. Trabalón Alarcón, Á. Garai, V. Cortina
Fagor Healthcare

OBJETIVOS

Los objetivos que se diseñaron para la elaboración de dicha prueba piloto eran principalmente testear la fiabilidad y viabilidad del sistema semiautomático de dispensación de medicamentos Fagor Healthcare tanto por parte del farmacéutico como de pacientes usuarios del mismo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se entregaron cinco sistemas Fagor Healthcare a cinco farmacias en las provincias de Guipúzcoa y Vizcaya durante un periodo aproximado de 2 meses para que pudiesen testearlo in situ.

RESULTADOS

El sistema fue bien aceptado en su mayoría aunque se propusieron mejoras a implementar tanto a nivel de prototipo de blíster como a nivel de la máquina de carga y el software.

DISCUSIÓN

Los farmacéuticos han recibido de buen agrado el sistema dado que minimiza posibles errores en la dosificación de medicamentos, agiliza la gestión administrativa y reduce significativamente el tiempo de preparación del blíster.

CONCLUSIONES

•La entrega y personalización de medicamentos a través de sistemas de dosificación de medicamentos puede realizarse de una manera más cómoda, rápida y segura, así como la gestión administrativa derivada de la misma. •Se han realizado las mejoras propuestas en las tres partes que componen el sistema Healthcare. •Fagor decide lanzar una nueva actividad en este ámbito.

D-4 PITES: PLATAFORMA DE INNOVACIÓN EN NUEVOS SERVICIOS DE TELEMEDICINA Y E-SALUD PARA PACIENTES CRÓNICOS

A. Muñoz Carrero, M. Pascual Carrasco, P. García Sagredo, R. Sánchez de Madariaga, J. Cáceres Tello, A. Castro Serrano, O. Moreno Gil, L. Merino Maestro

Unidad de Investigación en Telemedicina y e-Salud. Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). Madrid

OBJETIVOS

El objetivo principal del proyecto PITES es la creación de una red de nodos de innovación tecnológica, con base en organizaciones sanitarias, para el desarrollo en España de la telemedicina orientada al cuidado de pacientes crónicos y personas dependientes. Objetivos específicos son la creación de entornos de aplicaciones, herramientas e infraestructuras TIC que permitan el desarrollo de soluciones de telemedicina móvil, personal y de e-Salud para los nuevos modelos de atención sanitaria y social.

MATERIAL Y MÉTODO

La red de innovación toma forma alrededor de un nodo central, situado en el ISCIII, donde se ha implementado una plataforma tecnológica y humana para dar soporte al diseño, puesta en marcha y evaluación de nuevos servicios asistenciales basados en TIC. Dicha plataforma, con vocación de servicio público, se pone a disposición del resto de los nodos de la red para el desarrollo de sus propios e-servicios. Las 6 unidades funcionales de la plataforma (paciente, profesional sanitario, plataforma de servicios de telemedicina, centro auxiliar, centro de coordinación de intervenciones y sistemas de información), proporcionan interfaces y soporte para todas las 'vistas' del e-servicio: desde las aplicaciones de seguimiento para los profesionales, hasta la formación de pacientes, familiares y otros agentes, pasando por servicios de comunicaciones, logística, protocolos y cuadernos de seguimiento, recogida y análisis de resultados, comunicación con sistemas de información y otras plataformas, aleatorización de grupos, etc.

RESULTADOS

PITES ha adoptado en su primera fase (el objetivo es la creación de una red perdurable en el tiempo) la forma de proyecto coordinado en red, estando en el último año de los tres con los que cuenta. Actualmente tiene 6 nodos, aparte del central, (con grupos procedentes de Andalucía, Aragón, Castilla-La Mancha, Cataluña, Madrid y Navarra) donde se desarrollan proyectos de seguimiento y cuidado sobre grupos de pacientes diversos, cubriendo un amplio espectro de situaciones crónicas y de dependencia (TAO, hospitalización en domicilio, frágiles y dependientes, síndrome metabólico, EPOC, cefalea, cuidados paliativos, rehabilitación, enfermedades raras, etc.) Igualmente, se ha creado un comité en el proyecto cuya misión es la de implantar el marco de interoperabilidad desarrollado. Este marco, basado en normas internacionales abiertas (principalmente UNE-EN ISO 13606 y 13940), pretende ser el vehículo para la comunicación de información entre los nodos así como crear un grupo de expertos dentro del SNS para ayudar al desarrollo de la interoperabilidad en el mismo.

DISCUSIÓN

La fórmula elegida por PITES, en la que un nodo central ofrece la infraestructura pública de soporte necesaria para llevar a cabo proyectos (que el resto de los nodos pueden utilizar o no) y el establecimiento de un marco común de interoperabilidad, permite que la experiencia de cada uno de los nodos sea compartida entre todos, acelerando el trasvase de conocimiento de los investigadores al SNS al tiempo que tiene la suficiente flexibilidad para incorporar nuevos nodos y servicios.

CONCLUSIONES

PITES está sentando unas bases sólidas para el establecimiento de una red de nodos de innovación para fomentar el desarrollo de la telemedicina orientada a la atención de crónicos y dependientes en España. La incorporación de nuevos nodos prevista en una segunda fase del mismo (con grupos procedentes de Extremadura, Galicia, Murcia, País Vasco, Valencia, etc.) permitirá afianzar el concepto y extender su alcance. Desde aquí, se invita a otros grupos de investigación, con base en organizaciones sanitarias, a unirse a esta iniciativa. Para ello se puede contactar con Adolfo Muñoz en (adolfo.munoz@isciii.es)

D-5 WEB DE INFORMACIÓN SANITARIA A CIUDADANOS Y PACIENTES

A. Casi Casanellas[1], J. Ronco Rodrigo[2]

[1]*Osakidetza. Centro de Salud Lakuabizkarra. Vitoria (Álava)*

[2]*Privado. Vitoria - Gasteiz (Álava)*

OBJETIVOS

La relación médico-paciente viene experimentando importantes cambios: 1.- Desplazamiento del centro de la consulta hacia el paciente que va adquiriendo mayor responsabilidad sobre su salud, y que en ocasiones no se encuentra enfermo según el concepto más clásico del término, pero quiere prevenir problemas futuros o satisfacer algunas necesidades. 2.- Antes o después de la consulta habrá utilizado Internet, seguramente dudando de la calidad de la información obtenida y de cómo aplicarla. 3.- También el médico basará una mayor parte de sus decisiones en las evidencias mostradas por los ensayos clínicos y metanálisis publicados, compartiéndolas con el paciente que, para ello de una u otra forma, deberá estar mejor informado.www.saludjuntos.net. En este contexto hemos pensado en la creación de una Web, dirigida a la población general, que tiene como objetivo ofrecer a los ciudadanos y pacientes información sanitaria de calidad.

MATERIAL Y MÉTODO

La premisa de los desarrolladores es que no deben generar la información y recomendaciones, si no ofrecer los enlaces a las fuentes de información de mayor calidad e imparcialidad. Además hemos querido darle una estructura que facilite la búsqueda de información desde la óptica del ciudadano o paciente. Para darle mayor fluidez de consulta se trata de evitar documentos cuya carga produzca retrasos (PDF...). Los enlaces son mayoritariamente en castellano sin obviar los de lengua inglesa por sus prolijos contenidos. Como parte esencial del contenido se incluyen resúmenes traducidos de estudios recientes publicados en revistas médicas de calidad de interés para pacientes.

RESULTADOS

Número de visitas en los 2 primeros meses (17/10/2011-17/12/2011) 1.351. 5,34 páginas/visita. Promedio tiempo en el sitio 6,21 minutos. Visitas nuevas 69,58%. www.saludjuntos.net

CONCLUSIONES

La Web creada pretende mejorar la información al ciudadano y paciente como herramienta fundamental para tomar parte activa en la preservación y mejora de su propia salud.

D-6 UTILIZACIÓN HOSPITALARIA DE PACIENTES CRÓNICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL, ANÁLISIS PREVIO A IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA VALCRONIC

J. Calle Barreto[1], E. Manresa González[2], C. Martínez Rodríguez[3], J. Delgado De Los Reyes[1], M. Ibarra Rizo[2], T. Beltrán Martínez[4], J. López Moreno[5]

[1]Unidad de Medicina Preventiva, [2]Dirección Enfermería Atención Primaria, Dpto. 20 Elche Hospital General,[3]Dirección Médica Atención Primaria, Dpto. 20 Elche Hospital General, [4]Dirección Enfermería, Dpto. 20 Elche Hospital General, [5]Gerente Dpto. 20 Elche Hospital General. Hospital General Universitario de Elche. Elche/Elx (Alicante)

OBJETIVOS

Las enfermedades crónicas constituyen el mayor gasto (alrededor del 70%) que tienen las administraciones en el ámbito de la atención sanitaria. Programas innovadores para la asistencia de este tipo de pacientes, como el Programa VALCRONIC, necesitan una línea de base desde la cual se pueda evaluar el impacto de los mismos. El objetivo de este estudio es determinar las características de la utilización hospitalaria de los pacientes crónicos y contribuir a una línea de base para programas de atención integral del paciente crónico como el que se implementará en el Dpto. Elche - Hospital General.

MATERIAL Y MÉTODO

Se consultó en el CMBD las altas hospitalarias que tuvieron como diagnóstico principal una de las cuatro enfermedades crónicas bajo estudio (HTA, IC, EPOC, Diabetes) durante el 2010 en el hospital. Otras variables que se obtuvieron del CMBD fueron: edad, fecha de ingreso, fecha de alta, circunstancia al alta, diagnósticos secundarios. Los datos se trasladaron a una base de datos electrónica y se analizó utilizando el programa estadístico SPSS v17.

RESULTADOS

Se obtuvo un total de 1.598 altas hospitalarias con los criterios aplicados, de las cuales 81 (5,1%) fueron de pacientes dados de alta con diagnóstico principal de HTA, 753 (47,1%) con EPOC, 573 (35,9%) con Insuficiencia Cardiaca y 191 (12,0%) con Diabetes. La edad promedio de los pacientes al alta fue de 68,74 (DE ± 20,02), casi la mitad fue mayor de 75 años (46,4%). El porcentaje de pacientes que presentaron solo una de las 4 enfermedades al alta (entre el total de pacientes con esa patología) fue de 47,6% en el caso de la diabetes, 47,8% en EPOC, 48,1% en HTA y de 20,9% en la Insuficiencia Cardiaca. Hubo un total de 45 defunciones entre las 1.598 altas hospitalarias estudiadas, lo que representa una tasa de mortalidad de 2,8%. Por patología se encontraron las siguientes tasas de mortalidad: Diabetes: 1,0%; EPOC: 0,8%; HTA: 4,9%; IC: 5,8%. Reingresos: de los 1.598 egresos hospitalarios de pacientes con una de las 4 enfermedades analizadas como diagnóstico principal, 926 se trataron de registros únicos, es decir que durante el 2010 estos pacientes solo ingresaron una vez por alguna de estas patologías. En total se observó que 253 pacientes fueron reingresados con alguna de las enfermedades crónicas analizadas, lo que representa un 21,5% del total. Los reingresos hospitalarios fueron más frecuentes en los servicios de MCE (33,2%), Neumología (26,8%), Cardiología (15,5%).

DISCUSIÓN

La atención de los pacientes crónicos requiere de mayor eficiencia al momento de invertir en su cuidado. Las nuevas tecnologías, que al momento de ser implantadas pueden parecer caras, a la larga ahorrarían al sector público una cantidad importante de dinero.

CONCLUSIONES

Los pacientes crónicos tienen un alto número de reingresos, la mayoría por agudizaciones de EPOC, aunque la estancia es mayor entre los pacientes con diagnóstico principal de diabetes. La comorbilidad más frecuente (en pacientes con alguna de las 4 enfermedades) es de la IC asociada a HTA, seguida de pacientes con EPOC + HTA y de IC + HTA + Diabetes. La mortalidad es más alta entre los pacientes que ingresaron con IC que en entre los que tienen alguna de las otras 3 enfermedades crónicas.

D-7 PLATAFORMA PITES: ENTIDAD CENTRO COORDINADOR DE INTERVENCIONES

P. García-Sagredo, A. Muñoz, M. Pascual, M. De Tena-Dávila, F. López-Rodríguez, G. Bosca, M. Carmona

Unidad de Investigación en Telemedicina y e-Salud. Instituto de Salud Carlos III. Madrid

OBJETIVOS

El objetivo general del Centro Coordinador de Intervenciones (CCI) en el marco del proyecto PITES es, junto a otros recursos del nodo central de la Plataforma, la colaboración con los grupos de investigación de los diferentes nodos de la red en la realización de los proyectos que los nodos proponen. Objetivos específicos son la colaboración en: a) la definición de nuevos servicios asistenciales (e-servicios) fuertemente basados en tecnologías de la información y la comunicación (TIC) orientados a seguimiento y control de pacientes crónicos y personas dependientes, b) el diseño de proyectos de inserción de los e-servicios definidos en escenarios reales de asistencia sanitaria, c) la cobertura organizativa de los proyectos, y d) la evaluación de las intervenciones complejas propuestas.

MATERIAL Y MÉTODO

El CCI dispone de los recursos humanos y tecnológicos, así como de la experiencia en proyectos previos para llevar a cabo un correcto soporte a los grupos de los nodos para realizar los proyectos de inserción y evaluación propuestos. • Fijación de los objetivos del proyecto, diseño del tipo de estudio, selección de la muestra (ámbito geográfico, tamaño de la muestra), tipo de aleatorización • Sujetos. Criterios de inclusión/exclusión. Hoja Informativa y Consentimiento Informado. Grupos: Intervención/Control • Intervención. Pasos a seguir hasta la inclusión. Descripción/Periodo de la intervención. Visitas: Inicial, Seguimiento, Final. Elección de escalas de medida validadas • Análisis y Resultados. Variables de resultado principal. Variables de resultado secundarias.

RESULTADOS

Una vez iniciados los proyectos, la colaboración del CCI se manifiesta como ayuda en el soporte a la cobertura organizativa de los proyectos, fundamentalmente en cuatro áreas de actuación: a) Servicios de formación (p.ej manuales de aparatos a utilizar en domicilio; establecimiento de "tutorías de entrenamiento" y recursos para facilitar el aprendizaje mediante consulta telefónica, SMS, correo electrónico, etc.; comprobación del progreso de conocimientos en los días siguientes a la formación), b) Servicios de supervisión y control (p.ej, control de adherencia al protocolo de pacientes y profesionales), c) Servicios de secretaría y d) Servicios de auditación.

DISCUSIÓN

Las intervenciones para evaluar los e-servicios (efectividad clínica, impacto organizativo, evaluación económica, perspectiva del paciente, etc.) son necesariamente intervenciones complejas y nuestra experiencia aconseja en la mayoría de los casos la colaboración con el CCI del nodo central en aspectos relativos a: • Búsqueda de hipótesis y designación de estrategias • Especificación de los componentes de la intervención y mecanismos que afectan a resultados • Describir los componentes de una intervención y un protocolo factible para comparar la intervención • Conformidad con la metodología establecida • Determinar si otros pueden replicar de forma fiable la intervención y los resultados en un contexto no controlado

CONCLUSIONES

De forma análoga a las otras comunicaciones del Proyecto PITES, desde aquí, se invita a otros grupos de investigación, con base en organizaciones sanitarias, a unirse a esta iniciativa. Para tratar aspectos relacionados con el CCI puede contactar con Pilar García Sagredo en (pilar.sagredo@isciii.es)

D-8 PITES: PLATAFORMA TECNOLÓGICA PARA EL DESPLIEGUE Y EVALUACIÓN DE NUEVOS SERVICIOS DE TELEMEDICINA Y E-SALUD DIRIGIDOS AL PACIENTE CRÓNICO

M. Pascual Carrasco, A. Muñoz Carrero, P. García-Sagredo, J. Del Pozo Peralta, J. García Pérez, R. Álvarez Sánchez, J. García Pacheco, S. Pérez de la Cámara

Unidad de Investigación en Telemedicina y e-Salud. Instituto de Salud Carlos III. Madrid

OBJETIVOS

Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) asumen actualmente un papel fundamental como soporte (e-servicios) en los nuevos modelos asistenciales de provisión de cuidados al enfermo crónico. Se mantiene como reto la obtención de evidencia científica fiable y generalizable sobre los propios modelos, sus efectos, y cómo y cuándo las TIC deben actuar como elemento de articulación entre sus componentes para lograr despliegues eficaces y eficientes. En este contexto, el objetivo de la plataforma tecnológica de investigación PITES es constituir un recurso telemático público estable orientado a posibilitar el diseño, desarrollo, implementación y despliegue de intervenciones complejas basadas en e-servicios en el ámbito de la enfermedad crónica para su evaluación en el marco de estudios experimentales.

MATERIAL Y MÉTODO

Se dispone de una plataforma tecnológica, ubicada en el Instituto de Salud "Carlos III", que responde a una arquitectura de sistema abierto de servicios distribuidos sobre comunicaciones basadas en protocolo IP, siguiendo un modelo mixto mashup/SOA con interacciones basadas en servicios Web, software de código abierto, y conforme a normas internacionales y paradigmas Web. Esta arquitectura le confiere unas características adecuadas para afrontar eficazmente el escenario de investigación en e-servicios: incorporación de mecanismos de evaluación, capacidad de evolución rápida, transparencia funcional en el acceso y ubicación de recursos, interoperabilidad e integración con componentes heterogéneos, distribuidos o heredados, escalabilidad (que posibilita crecer desde pequeños proyectos piloto a intervenciones extensas y multicéntricas), flexibilidad para la incorporación progresiva de los distintos requisitos que imponen las intervenciones o la incorporación de oportunidades tecnológicas, soporte múltiple y simultáneo de e-servicios, y unas necesidades mínimas de implementación en las organizaciones sanitarias.

RESULTADOS

Desde su origen (2002), esta plataforma ha posibilitado el soporte y evaluación de nuevos modelos de provisión dirigidos a crónicos basados en la interacción asincrónica entre los diferentes actores involucrados (pacientes, profesionales sanitarios, cuidadores, dispositivos, otras plataformas), a través de servicios de Internet y otras redes de comunicaciones. Se han abordado despliegues y evaluaciones mediante EAC y otros diseños de estudio experimental), en escenarios de comorbilidad/multimorbilidad, dirigidos a la promoción de la autogestión, en atención primaria/especializada inclusión de recursos comunitarios y atendiendo situaciones de fragilidad y dependencia. Actualmente, en el marco de PITES, con el soporte de la plataforma se están llevando a cabo dos EAC (nodos Madrid y Castilla-La Mancha) y aportando módulos funcionales complementarios al resto de nodos de la red.

DISCUSIÓN

La disponibilidad de plataformas tecnológicas de investigación con arquitecturas abiertas, distribuidas, interoperables, sobre redes IP, permiten el despliegue de e-servicios a través de implementaciones mínimas en las organizaciones, disminuyendo la complejidad en la evaluación de estudios experimentales, favoreciendo la obtención de evidencia temprana de calidad y procesos de implantación progresivos, a la vez que posibilitan la conformación de entornos I+D+i colaborativos, como el que establece PITES.

CONCLUSIONES

De forma análoga a las otras comunicaciones del Proyecto PITES, desde aquí, se invita a otros grupos de investigación con base en organizaciones sanitarias a unirse a esta iniciativa. Para tratar aspectos relacionados con la plataforma tecnológica puede contactar con Mario Pascual en (mario.pascual@isciii.es)

D-9 CON OSABIDE GLOBAL, LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA ÚNICA DE OSAKIDETZA LOS SUEÑOS PUEDEN CUMPLIRSE Y LA UTOPÍA ALCANZARSE, Y LOS PACIENTES CRÓNICOS ESTÁN MEJOR ATENDIDOS

R. Sánchez Bernal[1], O. Álvarez Guerras[2], M. Ogueta Lana[3], M. Madrid Conde[4], L. Aulestia Seoane[5], E. Barez Hernández[6]

[1]Dirección de Osakidetza no Presencial, [2]Dirección de Osarean, [3]Subdirección de Calidad e Información Sanitaria de Osakidetza, [4]Subdirección de Asistencia Especializada de Osa, [5]Informática de la Subdirección de Informática de Osakidetza. Dirección de Osakidetza. Vitoria (Álava)

[6]Dirección Médica. Hospital Universitario de Álava. Vitoria (Álava)

OBJETIVOS

Objetivos: 1. Disponer de una Historia Clínica Electrónica Única que permita encontrar toda la información de Primaria y Especializada necesaria en tiempo real, a un solo "clic". 2. Ser el soporte donde se visualice la estratificación de riesgos en el enfoque poblacional. 3. Permitir crear una red de pacientes activos y conectados.

4. Posibilitar una continuidad de cuidados. 5. Conocer los pacientes derivables a un hospital de subagudos 6.Mejorar la colaboración sociosanitaria. 7. Implantar el historial farmacoterapéutico único por paciente. 8. Habilitar mecanismos no presenciales de relación con el paciente y/ó su familia (interconsultas entre primaria y especializada, telemedicina, telemonitorización, teléfono, e-mail y redes sociales, etc.). 9. Posibilitar al paciente acceder a la información clínica objetiva

MATERIAL Y MÉTODO

Métodos: Diseño: Grupo multidisciplinar de profesionales que incluye médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, farmacéuticos, biólogos, fisioterapeutas, matronas, ópticos, trabajadores sociales, administrativos e informáticos. Pilotaje: 1.104 personas. Herramientas de resolución de problemas y de priorización: Técnicas del grupo nominal, Selección ponderada. Delphi. Diagrama de Pareto, causa-efecto y de Gantt, Diagramas de flujo para la representación gráfica de procesos.

RESULTADOS

Resultados: 1. Hemos creado una Aplicación sencilla, intuitiva, visualmente atractiva y amigable, adaptada a cada clínico, modificable, y de un solo vistazo se obtiene la información clínica más relevante (valorada por los clínicos con un 9,2 sobre 10). 2. La información clínica está centrada en el paciente. 3. Existe una pantalla única del clínico donde se ven los hallazgos inesperados, guías de práctica clínica, actividad del día, interconsultas presenciales y no presenciales, y se puede hacer videoconferencia y telemedicina con pacientes y profesionales. 4. Se dispone de Alertas dinámicas y variables específicas asociadas al paciente (Insuficiencia

renal y hepática, alergias, embarazo, lactancia, anticoagulación, portador de dispositivos, en tratamiento con quimioterapia, radioterapia, etc.) 5. Se pueden ver los Antecedentes familiares y personales 6. Los diagnósticos previos están codificados al 100% y a tiempo real, y se dispone de historial fármaco terapéutico electrónico único. 6. Hemos creado un evolutivo electrónico único por paciente (e-book). 7. Se visualizan a un solo "clic" los resultados de Analítica, Radiología, Anatomía Patológica, Procedimientos, ECG, etc.), 8. Se pueden pedir exploraciones complementarias, ver próximas citas, evolutivos e informes anteriores, interconsultas, y se dispone de un historial dosimétrico único en milisieverts.

DISCUSIÓN

Sin ninguna duda mejora y facilita la práctica clínica diaria, los sistemas de información, favorece la continuidad de cuidados y la relación entre niveles asistenciales, mejora seguridad clínica y reduce los eventos adversos, lo que redunda en mejora de la calidad de vida de los pacientes.

CONCLUSIONES

Osabide Global ha logrado cumplir todos los objetivos generales y específicos que nos habíamos propuesto, y además está facilitando la implicación y el compromiso de los profesionales clínicos de Osakidetza con la política y la estrategia de Osakidetza y del Departamento de Sanidad. (700.000 evolutivos registrados por más de 3.000 médicos y 7.000 enfermeras, y se han creado > de 60 empleos)

D-10 GRACIAS A LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA, LOS EVENTOS ADVERSOS ATRIBUIDOS A LA MEDICACIÓN EN LOS PACIENTES CRÓNICOS YA NO OCUPAN EL 1º LUGAR, SINO EL 3º

R. Sánchez Bernal[1], M. Madrid Conde[2], M. Ogueta Lana[3], G. Mentxaka Atxabandalaso[4], M. Prieto Blanco[5], L. Aulestia Seoane[6]

[1]Dirección de Osakidetza no Presencial, [2]Subdirección de Asistencia Especializada, [3]Subdirección de Calidad e Información Sanitaria, [4]Subdirección de Informática, [5]Subdirección de Asistencia Sanitaria, [6]Subdirección de Informática. Dirección de Osakidetza. Vitoria (Álava)

OBJETIVOS

1. Implantar la prescripción electrónica para prevenir los eventos adversos derivados de la utilización de medicamentos en el hospital 2. Aumentar la seguridad del paciente crónico y en consecuencia la salud y la calidad de vida del mismo, y reducir los eventos adversos.

MATERIAL Y MÉTODO

Causas de los problemas: AMFE. Diseño de la Aplicación: Grupo multidisciplinar que incluye médicos, enfermeras, farmacéuticos, informáticos y administrativos. Formularios y Protocolos consensuados. Se han creado definiciones comunes para la descripción de medicamentos y productos sanitarios Las sugerencias de mejora se realizan a través de un procedimiento consensuado denominado: Notificación de Petición de Servicio (PS), Implantación global: Cronograma de 4 meses para la formación en las 500 camas de hospitalización. Difusión: Reuniones de 90 minutos por parte del Director Médico y del Servicio de Farmacia con el 100% de los médicos de cada servicio del hospital.

RESULTADOS

1. El 100% de las prescripciones y órdenes médicas se hacen electrónicamente. 2. Se han realizado 158Protocolos de Tratamientos intra e interservicios basados en la evidencia científica y el consenso. 3. El registro de intervenciones/incidencias farmacéuticas ha bajado de 1129 en 2009, a 766 en 2010. 4. Se ha pasado de un 64,5% de órdenes médicas incompletas a un 8,8%. Han disminuido de un 94,2% a un 74,1% las intervenciones realizadas con impacto sobre la seguridad y han aumentado de un 6% a un 22,6% las intervenciones con impacto sobre la eficacia del tratamiento. 5. Ha mejorado la gestión del tiempo de enfermería posibilitando una mayor dedicación al cuidado de los pacientes, ya que no tiene que subsanar los errores cometidos en las fases de prescripción y dispensación, y tampoco tienen que interpretar las prescripciones ni enviar las modificaciones a Farmacia. 6. Tratamiento actualizado al instante y acceso a la medicación de atención primaria. 7. Permite un intercambio terapéutico más eficaz y una mayor adhesión a la guía farmacoterapéutica, así como la conciliación de la medicación al acceder fácilmente al tratamiento del paciente en otros niveles asistenciales. 8. Permite ver órdenes no medicamentosas, lo que a enfermería aporta más información y realizar con mayor calidad y seguridad su trabajo.

DISCUSIÓN

Es una experiencia y práctica innovadora, que ha permitido una comunicación efectiva y una mayor colaboración entre los distintos profesionales que intervienen en los procesos de prescripción, dispensación y administración de medicamentos, facilitando la integración y participación del farmacéutico en el equipo asistencial, ya que hasta ahora era visto más como un dispensador de medicamentos y controlador del gasto, que como una ayuda en las decisiones clínicas y en la seguridad del paciente crónico.

CONCLUSIONES

En definitiva, han disminuido las incidencias con impacto sobre seguridad, y han aumentado las intervenciones con impacto sobre la eficacia, lo que obviamente es muy positivo de cara a la seguridad.

D-11 CÓMO INTRODUCIR CON ÉXITO NUEVAS TECNOLOGÍAS EN ENTORNOS DE MAYORES DEPENDIENTES: EL CASO DE LA ROBÓTICA SOCIAL

E. González-Aguado[1], A. Yuste-Marco[1], F. Böckel Martínez[1], S. Fínez Martínez[2]
[1]I i. Fundació Hospital Comarcal Sant Antoni Abat. Vilanova i la Geltrú (Barcelona)
[2]I D i. Treelogic S.L. Llanera (Asturias)

OBJETIVOS

Describir los factores condicionantes para la introducción con éxito de plataformas robóticas en entornos de cuidados a mayores dependientes con patología crónica. Para ello se describe el caso de éxito del proyecto ACROSS (Auto Configurable Robots for Social Services, TSI-020301-2009-27) en el escenario de vida dependiente (Hospital de Día Geriátrico del Hospital Sant Antoni Abat - Consorci Sanitari del Garraf), a través del proceso de sensibilización. El objetivo de este proceso es devolver al usuario final (persona mayor dependiente) su rol protagonista en el diseño e incorporación de nuevas tecnologías, y favorecer su participación desde los propios intereses y necesidades reales.

MATERIAL Y MÉTODO

Para implementar con éxito el uso de la plataforma robótica (Roinbot®, de mBOT) en un entorno hospitalario de mayores con patología crónica, se diseñó un proceso de sensibilización a los usuarios finales sobre el uso y posibilidades de esta nueva tecnología. El proceso constó de seis fases: 1) Fase previa: Reunión con familiares y cuidadores para detectar necesidades, y recoger sugerencias sobre la robótica social como tecnología de soporte a los cuidados. 2) Fase informativa con profesionales de atención directa: Información sobre el proyecto, y recogida de opiniones sobre la introducción de la robótica social como soporte terapéutico. 3) Fase informativa con pacientes: Entrevistas con pacientes de Hospital de Día, informando sobre la incorporación de un robot en actividades terapéuticas e invitando a participar en la fase de interacción y evaluación del piloto. 4) Fase participativa: Reunión con los usuarios participantes, para propiciar la discusión y la motivación por la interacción con la plataforma durante el piloto. 5) Fase piloto de interacción con el robot: Diseño e implementación de dos sesiones de reminiscencia grupal e individual, para experimentar la interacción con un robot social. 6) Fase de evaluación: A través de entrevistas individuales y encuestas de opinión y calidad percibida, el usuario pudo aportar sugerencias de uso y mejoras.

RESULTADOS

1. El proceso de sensibilización promovió una mayor participación entre los usuarios.2. Se aumentó la aceptación por parte de los ingenieros de las especificaciones técnicas sugeridas por las personas mayores. Las mejoras viables fueron incorporadas en la plataforma robótica. 3. El retorno al usuario mejoró sus niveles de satisfacción.

DISCUSIÓN

El proceso de sensibilización en el adulto mayor promovió la participación activa, a través de las sugerencias de usabilidad propuestas. Así mismo, la sensibilización con contenidos significativos para el usuario generó mayor aceptación (valorada a través de expectativas de uso) y satisfacción (encuestas de opinión y calidad percibida).

CONCLUSIONES

A través de la cooperación entre socios del sector de las TICS, profesionales asistenciales y usuarios finales, se han generado sinergias conjuntas que han promovido la creación de nuevos proyectos de I+D+i dirigidos a estos colectivos, como el caso del proyecto Eldertoy (IPT-430000-2010-002).

D-12 EVITAMOS IR AL CENTRO DE SALUD A > DE 1.200.000 PERSONAS GRACIAS A LAS CONSULTAS NO PRESENCIALES VIA TELÉFONO EN ATENCIÓN PRIMARIA

R. Sánchez Bernal[1], B. Gómez Bravo[2], I. Calero Herrero[3], J. Garmendia Gómez[4], J. Llano Hernández[5], O. Álvarez Guerras[6]
[1]Osarean: Osakidetza no Presencial, [2]Osarean: Osakidetza Canales no Presenciales. Dirección de Osakidetza. Vitoria (Álava)
[3]Comarca Bilbao: Call Center, [4]Comarca Bilbao. Bilbao (Vizcaya)
[5]Osarean: Osakidetza en red, 6Osarean: Osakidetza. Dirección de Osakidetza. Bilbao (Vizcaya)

OBJETIVOS

Introducción: La estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en el País Vasco (2. 2.183.615 habitantes) se basa en 14 Proyectos, uno de los cuales se llama Osarean: Osakidetza no Presencial, que pretende facilitar a quien lo desee, pacientes, familiares y profesionales, poder relacionarse con Osakidetza de forma no presencial, a través de varios canales entre los cuales está el teléfono fijo o móvil. 1. Crear un sistema de cita previa basado en agendas no presenciales para los ciudadanos que lo deseen 2.Habilitar consultas telefónicas en los médicos de cabecera, pediatras, enfermeras y matronas 3. Evitar el traslado físico de los pacientes, tanto para ser citados como para ser atendidos en aquellos casos en que no se precise su presencia. 4. Valorar la aceptación de los pacientes y profesionales para ser atendidos mediante esta modalidad. 5. Buscar un perfil de paciente idóneo para consulta no presencial.

MATERIAL Y MÉTODO

Instauración de un sistema de telefonía automatizada por respuesta interactiva (IVR); extensión de la cita Web en toda la red de Osakidetza, creación de un Call Center para dar

soporte a aquellas llamadas cuya petición de cita no se da respuesta por el IVR, citación por teléfono en los centros de salud y consultorios rurales, y por último formación de las áreas de atención al cliente para facilitar las consultas telefónicas. Se habilita en la agenda una modalidad de prestación de Cita no Presencial: Telefónica que se puede solicitar para que el médico o la enfermera te llame por teléfono a la hora pactada

RESULTADOS

El número de citas dadas mediante el sistema del IVR han sido en el año 2011 un total de 597.699, lo que significa una media de 49.808 al mes y una media de 1.660 al día. Mediante la Vía Web se han obtenido en el conjunto del año 370.621, lo que ha representado una media mensual de 30.885 y 1.029 al día. Lo anterior más el Call Center ha supuesto un total de 1.035.470 citas al año, 86.289 al mes y al día 2.876 El nº de Consultas Telefónicas que se han realizado a lo largo de 2011 ha ascendido a un total de 1.253.293, con una media mensual de 104.441, y diarias de 5.103, lo que significa un total de 716 a la hora. El 96% de los ciudadanos está satisfecho con esta nueva modalidad de atención y > del 90% de los médicos de primaria lo valoran positivamente. Disponemos de perfiles de pacientes con problemas específicos que son susceptibles de esta modalidad de atención.

DISCUSIÓN

Se han evitado desplazamiento de forma rutinaria, siendo de especial interés en pacientes con domicilio lejano al centro y/o consultorio, pacientes con trabajo activo y pacientes y familiares con dificultad para el desplazamiento (silla de ruedas, andadores, muletas).

CONCLUSIONES

La utilización de consultas no presenciales, facilita la atención a los pacientes crónicos y asegura el registro de toda la información correspondiente al paciente, incrementa su satisfacción, se evitan los riesgos, incomodidades y costes correspondientes a los desplazamientos del paciente y acompañantes, y ayuda a la sostenibilidad del sistema.

D-13 CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE CRÓNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA AL ALTA HOSPITALARIA. TICS ENTRE ÁMBITOS ASISTENCIALES. "RIBERA AUTOMÁTICO"

M. Mañas Iñesta[1], M. Matoses Climent[1], A. Fuertes Fortea[1], E. Gómez Gutiérrez[2], M. Solera Requeni[1]

[1]Atención Primaria, [2]Atención Primaria y Especializada. Hospital de la Ribera. Alzira (Valencia)

OBJETIVOS

Los pacientes crónicos padecen algún trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación del modo de vida que es probable que persista durante largo tiempo. Las enfermedades crónicas llegan a ocasionar el 80% de las consultas en AP, el 60% de los ingresos hospitalarios y el 70% del gasto sanitario. Generales: Garantizar el seguimiento y continuidad de los cuidados de enfermería en A. P de los pacientes dados de alta, mediante el programa informático "Ribera Automático". Específicos: Captar a los pacientes con patologías crónicas que hayan estado ingresados en el Hospital Universitario La Ribera para garantizar su seguimiento, realizar las intervenciones necesarias para detectar sus necesidades y prevenir la hospitalización urgente.

MATERIAL Y MÉTODO

MATERIAL Ribera automático: Software recopilador de altas automatizado. Listados editados para el Centro de Salud de Alginet. Informe de alta de enfermería y médica: Podemos acceder a él mediante la historia clínica informatizada (SIAS). Teléfono para llamadas exteriores. Ordenador con acceso a Abucasis (programa informático de la Consellería) y a SIAS (ídem del hsp). Población Diana: Pacientes con patología crónica de la ZB de Alginet con altas. Personal implicado: Enfermera de Unidad Básica Asistencial. MÉTODO Estudio transversal observacional descriptivo retrospectivo. De 461 pacientes dados de alta en 85 días del 2011 (4 meses) hemos analizado el total de ingresos por patología crónica, el total de altas de enfermería generadas y el análisis de las patologías con mayor frecuentación.

RESULTADOS

De los pacientes (461), un 15% (138) habían ingresado por patologías que generan cronicidad. El 30% (138) disponían del Alta de Enfermería frente al 22% (92) en pacientes con pat. no crónica. De los crónicos: 29% Acc. Cerebrovasculares (40) ,17% eventos cardiacos derivados de DM, HTA (24), 17% Osteoartrosis (24) ,8% Epoc (11), 7% Insuf. Cardiaca (10) ,4% Insuf. Renal crónica (5).16% Otras (22). Contactos telefónicos con pacientes en < 24h = 92

DISCUSIÓN

Estudios previos han mostrado que la atención de los pacientes crónicos se beneficia de todo tipo de tecnologías. La información volcada por el sistema permite la resolución de casos directamente en atención primaria.

CONCLUSIONES

El seguimiento post-alta es imprescindible para asegurar la continuidad asistencial. Para ello contamos con las nuevas tecnologías (Ribera Automático) que permiten una mayor eficiencia y mejores prestaciones a los pacientes que necesitan apoyo y continuidad. La enfermera de UBA en Atención Primaria es la que mejor puede desempeñar el papel de enfermera gestora de casos, es la más idónea para dar seguimiento y continuidad a los pacientes crónicos (tras el alta hospitalaria) y garantiza unos cuidados óptimos del proceso por el conocimiento y proximidad con estos pacientes. En el 100% de los casos que tenían informe de alta de enfermería hubo un contacto telefónico en < 24 horas por la enfermera de Atención Primaria para una continuidad inmediata con estos pacientes pudiendo activar todos los recursos necesarios según necesidades en su ámbito bio-psico-social sin que el paciente acuda a nosotros.

D-14 VALIDACIÓN CLÍNICA DE UNA HERRAMIENTA DE AYUDA EN LA TOMA DE DECISIONES EN EL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE EN EL PACIENTE DE ALTO RIESGO VASCULAR

A. Zamora[1], C. Carrion[2], N. Plana[3], A. Martin-Urda[4], A. Rivera[1], G. Vazquez[1], G. Paluzie[1], C. Soler[5]

[1]Unidad de Lípidos. Hospital Comarcal de Blanes. Blanes (Girona)
[2]G. TransLab. Universidad de Girona. Girona
[3]Unidad de Lípidos. Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Reus (Tarragona)
[4]Servicio de Medicina Interna. Hospital de Palamós. Palamós (Girona)
[5]Unidad de Lípidos. Hospital Santa Caterina. Girona

OBJETIVOS

Validar en pacientes de alto riesgo vascular la una Herramienta de Ayuda en la Toma de Decisiones en el Tratamiento Hipolipemiante (HTE-DLP)

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo, con selección oportunista y aleatorización de pacientes. Criterios de inclusión: pacientes de alto o muy alto riesgo vascular (antecedente de enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus con lesión de órgano diana o SCORE >=10) y C-LDL >100 mg/dl. Investigadores seleccionados: expertos en el manejo de pacientes dislipémicos y alta motivación por el uso de las TICS. Funcionamiento. HTE-DLP es una plataforma de ayuda en la toma de decisiones del tratamiento hipolipemiante que incorpora las guías: Guía Europea de Dislipemias, Tabla de Riesgo Vascular SCORE para poblaciones de Bajo Riesgo, Tabla para la Planificación del Tratamiento Hipolipemiante por Objetivos, Dieta Mediterránea, Base de Datos de Interacciones Farmacológicas Micromedex 2.0, Información de ficha técnica de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, Información actualizada sobre P.V.P.).Todos los valores están parametrizados lo que permite su actualización. En función de los datos administrados por el usuario (C-LDL (único dato obligatorio); C-HDL, función renal y hepática; fármacos concomitantes) ofrece los tratamientos ordenados por criterios de eficacia, seguridad y coste-eficiencia. La primera opción ofrecida sería la solución óptima para el paciente problema. El investigador puede seleccionar el tratamiento entre las diferentes opciones ofrecidas.

RESULTADOS

Se han incluido 40 pacientes (23 asignados a uso de HTE-DLP y 17 a grupo control).Los grupos fueron equiparables en edad, sexo, perfil lipídico y factores de riesgo cardio-vascular a excepción de la diabetes con una mayor frecuencia en el grupo HTE-DLP (73,5% vs 42,9% p<0,05). A las 24 semanas de seguimiento se observa unos valores de C-Total, C-LDL y C-No HDL significativamente más bajos en el grupo HTE-DLP frente a control (X+/-SD): 152,47 (40,75); 77,71 (39,09) y 105,88 (43,6) respectivamente frente a 177,80 (42,20); 98,76 (31,40); y 126,30 (39,56) del grupo control. La prescripción de fármacos hipolipemiantes con ayuda de HTE-DLP se asocia a una probabilidad 2.5 veces mayor de alcanzar el objetivo de C-LDL. No se observaron diferencias significativas en la aparición de efectos indeseables declarados. El uso de HTE-DLP se asocia a una reducción de 5,07 EUR del coste de tratamiento por cada descenso de 1 mmol de C-LDL. El uso de HTE-DLP se asociaría a una reducción teórica adicional de 18,05% de eventos coronarios, 21,09% de tasas de revascularización y 10,97% de reducción de mortalidad cardio-vascular. El 94,4% de los investigadores aceptaron en su prescripción la 1ª recomendación hecha por HTE-DLP, el 85% declararon estar de acuerdo con la recomendación hecha, el motivo más frecuente de desacuerdo fue la discrepancia en el uso de terapia combinada, el 93,5% de las recomendaciones hechas por HTE-DLP incorporaba un fármaco EFG.

DISCUSIÓN

El uso de HTE-DLP en práctica clínica puede mejorar la consecución de objetivos, de forma segura y eficiente. Son necesarios estudios con un mayor número de sujetos en condiciones de práctica clínica general.

CONCLUSIONES

El uso de Sistemas Informatizados de Ayuda en la Toma de Decisiones Clínicas puede mejorar la calidad en la prescripción del tratamiento hipolipemiante

D-15 LOS ESTUDIOS DE APNEAS DEL SUEÑO EN DOMICILIO CON TELEMONITORIZACIÓN A DOMICILIO DE PACIENTES CRÓNICOS REDUCEN LA DEMORA, AUMENTAN LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES Y LA EFICIENCIA DEL SISTEMA

C. Egea Santaolalla[1], J. Durán Cantolla[2], C. Martínez Null[3], R. Sánchez Bernal[4], A. Collia Posada[5], O. Álvarez Guerras[6]

[1]Unidad de Trastornos del Sueño. Hospital Universitario de Álava. Vitoria (Álava)
[2]Unidad de Investigación, [3]Unidad Sueño / Unidad de Investigación, [4]Osarean: Osakidetza no Presencial. Hospital Universitario de Álava. Vitoria (Álava)
[5]Dirección de Consumo. Departamento de Sanidad. Vitoria (Álava)
[6]Osarean: Osakidetza en red. Dirección de Osakidetza. Vitoria (Álava)

OBJETIVOS

En los últimos diez años, la Unidad de Trastornos del Sueño de nuestro Hospital (UTS), aunque ha triplicado su capacidad, es insuficiente para atender la demanda de pruebas de sueño, especialmente, en relación al síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS), ya que el incremento de la demanda genera largas listas de espera. Nuestro objetivo fue desarrollar y

validar un proyecto de colaboración entre nuestra UTS y la empresa suministradora de CPAP (Es un tratamiento que distribuye aire ligeramente presurizado durante el ciclo respiratorio, a través de una presión positiva en la vía aérea), para la implantación de estudios de sueño domiciliarios.

MATERIAL Y MÉTODO

Definición de las variables por Polisomnografía (PSG) y/o poligrafía respiratoria. La PSG/PR se realizará a todos los pacientes en quienes se indique esa prueba con intención de diagnosticar o descartar un SAHS. Los sistemas a emplear serán aquellos aceptados y publicados en las guías internacionales. La PSG/PR se realizará durante el período nocturno y según las indicaciones del Documento Nacional de Consenso sobre el SAHS, así como las últimas recomendaciones de la American Academy of Sleep Society. En Junio del 2009 diseñamos, en colaboración con la empresa Oximesa SL, un sistema para la realización, bajo supervisión del Hospital, de pruebas de sueño simplificadas (60% del total) en domicilio, con posterior recogida y volcado del estudio en un servidor encriptado, garantizando en todo momento la confidencialidad de los datos. Desde la UTS analizábamos los resultados y emitíamos el informe clínico que era entregado al paciente en consulta. La empresa colaboradora no tenía ninguna participación en la decisión diagnóstica ni de tratamiento, ni tampoco en la necesidad de repetición del estudio, que lógicamente se decidía en la UTS.

RESULTADOS

1. El nº de pacientes en lista de espera para realizar una prueba de sueño fueron en 2007 y 2008 de 901 y 983pacientes, respectivamente, con un incremento anual del 10%. La implantación de este programa (junio 2009) redujo las listas de espera media en 2009, 2010 y 2011 (14 de Mayo de 2011) a 814, 257 y 200 pacientes, respectivamente. 2, Aunque han bajado todos los ítems, los mayores descensos se han producido en los estudios domiciliarios (de 4,4 meses a 1,2) y en los niños (de 8,7 meses a 4,4 meses). 3. Esto supone en la actualidad una espera técnica de 1-12 semanas para las diferentes pruebas, frente a los más de 8,7 meses que había que esperar con anterioridad. El 10% de los casos la prueba hubo de repetirse por fallo técnico lo que está dentro del rango aceptable y la preferencia de los pacientes se decantó claramente por el uso del domicilio en más del 90%.

DISCUSIÓN

La implantación de estudios domiciliarios con la colaboración externa de empresas supone una clara reducción de las listas de espera sin pérdida de calidad, eficiencia del sistema, y es preferida por los pacientes.

CONCLUSIONES

El éxito de esta telemonitorización a domicilio nos hace ser optimistas en cuanto a extrapolarlos a otras patologías como estudio de parasonminias a domicilio en niños, narcolepsia, pacientes con ventilación mecánica, etc.

D-16 LAS CONSULTAS NO PRESENCIALES EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO MEJORAN LA CALIDAD DE VIDA Y LAS RELACIONES PRIMARIA/ ESPECIALIZADA, Y ELLO ES POSIBLE POR LA HISTORIA ELECTRÓNICA ÚNICA

R. Sánchez Bernal[1], E. Bárez Hernández[2], O. Álvarez Guerras[3], M. Ogueta Lana[4], J. Armentia Fructuoso[5], A. Collia Posada[6]

[1]Osarean: Osakidetza no Presencial, [3]Osarean: Osakidetza en red, [4]Subdirección de Calidad e Información Sanitaria. Dirección de Osakidetza. Vitoria (Álava)

[2]Dirección Médica, [5]Dirección Gerencia. Hospital Universitario de Álava. Vitoria (Álava)

[6]Dirección de Consumo. Departamento de Sanidad. Vitoria (Álava)

OBJETIVOS

1. Facilitar la atención de los pacientes con dolor crónico, mediante una Historia Clínica Electrónica Única utilizable por Primaria y Especializada de manera sencilla y rápida. 2. Evitar el traslado físico de los pacientes y/o de sus solicitudes de en formato papel, tanto para ser citados como para ser atendidos. 3. Valorar la mejora de los tiempos de demora para la atención de los pacientes con dolor crónico. 4. Valorar la aceptación de los pacientes para ser atendidos mediante esta modalidad. 5. Buscar un perfil de paciente idóneo para consulta no presencial.

MATERIAL Y MÉTODO

Participación de toda la Unidad del Dolor en el desarrollo del programa de Historia Electrónica Única de Osakidetza, Osabide Global. Incorporación a la misma de los documentos revisados de consentimiento informado y hojas informativas. Análisis de los datos de demora y actividad reportados por el Servicio de Información Sanitaria y su evolución en los últimos años. Propuesta de nuevas agendas, con estandarización de los plazos de seguimiento, primando las consultas no presenciales. Cuestionarios sencillos para los pacientes en los que se les solicita su opinión sobre su seguimiento mediante consulta no presencial.

RESULTADOS

Se dispone la información previa a la visita en la Unidad del Dolor, en formato electrónico. La información resultante está disponible en el entorno del programa Osabide Global. Las demoras han experimentado una extraordinaria mejoría, siendo de 3 días para primera consulta preferente, de 15 días para primera consulta ordinaria y de 22 días para procedimientos terapéuticos. Se evita su desplazamiento a la Unidad de forma rutinaria, siendo de especial interés en pacientes con domicilio lejano al hospital, pacientes con trabajo activo y pacientes y familiares con dificultad para el desplazamiento (silla de ruedas, andadores, muletas). Las consultas programadas no presenciales (45% del total de las sucesivas de seguimiento) han reducido drásticamente las consultas telefónicas inesperadas y las inasistencias. La satisfacción de los pacientes atendidos mediante la modalidad de interconsulta no presencial ha sido > 94%

DISCUSIÓN

La utilización de consultas no presenciales mediante la Historia Clínica Electrónica Osabide Global, facilita la atención a los pacientes crónicos y asegura el registro de toda la información correspondiente al paciente, evitando la necesidad de solicitar las historias de papel

CONCLUSIONES

Se optimiza la atención al paciente, ya que desde el mismo puesto asistencial se realizan la anamnesis, la redacción electrónica del evolutivo, las recetas de medicación, la citación, la solicitud de pruebas complementarias y la entrega de informes. Se evitan los riesgos, incomodidades y costes correspondientes a los desplazamientos del paciente y acompañantes, y ayuda a la sostenibilidad del sistema.

D-18 REHABILITACIÓN DE PACIENTES CON EPOC EN SU DOMICILIO A TRAVÉS DE EJERCICIOS, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN FRENTE A LA TELEVISIÓN

J. Lobo Beristain[1], J. Durán Cantolla[2], J. Armentia Fructuoso[3], E. Bárez Hernández[4], M. Ogueta Lana[5], R. Sánchez Bernal[6]

[1]Servicio de Neumología, [2]Unidad de Investigación, [3]Dirección Gerencia, [4]Dirección Médica. Hospital Universitario de Álava. Vitoria (Álava)

[5]Subdirección de Calidad e Información Sanitaria, 6Osarean: Osakidetza no Presencial. Dirección de Osakidetza. Vitoria (Álava)

OBJETIVOS

Introducción: La estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en el País Vasco (2. 2.183.615 habitantes) se basa en 14 Proyectos, uno de los cuales se llama Osarean: Osakidetza no Presencial, que pretende facilitar a quien lo desee, pacientes, familiares y profesionales, poder relacionarse con Osakidetza de forma no presencial, a través de varios canales entre los cuales está la televisión. Osakidetza pretende que pacientes con EPOC realicen la rehabilitación a domicilio frente al televisor Objetivos: Corto plazo: 1. Mejora del control y seguimiento del EPOC, desde la perspectiva de pacientes y clínicos 2. Aceptación y usabilidad de la solución y probar que la tecnología es adecuada. Medio / Largo plazo: 3. Mejora de la condición de salud y calidad de vida de los pacientes 4. Reducción del número de ingresos hospitalarios y visitas a urgencias 5. Evitar el traslado físico de los pacientes, tanto para ser citados como para ser atendidos en aquellos casos en que no se precise su presencia.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trabajará con pacientes EPOC con FEV1 post- broncodilatación igual o inferior a 50% y en fase estable, co- liderado por el Hospital y limitado a 2-3 Centros de Atención Primaria. Se ha diseñado una combinación y frecuencia de intervenciones personalizada y según plan de acción específico definido por los médicos del hospital los de atención primaria y coordinados con el resto de clínicos. El seguimiento se hará mediante ejercicios de resistencia en extremidades superiores, fuerza de extremidades y músculos respiratorios. Las mediciones serán de la espirometría, los cuestionarios serán LCADL (Escala Actividades Vida Diaria), y habrá un checklist de medicación

RESULTADOS

Se dispone de mensajes de audio/texto, con recordatorio de actividades, consejos y alarmas, así como llamada y Videollamada con planificación previa y aprobación por ambas partes. La educación del paciente consta de Técnicas de Inhalación, Hábitos saludables, Información de la EPOC, Información sobre aspectos medioambientales (alergias,…) y Reconocimiento de la exacerbación. Todos los datos de ejercicios, mediciones, cuestionarios, diario de síntomas, tomas de medicación y parámetros se integrarán en la Historia Clínica Electrónica Única. El seguimiento se hace también desde el Servicio de Urgencias del Hospital porque tiene una cobertura 24 horas al día, los 7 días de la semana

DISCUSIÓN

Queremos utilizar la televisión como medio para realizar la rehabilitación porque consideramos que es una tecnología a la que están acostumbrados los pacientes, y la videoconferencia en directo nos va a permitir un seguimiento creemos que adecuado.

CONCLUSIONES

La utilización de la televisión como medio de relación no presencial entre pacientes, sus familias y los clínicos que le atienden, está siendo muy bien valorada y creemos que va ser una herramienta fundamental para la relación de los clínicos y los pacientes, y que va permitir conseguir los objetivos propuestos.

D-19 DESARROLLO DE UN PROYECTO DE TELEMEDICINA EN LA ATENCIÓN A PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

M. Ortiz Camúñez[1], V. Rodríguez Pappalardo[1], P. Bohórquez Colombo[1], D. Nieto Martín[2], A. Martínez García[3], M. Ollero Baturone[2]

[1]Centro de Salud de Camas. Distrito de AP Aljarafe. Sevilla. Distrito de Atención Primaria Aljarafe. Sevilla

[2]Medicina Interna (UCAMI), [3]Servicio de Tecnologías de la Información. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

Desarrollo e implementación de un proyecto en Telemedicina integrado en el modelo organizativo del Sistema Sanitario Público Andaluz para la comunicación entre profesionales en el proceso de atención a pacientes pluripatológicos.

MATERIAL Y MÉTODO

El Hospital Virgen del Rocío (HUVR) está desarrollando la Plataforma eSalud para permitir el despliegue de nuevos servicios y proyectos pilotos entre el hospital y los centros de salud vinculados al mismo. Dentro del Proyecto PITeS: Métodos y Herramientas para el Diseño e Implementación de Servicios de Telemedicina y eSalud para la Atención de Pacientes Crónicos, se ha desarrollado una plataforma de comunicación virtual que permite a los profesionales implicados en la atención a pacientes pluripatológicos comunicarse y compartir decisiones sobre sus procesos.

RESULTADOS

Se presenta la elaboración e implementación en un Centro de Salud de la plataforma. La plataforma, con acceso desde la intranet corporativa del Servicio Andaluz de Salud, se compone de tres partes: la primera donde el profesional crea un registro especificando la situación actual del paciente, según la evolución, exploración, pruebas complementarias y juicio clínico actual. La segunda denominada "Muro Clínico" donde se produce el diálogo entre profesionales. Y la tercera donde se especifican las conclusiones acordadas entre todos los profesionales que hayan participado en el proceso.

DISCUSIÓN

Esta herramienta pretende dar soporte a las interacciones entre los profesionales que no pueden ser abarcadas dentro de los sistemas de HCE tradicionales permitiendo a los mismos la toma de decisiones compartidas a partir de herramientas Web 2.0. Esta plataforma trata de minimizar el impacto que en la programación diaria de los profesionales tienen otros medios de comunicación a tiempo real.

CONCLUSIONES

La plataforma espera conseguir ayudar a la complejidad del flujo de trabajo de la atención del paciente pluripatológico permitiendo la comunicación entre los profesionales involucrados en su atención y dando soporte a las interacciones existentes entre los distintos actores que tratan a un mismo paciente y sus diversas enfermedades

D-20 MEJORA EN LA ACCESIBILIDAD A RECOMENDACIONES SOBRE AUTOCUIDADOS

R. Lara Romero, F. Alemany Lasheras, M. Pérez Ruiz, M. Torres Martín, M. Borrero Esteban, J. Carmona Polvillo, R. Veras Cosmo

Enfermería Hospitalización. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

OBJETIVOS

Generales: Fomentar la educación sanitaria de los pacientes/cuidadores principales mejorando la accesibilidad a recomendaciones en autocuidados mediante la utilización de las nuevas tecnologías. Específicos: Sensibilizar a los ciudadanos en el cuidado de su salud a través de la capacitación/educación de los mismos y sus familiares, en un nuevo modelo de relación con los profesionales sanitarios, potenciando la responsabilidad del paciente e incrementando la autonomía y el autocuidado, desarrollando nuevos roles profesionales y realizando toma de decisión compartida. Desarrollar la aplicación de autocuidados, basando estos en las mejores prácticas clínicas evidenciadas, trasladando habilidades para resolver problemas que puedan presentarse.

MATERIAL Y MÉTODO

Desarrollo a través de página Web corporativa de recomendaciones en autocuidados, estableciendo el acceso a estas por diferentes circuitos de información a pacientes y familiares: Mediante una versión de estas recomendaciones explicadas durante el ingreso y proyectadas en formato vídeo a través de un canal interno de televisión. A su vez una versión resumida de estas son adjuntadas al informe de continuidad de cuidados con el consiguiente enlace a pie de página (www.hsjda.es/recomendaciones) donde podrá encontrar información más detallada. Otro acceso a estas recomendaciones, utilizando un soporte audiovisual, es a través del canal youtube http://www.youtube.com/user/HERIDASHSJDA, en el cual los usuarios disponen de diferentes vídeos sobre educación sanitaria.

RESULTADOS

El canal http://www.youtube.com/user/HERIDASHSJDA fue creado el 22/09/2010 y hasta la fecha existen un total de 31 vídeos, organizados en diferentes listas de reproducción según la temática de estos, entre las que destacan paciente/cuidador, medicina interna, inhaladores, cardiología, movilizaciones. Se contabilizan un total de 95.512 reproducciones, siendo los vídeos más destacados: movilización de un paciente encamado (26.332 visitas), paciente con fractura de cadera (16.289 visitas), administración de heparinas (9.970 visitas). En cuanto al perfil usuario del canal destacar que el 56,6% del total son hombres frente al 43,4% que son mujeres. El rango de edad de mayor utilización del canal se establece entre los 45-55 años en ambos sexos, lo que corresponde perfectamente con el perfil de paciente crónico y cuidadores. En la Web corporativa se han desarrollado un total de 55 recomendaciones en autocuidados y sobre el uso de los distintos dispositivos que un paciente puede portar al alta. Están clasificadas según el área asistencial lo cual permite al usuario una búsqueda sencilla. Muchas de estas recomendaciones tienen como soporte algunos de los vídeos descritos anteriormente en el canal youtube.

CONCLUSIONES

Por nuestra experiencia y tras analizar los datos obtenidos en tan corto espacio de tiempo, podemos concluir que disponer de herramientas de apoyo al autocuidado se hacen indispensable en nuestro medio, con las cuales conseguimos reforzar aspectos destacados y sensibilizar a la población de la corresponsabilidad en los cuidados, sin olvidar nunca que la base de todo es mantener la relación con los profesionales sanitarios y basar esta en un modelo de toma de decisiones compartida.

D-21 INTERNET Y REDES SOCIALES: INNOVACIÓN EN EL CONTROL DEL PACIENTE CRÓNICO

S. Gòdia López[1], A. Vidal Tolosa[2], E. Paredes Costa[3], M. Rogel Vilanova[1], L. Aran Solé[2], J. Marsol Mas[1], A. Aran Solé[4], L. Marco Estarreado[2]

[1]Atenció Primària. ABS Rambla Ferrán. Lleida
[2]Atenció Primària. ABS Balafia- Pardinyes- Secà de Sant Pere. Lleida
[3]Atenció Primària. ABS Cappont. Lleida
[4]Atenció Primària. Direcció d'Àmbit d'Atenció Primària. Lleida

OBJETIVOS

La población reclama un cambio en la comunicación con el sistema sanitario. Es importante escuchar la reciente demanda social del uso de las nuevas tecnologías. Actualmente existen proyectos de contacto con pacientes a través del uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC): Facebook, Twitter, Blog y correo electrónico (CE).

MATERIAL Y MÉTODO

Ante el auge de las redes sociales (RS) y las posibilidades que éstas ofrecen tanto de contacto interpersonal como de difusión, el Institut Català de la Salud (ICS) ha iniciado la creación de perfiles en las RS más conocidas: twitter, facebook, linkedin, youtube, slideshare o flickr, mediante la creación de blogs en los Centros de Salud (CS). Con el objetivo de homogenizar los diferentes perfiles e identificarlos con la imagen corporativa del ICS, se crea el mismo logotipo y/o avatar y fondos de pantalla e imágenes con el nombre del CS concreto. Los blogs se basan en la plataforma gratuita Wordpress, con la aplicación de la plantilla (twenty ten) para configurarla y personalizarla basándose en las imágenes y logotipos corporativos. A través de las RS los usuarios pueden tener más información sobre su CS y a la vez interactuar ofreciendo un feedback con el perfil creado a través de las mismas RS. La funcionalidad del blog es distinta, con finalidad parecida, pero sin el feedback dinámico como se puede establecer en las RS. Gracias a la configuración personalizada, según necesidades del Centro, siempre siguiendo las directrices y la guía de usos del ICS, se puede ofrecer diversos servicios como: programación de visitas, noticias centralizadas, recomendaciones para pacientes,... (a través de enlaces directos hacia las webs corporativas u otros enlaces de webs médicas acreditadas).También ofrece el posible contacto por parte del usuario con su CS a través de un formulario dirigido hacia una dirección de CE genérica del Centro. En el caso del CE, se pretende convertirlo a medio plazo en un tipo de visita más añadida a las ya existentes (presencial, telefónica o domicilio) y de forma bidireccional, mediante la integración en el programa informático de gestión de agendas. Se encuentra actualmente en fase piloto, permitiendo una comunicación unidireccional (médico->paciente) con la única posibilidad de adjuntar resultados de analíticas junto con un pequeño comentario, mediante mensaje encriptado que permite salvar la ley de protección de datos del paciente.

RESULTADOS

El proyecto se inició en octubre-noviembre 2011 en un CS piloto con buena aceptación por parte de los usuarios. Por el momento proceden a la lectura de las publicaciones pero con escaso feedback a modo de comentarios en la publicación de alguno de los eventos, noticias y otras publicaciones. Actualmente, el blog ha recibido 1800 visitas, los perfiles de facebook y twitter han conseguido 120 y 90 seguidores respectivamente. La mayor aceptación por parte de los usuarios del CS ha sido la comunicación con el paciente a través de CE, acogiéndolo como un servicio personalizado por parte de su médico de familia, evitando así desplazamientos innecesarios para el usuario, tal como han reflejado en encuestas realizadas sobre el proyecto

DISCUSIÓN

El uso de TIC mejorará la comunicación con nuestros pacientes, aumentando la eficiencia del sistema sanitario y el nivel de satisfacción por parte del profesional y por parte del paciente atendiendo a demandas reales.

CONCLUSIONES

No podemos ignorar la realidad, por lo que debemos subirnos al tren de las nuevas tecnologías, adaptándolas a las necesidades actuales del sistema sanitario.

D-22 MEJORA DE LA ATENCIÓN A LOS NIÑOS ESCOLARIZADOS CON PARÁLISIS CEREBRAL GRACIAS AL APOYO DE LA TELEMEDICINA EN DIRECTO

R. Sánchez Bernal[1], M. Jáuregui Irarreta[2], C. Nograro Fernández[3], O. Álvarez Guerras[4], M. Madrid Conde[5], M. Ogueta Lana[6]

[1]Osarean: Osakidetza no Presencial, [4]Osarean: Osakidetza no Presencia, [5]Subdirección de Asistencia Sanitaria, [6]Subdirección de Calidad e Información Sanitaria. Dirección de Osakidetza. Vitoria (Álava) [2]Delegación de Educación, [3]Dirección de Innovación. Departamento de Educación. Vitoria (Álava)

OBJETIVOS

Introducción: Los niños con parálisis cerebral constituyen un grupo de pacientes crónicos que pasan 8 horas al día en su centro escolar, con importantes minusvalías que en muchos casos supera el 90%, con múltiples enfermedades crónicas y polimedicados, y necesitando de forma permanente de una atención individualizada, y que presentan con frecuencia complicaciones, que en algunos casos son muy graves. 1. Prestar una asistencia sanitaria diferenciada por padecer discapacidades físicas asociadas a una deficiencia motora grave, y hacerlo en el entorno menos restrictivo y más idóneo posible para estos alumnos, que es su centro escolar. 2. Dar respuesta inmediata por telemedicina a las complicaciones sanitarias que presentan los niños escolarizados con parálisis cerebral 4. Dar soporte y solucionar dudas que se plantean los profesionales educativos y sanitarios que atienden a estos niños 3. Evitar complicaciones graves que suelen derivar de las complicaciones de estos niños.

MATERIAL Y MÉTODO

Población diana: 32 niños con parálisis cerebral en el área de Álava. Cada niño tiene un plan individualizado de cuidados en el que se detalla la patología que tiene y sus posibles complicaciones vitales (atragantamiento, flemas, convulsiones, etc.), así como aquellas complicaciones más leves que suelen producirse.

RESULTADOS

Se instalan en el centro 3 pantallas de televisión en el comedor, sala multi funcional y habitación habilitada al efecto cerca de todos los sitios donde habitualmente están los niños y sus cuidadores. Se instalan 2 pantallas de televisión en el Servicio de Urgencias del hospital de referencia: una en urgencias de adultos y otra en urgencias infantiles, donde de forma instantánea tienen acceso a las 3 aulas del colegio de necesidades educativas especiales. Además se han instalado 3 dispositivos de telemedicina en los Servicios de Rehabilitación, Traumatología infantil y Traumatología de adultos para hacer consultas no presenciales y facilitar la tarea diaria de los cuidadores.

DISCUSIÓN

Se pretende evitar el desplazamiento que se produce siempre que hay una complicación, siendo de especial interés en pacientes con mayores dificultades de traslado. Se facilita la atención a los pacientes que son todos crónicos, y se asegura el registro de toda la información correspondiente al paciente.

CONCLUSIONES

Además, este sistema de soporte va a suponer una mayor tranquilidad para los profesionales de educación y para aquellos sanitarios de fisioterapia que les atienden en el centro escolar.

D-23 PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA VALCRONIC, CAPÍTULO ELCHE

J. López Moreno[1], C. Martínez Rodríguez[2], E. Manresa González[3], J. Calle Barreto[4], J. Delgado De Los Reyes[4], M. Ibarra Rizo[5], I. Candela García[5]

[1]Gerencia Departamento de Salud Elche-Hospital General, [2]Dirección Médica Atención Primaria Dpto. Elche- Hospital General, [3]Dirección Enfermería AP. Dpto. Elche-Hospital General, [4]Unidad Medicina Preventiva, [5]Atención Primaria Dpto. Elche Hospital General. Hospital General Universitario de Elche. Elche/Elx (Alicante)

OBJETIVOS

En España el porcentaje de personas con 65 y más años es de 17,2%, al igual que en la Comunidad Valenciana. La incorporación del Departamento de salud de Elche – Hospital General en el programa ValCrònic que está impulsando la Comunidad Valenciana, nos permitirá seguir avanzando en la mejora de la atención de los pacientes crónicos con el apoyo de las nuevas tecnologías (telemonitorización). El objetivo del programa Valcronic es mejorar la atención del paciente crónico a través de la optimización de los recursos.

MATERIAL Y MÉTODO

Mejorar la calidad de atención a los pacientes crónicos a través de la mejora en la eficacia y eficiencia de la atención primaria. Facilitar la permanencia del paciente en su entorno más próximo. Mejorar la comunicación entre atención primaria y la atención especializada. Se ha creado la comisión de mejora y seguimiento del alta hospitalaria de enfermería en la que analizamos los problemas y le damos soluciones. Es dinámica. Se ha creado la comisión de seguimiento de la enfermería de gestión comunitaria y enlace hospitalario, en la que también está incluido el jefe clínico de la uhd, en dónde se valora el seguimiento y se deciden los pasos a seguir. Se han iniciado los talleres para los cuidadores por parte de las egc, en los que participan también asistentes sociales, psicólogos y fisioterapeutas.

RESULTADOS

Para alcanzar los objetivos propuestos el plan busca la coordinación efectiva de todos los recursos asistenciales en el ámbito de la atención sanitaria que permita garantizar el proceso de atención integral al paciente. Los resultados se evaluarán al primer semestre y al año de su funcionamiento del programa.

DISCUSIÓN

Experiencias anteriores relacionadas con la aplicación de telemedicina para el manejo de los pacientes crónicos han resultado alentadoras en evaluaciones preliminares.

CONCLUSIONES

VALCRONIC es un programa de control y seguimiento de pacientes crónicos que pretende que los pacientes no se descompensen y se evite como consecuencia la frecuentación a Primaria, Especializada y los ingresos. Esto ahorraría importantes recursos a la administración de salud en el departamento.

D-25 CONSULTA DE CRÓNICOS, ¿DÍGAME?

R. Jorge Sánchez, G. Bouzas Cernadas, A. Gómez Gigirey

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

OBJETIVOS

Describir el funcionamiento del teléfono móvil asociado a la Consulta de Pacientes Crónicos del Hospital Naval de Ferrol (La Coruña).

MATERIAL Y MÉTODO

Se recogieron las llamadas recibidas en el teléfono móvil de la consulta externa de la Unidad de Crónicos desde el día 7 de noviembre de 2011 hasta el 27 de enero de 2012. Se registró la fecha y la hora de la llamada, el interlocutor, el motivo de la llamada y el resultado de la misma. El tratamiento de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS, versión 13.0.

RESULTADOS

Hubo 52 días hábiles en el tiempo de estudio. Se registraron durante ese período un total de 135 llamadas: 47, 23 y 65 en octubre, noviembre y diciembre respectivamente, lo que supone una media de 2,6; 1,5 y 2,3 llamadas de media por día hábil en dichos meses. Respecto del día de la semana, hubo una distribución muy uniforme de las llamadas, con un número máximo los martes, con 31 y mínimo de los miércoles con 23. En cuanto a la franja horaria, casi la mitad de las llamadas se registró entre las 10 y las 12 de la mañana (46,7%), siendo la franja de las 8 a las 10 horas la que registró un menor número de llamadas (14,8% del total). Del total de llamadas recibidas, el 77,8% fueron de familiares de pacientes de la consulta, siendo el 22,2% restante de los propios pacientes. No se registró ninguna llamada al móvil por parte de profesionales sanitarios del propio hospital o de los centros de salud asociados. De las 135 llamadas registradas, un 69,6% de ellas (94) fueron resueltas por la enfermera responsable de la consulta, siendo necesaria la intervención del facultativo en las restantes (31,4%). El principal motivo de llamada fueron cambios en el estado clínico del paciente (38; 28,1%), dudas en el tratamiento (22; 16,6%), y cambios o solicitudes de cita (18 y 16 llamadas; 13,3% y 11,9% respectivamente). Respecto del resultado de la llamada, un 38,5% de las mismas (52) se resolvieron con un cambio o una nueva cita. En 19 casos hubo cambios de tratamiento (14,1%); se adelantaron 7 consultas (5,2%) para el mismo día de la llamada, de las cuales 3 (2,2%) se ingresaron directamente en la unidad. Por último, cuando se analizaron las llamadas que requirieron la intervención del facultativo, estas se realizaron con más frecuencia los lunes y los martes (56,2% del total), y el 40% de las mismas se realizó entre las 12 y las 15 horas. En estos casos, una de cada tres llamadas fue realizada por el propio paciente por cambios en el estado clínico (53,1%) o por dudas en el tratamiento (34,4%).

CONCLUSIONES

El uso del teléfono es una herramienta tremendamente útil en la gestión de la consulta externa de Crónicos. Con un uso creciente del mismo en consonancia con la expansión de la unidad, permite una gestión más ágil de la consulta y adaptada a las necesidades del paciente y que muy probablemente contribuya a disminuir la frecuentación a los servicios de urgencias y las propias consultas externas.

D-26 PERFIL DEL PACIENTE POLIMEDICADO MAYOR DE 65 AÑOS DE UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA RURAL DE ANDALUCÍA

M. Gallardo Diaz[1], M. Escobar Rodriguez[1], A. Navarro Cruz[2]

[1]Médico Familia. UGC Condado Occidental, [2]Enfermero. Coordinador de Cuidados UGC Condado Occidental. DS APS Condado-Campiña. Huelva

OBJETIVOS

La prevalencia de pacientes polimedicados va en aumento. El envejecimiento poblacional y el avance científico cronifican procesos antes mortales. Estos enfermos padecen una/varias enfermedades y reciben, a diario y durante más de 6 meses, 9 ó más fármacos. Queremos conocer el perfil de esta población, su morbilidad, tratamientos (número, clase), interacciones detectadas (fármaco-fármaco y fármaco-enfermedad), para plantear medidas que mejoren la atención prestada. Nos centramos en mayores de 65 años.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal. Emplazamiento: consultorio local, Unidad de Gestión Clínica de ámbito rural (cupo: 1843 pacientes; 292 mayores de 65 años). Material/Métodos: autoauditoría de HªCª de usuarios incluidos en Programa Polimedicado Valorado 2011 (programa informático DIRAYA, usado por profesionales del SAS). Nuestra muestra es de 85 pacientes. Recogemos datos demográficos (sexo, edad), antropométricos (IMC), de morbilidad (hoja de problemas) y del cuestionario Hamdy.

RESULTADOS

Mayor prevalencia en sexo femenino (65,9%). Edad media de 73,6 años (rango: 66-91); mujeres: 75,9 y hombres: 71,4. IMC medio: 28,5 (superior en mujeres: 30,2). Procesos más frecuentes: 1º) hipertensión arterial: 70,3%; 2º) diabetes: 58,6%; 3º) osteoartrosis: 56,9%; 4º) ansiedad: 51,8%; 5º) cardiopatía isquémica: 49,7%; 6º) dislipemia: 48,5%; 7º) depresión: 40,9%; 8º) asma/EPOC: 37,2%; 9º) cefalea: 34,5%; 10º) hernia hiato/reflujo gastroesofágico: 26,1%. Prescripciones más frecuentes: 1º) inh bomba H+: 75,6%; 2º) hipolipemiantes: 59,7%; 3º) IECAs: 58,1%; 4º) antiagregantes (incluyendo Sintrom@): 55%; 5º) analgésicos simples: 50,6%; 6º) ansiolíticos: 49,7%; 7º) antidiabéticos orales: 48,8%; 8º) diuréticos: 42%; 9º) ARAII: 39,7%; 10º) antidepresivos: 30,4%; 11º) coronarios: 29%; 12º) B-bloqueantes: 27,6%; 13º) AINEs: 26,1%. La media de fármacos por enfermo fue de 12,3 (más alta en mujeres: 13,9). En conjunto, los más recetados son los antihipertensivos. Mediante Hamdy: permanece presente la indicación para la que el fármaco fue originariamente prescrito en un 82% de casos; hay duplicidades en un 18%; es posible simplificar el régimen terapéutico en un 30%; se detectan interacción fármaco-fármaco o fármaco enfermedad en el 60% de los enfermos (en 2 reacciones adversas graves).

DISCUSIÓN

Debemos establecer estrategias para evitar polimedicación (formación continuada en uso racional de medicamentos). Si es inevitable, la Atención Primaria resulta esencial para detectar y resolver problemas de salud en estos pacientes: permite suspender fármacos no indicados, prescribirlos sólo si hay indicación clara (evitando dar los potencialmente peligrosos en ancianos), emplear terapias no farmacológicas, disminuir interacciones entre fármacos, detectar reacciones adversas medicamentosas, disminuir ingresos hospitalarios y morbi-

mortalidad por fármacos. El cuestionario Hamdy parece una herramienta de apoyo, útil para revisar medicación, sin olvidarnos de la necesaria colaboración interprofesional (médicos, enfermeros y farmacéuticos). Cualquier acto sanitario nos debe y puede servir para revisar medicación. Con todo ello mejoraremos la calidad de la atención prestada y ahorraremos en gasto sanitario.

CONCLUSIONES

Obtenemos el perfil de nuestro polimedicado mayor de 65 años: mujer; obeso; de 73,6 años de media; pluripatológico (mayoritariamente hipertenso, diabético, dislipémico, coronario, de rasgo ansioso-depresivo, con artrosis); tratado con una media de 12,3 fármacos (antihipertensivos, antiulcerosos, antidiabéticos, hipolipemiantes, antiagregantes, ansiolíticos y analgésicos simples los más recetados). Es llamativa la elevada prescripción de antiulcerosos sin una clara justificación. El cuestionario Hamdy es una herramienta útil en la valoración de pacientes polimedicados.

D-27 ¿QUÉ PENSAMOS LOS MÉDICOS DEL USO DE INTERNET POR PARTE DE LOS PACIENTES?

G. Hernández Montoya, A. Diez Sánchez, M. Santos González, N. Astorga Molina, B. Peralta Villellas, F. Martín Moreno

Medicina Familiar y comunitaria. CS Torrero la Paz. Zaragoza

OBJETIVOS

Conocer la valoración que los médicos de nuestro entorno (sector 2 de Zaragoza) hacen del uso de Internet por parte de los pacientes, y si hay diferencias entre los médicos sobre su aceptación o rechazo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizo una encuesta para ser auto-cumplimentada por parte de los médicos. (Valoración de las respuestas de 1 a 4 o de 1 a 6) ¿Has tenido pacientes que te muestran información obtenida en la red? (1-4) ¿Como has vivido esta situación? (1-6) ¿Crees que es bueno que el paciente se informe en Internet? (1-6) ¿Qué porcentaje de pacientes piensas que se informan en la red? (1-6) ¿Crees que la información que obtienen en la red es adecuada? (1-4)¿Has tenido pacientes van a consulta por síntomas o aspectos de salud que han leído en la red? (1-4)¿Has tenido pacientes que te piden información para buscar en la red? (1-4) Ante un nuevo diagnostico ¿Crees que tus pacientes acuden a fuentes de información en la red, para comprender lo que les ocurre? (1-4) ¿Has sugerido algún sitio de Internet como fuente de información a tus pacientes? (1-4) La encuesta se envío por el correo electrónico institucional a los médicos del sector 2 de Zaragoza.

RESULTADOS

Del total de correos electrónicos enviados (185), se han recibido 81 cuestionarios válidos. Una tasa de respuesta del 43%. La distribución es de 36 varones y 45 mujeres y por lugar de trabajo: 61 médicos de AP y 20 del ámbito hospitalario. La edad media fue de 45 años. La media de ejercicio clínico era de 18 años. Media de respuesta a los ítems del cuestionario: 1.- 2,15; 2.- 3,54; 3.- 3,22; 4.- 2,48; 5.- 3,17; 6.- 1,95; 7.- 1,46; 8.- 2,63; 9.- 1,78 Se realizaron test estadísticos (T de Student) para valorar diferencias entre edad, sexo, lugar de trabajo, años de experiencia y los ítems del cuestionario. Existiendo diferencias significativas para los ítems 2, 8 y 9, tanto en relación con sexo como con el centro de trabajo

DISCUSIÓN

La tasa de respuestas es baja y mayor en AP que en el ámbito hospitalario. La valoración que los médicos encuestados hacen del uso de Internet por parte de los pacientes es neutra. Llama la atención que los pacientes casi nunca solicitan al médico fuentes de información en la red, pero con frecuencia acuden a la red para buscar información, que es adecuada (según valoración de los médicos). Solo algunas veces los médicos sugieren fuentes de información en la red. Los varones viven mejor que las mujeres el que los pacientes busquen información en la red, así como los de AP respecto de los médicos del medio Hospitalario. Tanto los varones como los médicos de AP sugieren mas veces sitios en Internet como fuente de información

CONCLUSIONES

En nuestro entorno del Sector 2 de Zaragoza, el uso de fuentes de información por parte de los pacientes no es valorado ni muy positivamente ni muy negativamente por parte de los médicos Existe una aceptación del uso de la red por parte del paciente. Pocas veces se sugieren desde las consultas paginas de Internet y casi nunca la piden los pacientes, pero sin embargo si que utilizan Internet con frecuencia y con una información que se considera adecuada.

D-28 ¿UTILIZAN LOS PACIENTES LAS TICS?

J. Blanquer Gregori[1], D. Orozco Beltrán[2], J. Català Serrat[1], S. Nolasco[1], R. Sastre de la Hoz[1], C. Carratalá Munuera[2]

[1]Centro de Salud. Alicante-San Blas. Alicante

[2]Cátedra de Medicina de Familia. Universidad Miguel Hernández. San Juan de Alicante (Alicante)

OBJETIVOS

Evaluar si los pacientes que acuden a consulta de Atención Primaria utilizan las nuevas tecnologías.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, observacional y prospectivo. Pacientes atendidos en una consulta de Atención Primaria del Centro de Salud Alicante-San Blas, durante el período de septiembre a octubre del 2011. Se diseñó y validó una encuesta tras estudio piloto con 30 pacientes, que incluye 46 ítems, 36 de ellos autocumplimentados, (18 escala Likert), obteniéndose en su validación un alfa de Crombach del 64%. 283 pacientes (precisión del 4%, con una confianza del 95% a partir de una estimación de prevalencia del 16% en población general, considerando un porcentaje de cuestionarios "no validos" del 20 %).

RESULTADOS

El 63.5% ha utilizado Internet y un 9.9% sms. El 21.9% ha realizado consulta telefónica en lugar de presencial. En un 19.4% le han entregado a un administrativo información para el médico sin necesidad de consulta presencial y en un 36,7% han recibido resultados de pruebas fuera de consulta entregado por un administrativo. Un 10.6% han recibido información de su médico por sms y un 19.1% por teléfono. El 56.2% de los pacientes han consultado alguna vez en Internet sus síntomas antes de acudir al médico y el 41.7% lo hizo alguna vez después de la consulta. No se encuentra relación del uso de las TICs con el sexo, pero si con la edad, siendo mayor en menores de 60 años que en mayores en la consulta a Internet antes (62.8 vs 24.4%) (45.7 vs 22.4%) y después de la consulta presencial, no habiendo diferencias en el uso de consulta no presencial (19,2 vs 20.4%).

CONCLUSIONES

El uso de medios de comunicación alternativos a la consulta presencial es frecuente tanto en pacientes jóvenes como ancianos. Internet es usado como medio complementario de consulta antes y después de la consulta presencial en mayor medida en pacientes menopres de 60 años. Palabras clave: primary care; Internet, TICs

D-29 OPINIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE LA TOMA DE DECISIONES EN CONSULTA Y SU RELACION CON LAS TICS

J. Blanquer Gregori[1], D. Orozco Beltrán[2], J. Català Serrat[1], S. Nolasco[1], R. Sastre De La Hoz[1], J. Quintana Cerezal[3]

[1]Centro de Salud. Alicante-San Blas. Alicante

[2]Cátedra de Medicina de Familia. Universidad Miguel Hernández. San Juan de Alicante

[3]Unidad Docente de MFyC. Alicante

OBJETIVOS

Evaluar si el uso de Internet modifica la opinión del paciente sobre la toma de decisiones en consulta.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, observacional y prospectivo. Pacientes atendidos en una consulta de Atención Primaria del Centro de Salud Alicante-San Blas, durante el período de septiembre a octubre del 2011. Se diseñó y validó una encuesta tras estudio piloto con 30 pacientes, que incluye 46 ítems, 36 de ellos autocumplimentados, (18 escala Likert), obteniéndose en su validación un alfa de Crombach del 64%. 283 pacientes (precisión del 4%, con una confianza del 95% a partir de una estimación de prevalencia del 16% en población general, considerando un porcentaje de cuestionarios "no validos" del 20 %).

RESULTADOS

Los pacientes consideran que su médico le informa siempre del diagnóstico por el que consultan (85.9%), se le presentaron alternativas de tratamiento (74.2%), se tuvo en cuenta la opinión del paciente (54,8%). Un 68,6% dice seguir totalmente las recomendaciones ofrecidas, el 72.7% leen siempre o casi siempre el prospecto, al 70.3% lo que le preocupa siempre o casi siempre es la seguridad y al 84.5% su eficacia. Los pacientes que usan Internet antes o después de la consulta presencial consideran en igual medida que se les informa del diagnóstico (90 vs 90.8; p=0.39) y su preocupación sobre seguridad o eficacia del fármaco es similar. Pero consideran en menor medida que se le informa de otras alternativas terapéuticas (71.1 vs 82.9%; p=0.03) y en mayor medida que se tienen en cuenta la opinión del paciente (55,7 vs 52.6%; p=0.00), y siguen las instrucciones recibidas (73.8 vs 59.2%; p=0.04), leen mas los prospectos (56.4 vs 46.1; p=0.02).

CONCLUSIONES

El paciente que utiliza Internet considera que se tiene más en cuenta su opinión y sigue mejor las instrucciones recibidas. Palabras clave: primary care; Internet, TICs

D-30 LA TELEMONITORIZACIÓN DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN PACIENTES CRÓNICOS CON DESFIBRILADOR MEJORA LA CALIDAD DE VIDA, Y LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES

J. Martínez Ferrer[1], M. Robledo Iñarritu[1], J. Pindado Rodriguez[1], R. Sánchez Bernal[2], J. Armentia Fructuoso[3], E. Bárez Hernández[4]

[1]Servicio de Cardiología, [3]Dirección Gerencia, [4]Dirección Médica. Hospital Universitario de Álava. Vitoria (Álava)

[2]Osarean. Osakidetza no presencial. Dirección de Osakidetza. Vitoria (Álava)

OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS: En cinco años de experiencia en nuestro centro con la utilización de consultas de monitorización domiciliaria (MD) en el manejo de pacientes con estimulación cardiaca definitiva hemos podido confirmar la eficiencia, ahorro de recursos

sanitarios, seguridad y excelente aceptación por parte de los pacientes de este sistema de asistencia en sustitución total o parcial de las consultas de seguimiento presencial. Actualmente nos planteamos como objetivo analizar alguno de estos parámetros utilizando el mismo modelo de consulta para el tratamiento de la insuficiencia cardiaca (IC) en pacientes portadores de dispositivos con capacidad de detectar variaciones de impedancia torácica (IT)

MATERIAL Y MÉTODO

MÉTODO: Se valora la viabilidad y utilidad de una consulta remota como sistema de seguimiento y tratamiento de la (IC) basándonos en la IT, la clínica del paciente referida por teléfono, la modificación remota del tratamiento médico y la necesidad de ingreso según la evolución.

MATERIAL: Desde Julio de 2007 a Mayo de 2010 hemos realizado 1528 MD a 388 pacientes portadores de sistemas de estimulación cardiaca definitiva. 179, con 1165 trasmisiones, eran portadores de un desfibrilador mono, bi o tricameral. 111 disponían de un dispositivo capaz de evaluar variaciones de IT como aproximación a padecer congestión pulmonar, atribuible a IC.

RESULTADOS

1De 921 revisiones con índice IT, 617 MD, 698 mostraban IT normal. Las otras 223, correspondientes a 51 pacientes, tenían un IT superior a 60 ohmios-día, considerado como fuera de rango. En 62 revisiones se confirmó la normalizaron del IT en los siguientes días mediante una nueva transmisión sin realizar cambios en el tratamiento, tras comprobar vía telefónica ausencia de clínica y recomendando seguimiento estricto de la medicación y dieta. Otras 65 trasmisiones mostraron, con IT previo en rango normal, positividad de dicho índice. En 3 casos se recomendó ingreso tras contactar telefónicamente con el paciente y otros 2 estaban ingresados en el hospital por otra causa. De las 60 restantes a 57 se les recomendó por teléfono modificación de la medicación, de ellas en 32 se confirmó la normalización del IT, mediante MD, sin clínica acompañante en los siguientes días. 25 precisaron más de un MD posterior hasta la normalización de la IT. 3 pacientes fallecieron, sin IC, súbitamente durante el seguimiento. 4 pacientes, con activación reciente del sistema de seguimiento, mantienen el IT fuera de rango al finalizar este resumen. En ningún caso se atendió a un paciente, demostrándose IC, portador de un dispositivo que registrara IT normal.

CONCLUSIONES

El abordaje mediante MD de la prevención y tratamiento precoz de la IC en pacientes portadores de dispositivos con monitorización de IT es factible. En nuestra experiencia la modificación de la medicación y seguimiento clínico telefónico permite un correcto control evitando la mayor parte de las revisiones hospitalarias y produciendo un escaso índice de ingresos.

D-31 INNOVANDO EN PROTECCION RADIOLOGICA PARA EL PACIENTE CRÓNICO GRACIAS A LA INCORPORACIÓN DEL HISTORIAL DOSIMÉTRICO A SU HISTORIA CLÍNICA

M. Madrid Conde[1], M. Ogueta Lana[2], L. Aulestia Seoane[3], X. Ibarzabal[4], M. García Fidalgo[5], R. Sánchez Bernal[6]

[1]Subdirección de Asistencia Sanitaria, [2]Subdireción de Calidad e Información Sanitaria, [3]Subdirección de Informática, [4]Subdirección de Informática, [6]Osarean: Osakidetza no Presencial. Dirección de Osakidetza. Vitoria (Álava)

[5]Servicio de Radiofísica. Hospital Universitario de Álava. Vitoria (Álava)

OBJETIVOS

Disponer dentro de la Historia Clínica Electrónica Única, Osabide Global de un Historial Dosimétrico para concienciar y capacitar a los profesionales para el uso racional de los procedimientos radiológicos en aquellos pacientes que debido a su cronicidad la precisan. 2. Prevenir la incidencia de efectos deterministas, que producen la muerte de un elevado número de células tras superar un límite. 3. Limitar la probabilidad de aparición de efectos no deterministas o estocásticos, que producen daño subletal (mutación) en unas pocas células.

MATERIAL Y MÉTODO

Se establece el proyecto de registro de la dosis de radiación aplicada a los pacientes en los TAC, y se establece la conveniencia de recoger en registro electrónico, la medida que da el equipo (Producto-Dosis-Longitud). Los equipos digitalizados recogen dicho valor de forma automática y el mismo se vuelca posteriormente a la Historia Clínica Electrónica: Osabide Global, y se presentan en producto-dosis- longitud (PDL) en las unidades de mGy. CTDIvol (Índice de dosis en TC) en las unidades de mGy. Este valor obtenido puede generar incertidumbre y por ello, se propone denominarlo “indicador de dosis efectiva”, en unidades de mSv.

RESULTADOS

Durante el año 2011 se implanta en Osakidetza la Historia Clínica Electrónica, Osabide Global, permitiendo a los profesionales acceder de forma ágil y sencilla a todas las pruebas radiológicas realizadas al paciente. En Diciembre de 2011 se integra, dentro de la historia clínica, el Historial Dosimétrico del paciente, contribuyendo a la información de los clínicos y favoreciendo de esta manera el uso racional de los procedimientos radiológicos. Con los datos mostrados en el Informe Dosimétrico el clínico dispone de más información que le permita realizar una indicación mas precisa, aunque flexible, permitiendo en todo caso exposiciones más altas si están indicadas, consiguiendo de este modo mejorar la praxis y pudiendo adecuar las indicaciones de pruebas a las necesidades reales del paciente.

DISCUSIÓN

Gracias a la Historia Clínica Electrónica de Osakidetza se ha conseguido el objetivo marcado, puesto que ha permitido integrar la información referente al historial radiológico y dosimétrico del paciente.

CONCLUSIONES

Ello ha permitido optimizar las aplicaciones médicas de las radiaciones para alcanzar los propósitos clínicos, con una irradiación no mayor que la necesaria, teniendo en cuenta los recursos y tecnologías disponibles. La utilización de esta aplicación informática, permite a los médicos prescriptotes, conocer el número de exploraciones radiológicas realizadas al paciente a lo largo de su vida y la dosis correspondiente a cada una ellas. Esta información está mostrando ser una ayuda de gran interés para el mejor cumplimiento del principio de justificación a la hora de solicitar nuevas exploraciones radiológicas.

Equipos y nuevos perfiles profesionales en la atención a crónicos (E)

E-1 ANÁLISIS DE MORTALIDAD EN UN HOSPITAL DE SUBAGUDOS

J. Velasco Montes[1], J. Fresco Benito[1], M. Elguezábal Elorduy[2], G. Arozamena Martínez[1], P. Arriola Martínez[1], M. Loureiro Sánchez[1], E. Millán Estébanez[1], S. Nieto Martínez[1]

[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Unidad Gestión Sanitaria. Hospital Santa Marina. Bilbao (Vizcaya)

OBJETIVOS

Analizar la mortalidad y determinadas variables asociadas durante el año 2011 en el Hospital Santa Marina.

MATERIAL Y MÉTODO

El Hospital Santa Marina (Osakidetza-Servicio Vasco de Salud), es un hospital de media-larga estancia que atiende a pacientes crónicos-pluripatológicos de Vizcaya. Para la realización de este trabajo, empleamos los registros de la Unidad de Gestión Clínica del Hospital Santa Marina. Se analizó el período comprendido entre enero y noviembre 2011 y se incluyeron los servicios de Medicina Interna, Neumología y Cardiología (se excluyeron Cuidados Paliativos y Rehabilitación por su diferente perfil)

RESULTADOS

En el período de análisis (1-1-2011 hasta 30-11-2011), se contabilizaron un total de 3979 ingresos hospitalarios en los citados servicios (Medicina Interna, Neumología y Cardiología), edad media 84,17. El número de éxitus ha sido de 599 (edad media 85,91), lo que da como resultado una tasa de mortalidad del 15,05% (tabla 1). En cuanto a las causas de muerte más frecuentes se encuentran los agrupadores GRD 541 (Trastornos respiratorios exc. infecciones, bronquitis, asma con cc mayor), 584 (Septicemia con cc mayor) y 544 (Icc & arritmia cardiaca con cc mayor). Entre los 599 fallecidos registrados, 160 (el 26,71% del total) lo hicieron en los 3 primeros días de su ingreso hospitalario. La edad media de estos pacientes es similar a la del resto de los pacientes fallecidos (86 años).

DISCUSIÓN

Del análisis de los datos de mortalidad obtenidos en nuestro hospital durante 2011 pueden establecerse algunas conclusiones. En primer lugar, la elevada tasa de mortalidad, cercana al 15%, que se encuentra por encima de la media de la obtenida en la mayoría de los hospitales de agudos. Un elevado porcentaje de los éxitus acontecen relativamente pronto, dentro de los 3 primeros días de su ingreso hospitalario. En este sentido, parece paradójico este valor tan elevado en un centro catalogado de media-larga estancia. Aunque pueden ser varias las razones para explicar esta elevada mortalidad, resultaría conveniente definir bien este grupo

de pacientes, mediante el empleo de determinadas variables predictoras para permitir un manejo más específico.

CONCLUSIONES

1. La notable mortalidad de nuestro centro (15,05%), parece explicarse claramente por el perfil de los pacientes ingresados (de más edad y con mayor comorbilidad). 2. La cuarta parte de los fallecimientos registrados se produjo dentro de los tres primeros días de su ingreso hospitalario. La identificación de este grupo de pacientes, más graves y con mayor mortalidad temprana, puede permitir un abordaje más específico de su enfermedad, incidiendo en un manejo paliativo de estos pacientes crónicos.

Tabla. Distribución de mortalidad por servicios (E-1)

SERVICIOS HOSPITALARIOS	Nº INGRESOS	EDAD MEDIA (AÑOS)	Nº ÉXITUS	EDAD MEDIA (AÑOS)	TASA MORTALIDAD (%)
MEDICINA INTERNA	2093	85,25	354	86,49	16,91
NEUMOLOGÍA	1629	82,67	204	85,27	12,52
CARDIOLOGÍA	257	84,88	41	84,10	15,95
TOTAL	3979	84,17	599	85,91	15,05

E-2 COORDINACIÓN ENTRE MEDICINA DE FAMILIA Y PSIQUIATRÍA: UNIDAD DE PSICOSIS TEMPRANA

F. Calderón Moreno[2], V. Madrid Ferreiro[2], J. Martínez López[1], A. Salguero Merino[2]
[2]Centro de Salud Cartagena Oeste, [1]Servicio de Psiquiatría. Hospital General de Área Santa María del Rosell. Cartagena (Murcia)

OBJETIVOS

Crear en el área II de Salud de la Región de Murcia una consulta especializada dentro del servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Santa María del Rosell para el abordaje precoz y prevención que evite la progresión a pacientes crónicos de esquizofrenia.

MATERIAL Y MÉTODO

Unir el punto de vista médico desde dos campos: la atención primaria y la atención especializada psiquiátrica, para establecer unos criterios de derivación de pacientes que se encuentran en la fase prodrómica de Psicosis Temprana. Realizar sesiones clínicas en los centros de salud para dar a conocer la creación de esta Unidad de intervención Precoz y las características que han de encontrarse en los pacientes para su correcta derivación y estudio por la unidad de Psicosis Temprana.

RESULTADOS

Se evaluará el número de derivaciones a la unidad y la idoneidad de su derivación, así como la cantidad de pacientes derivados que se diagnostiquen de psicosis. Una vez establecida la consulta y con un número adecuado de pacientes estudiados valoraremos el resultado de haberles introducido en un programa de intervención precoz con un antipsicótico a dosis bajas y terapia psicosocial y rehabilitadora.

CONCLUSIONES

El objetivo de crear la consulta será realizar un proyecto de investigación para demostrar que la rápida intervención en la fase prodrómica de la psicosis tiene un efecto protector de la evolución clínica y del deterioro cognitivo que supone el retraso de iniciar la intervención en la Psicosis cuando se ha instaurado plenamente la enfermedad y evoluciona hacia la cronicidad de la Esquizofrenia.

E-4 COMPETENCIAS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO EN OSAKIDETZA

A. Chueca Ajuria[1], R. González Llinares[2], M. Cidoncha Moreno[2], M. Peña González[2], J. Bikandi Irazábal[3], G. Abos Mendizábal[3]
[1]Unidad Metodología de Calidad. Hospital de Galdakao. Galdakao (Vizcaya)
[2]Osakidetza. Organización Central. Osakidetza. Vitoria-Gazteiz (Álava)
[3]BIOEF. Fundación del Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Sondika (Vizcaya)

OBJETIVOS

a) Identificar nuevas competencias de enfermería, para la atención integrada y continua al paciente crónico-complejo b) Analizar el pilotaje de estos nuevos roles en diferentes escenarios c) Evaluar la eficacia de las figuras estableciendo recomendaciones organizativas, estructurales, e identificando posibles oportunidades y amenazas para su posterior implantación y despliegue

MATERIAL Y MÉTODO

1: Diseño e implantación de ocho experiencias piloto abarcando diferentes escenarios geográficos y organizativos combinando tres figuras de enfermería a pilotar, Enfermera Gestora de Enlace Hospitalario (EGEH), Enfermera Gestora de la Continuidad (EGC) y Enfermera Gestora de Competencias Avanzadas (EGCA)). Área de implantación: todo el territorio de la Comunidad Autónoma Vasca. Hitos: a) Realización de documentación de ámbito general, incluyendo, procedimientos, descripción de las actividades y relaciones de las figuras con los diferentes agentes sanitarios y sociales, b) Creación de un espacio colaborativo Web como medio de comunicación e información c) Establecimiento de vías de

colaboración con otros proyectos estratégicos d) Realización de reuniones de seguimiento con los equipos de pilotajes, utilizando herramientas de creatividad para identificar áreas de mejora en su implantación. 2: Herramienta para evaluación de la eficacia: cuestionario de Calidad de Vida SF12, cuestionario de satisfacción de pacientes y cuidadores SATISFAD, encuesta de satisfacción de profesionales (realizada ad "hoc") y variación de reingresos.

RESULTADOS

1.-Pacientes captados 2.- Intervenciones realizadas 3.-Exitus. 4.-Reingresos durante su estancia en el proyecto 5.-Seguimiento de los pacientes en AP. 6.-Calidad de vida antes y 6 meses después de la intervención. 7.-Satisfacción de pacientes. 8.-Satisfacción de cuidadores. 9.-Satisfacción de profesionales. 10.-Variación en la tasa de reingresos (antes y después)

DISCUSIÓN

A) EGEH favorece la coordinación entre el equipo de AE y es el nexo de unión con el equipo de AP. Asegura el establecimiento de la continuidad de los cuidados. B) EGC facilita el paso del paciente de AE a AP, estableciendo la comunicación directa con el equipo de AP referente. C) EGCA. Realiza la actividad asistencial necesaria para cada paciente valorando, planificando, aplicando, coordinando y evaluando las opciones y necesidades para satisfacer sus necesidades de salud. D) Sistema de Información Sanitario (SIS) La información esta disponible aunque dispersa, por la utilización de diferentes SIS. Esto dificulta el acceso a la misma por los profesionales de las diferentes organizaciones sanitarias. E) Procedimientos de actuación La variabilidad existente de los enfoques y procedimientos de actuación de las organizaciones sanitarias y especialmente entre niveles asistenciales, genera fracturas en la asistencia ofrecida

CONCLUSIONES

a) Necesidad de implantar dos figuras EGEH y EGCA en la actual estructura de Osakidetza, frente a la asunción de las competencias del rol de la EGC por el personal de enfermería de los equipos de AP. Ello supone un cambio en la organización de los equipos asistenciales, en ambos niveles, para la asunción de las nuevas competencias. b) Establecer estructuras organizativas integradas para evitar las fracturas existentes entre ambos niveles asistenciales y favorecer un continuum en la atención a los pacientes crónicos, c) Integrar herramientas y circuitos de comunicación, para eliminar barreras entre niveles asistenciales y poder prestar una atención sanitaria/social continuada y de calidad. d) Definir y establecer procedimientos que garanticen la transición del paciente crónico entre niveles así como el seguimiento en su domicilio.

E-5 EFECTOS DE LAS SESIONES DE MUSICOTERAPIA SOBRE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL DE DÉNIA

A. Alegre Soler[1], I. Bellver Vercher[1], A. Valdivia Pérez[2], A. Ventura Bordes[3], A. Exojo Morales[4], M. Climent Suñer[4]

[1]Equipo de Musicoterapia, [2]Servicio de Medicina Preventiva, [3]Proyecto Arte, [4]Psiquiatría. Departamento de Salud de Denia. Denia (Alicante)

OBJETIVOS

Valorar los efectos de las sesiones de musicoterapia sobre los pacientes ingresados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Dénia.

MATERIAL Y MÉTODO

El grupo de estudio ha sido heterogéneo, mixto, abierto y variable semanalmente. Se realizaron 12 sesiones de musicoterapia entre el 6 de Octubre y el 22 de Diciembre de 2011. Los participantes asistieron a un número variable de sesiones dependiendo de la duración de su ingreso. Las sesiones se realizaron semanalmente, en modalidad grupal y con una hora de duración. El formato de sesión fue semi-estructurado y con la música en vivo como principal agente terapéutico. Se obtuvieron registros individuales previos y posteriores a cada sesión por medio de un cuestionario basado en escalas visuales analógicas numeradas (EVA) cumplimentado por cada paciente, además de preguntas posteriores a cada sesión con respuestas cerradas o abiertas. Análisis estadístico: se utilizó Test de Wilcoxon para datos emparejados y test de Spearman para valorar la correlación. Se ha añadido un análisis multivariado para calcular las asociaciones ajustadas con las distintas variables explicativas.

RESULTADOS

Se observa una mejoría estadísticamente significativa respecto a la situación basal en todas las variables analizadas: sensación de estado general ($p<0,001$), tranquilidad ($p=0,003$), alegría ($p<0,001$), estado de ánimo ($p<0,001$), sensación de estar acompañado ($p<0,001$) o esperanza ($p<0,001$). El nivel medio de satisfacción con las sesiones ha sido de 7,87 puntos sobre 10 (desviación estándar 2,37). En cuanto a la función que las sesiones han tenido para los pacientes: El 70,4% de los participantes refirió que las sesiones les sirvieron para distraerse, el 62,0% para relacionarse con sus compañeros, el 59,2% para relajarse, el 54,9% para desahogarse, el 56,3% para divertirse, el 28,2 % para hablar de sus sentimientos y el 22,5% para hablar de sus problemas. El grado en que los pacientes se sienten más esperanzados es significativamente superior en el diagnóstico de depresión, observándose esta asociación sólo en mujeres. Los pacientes con depresión tienen tendencia a expresar más que los pacientes con esquizofrenia/brote psicótico que las sesiones les sirvieron para distraerse o divertirse, mientras los pacientes con trastorno de personalidad/esquizoafectivo expresan más a menudo que las sesiones les sirvieron para desahogarse (odds ratio 4,83; IC95% 1,08-21,59).

DISCUSIÓN

Se observan mejorías significativas en todas las variables evaluadas tras las sesiones de musicoterapia. Los pacientes con peores puntuaciones basales son los que más se benefician de las sesiones, probablemente por presentar un mayor potencial de mejora. Destaca la capacidad de expresar cambios en el área afectiva-emocional tras la sesión de musicoterapia, lo cual es remarcable en estas patologías. Los objetivos terapéuticos trazados se cumplen a todos los niveles independientemente del diagnóstico de base o género. La escasez de estudios similares previos y los resultados obtenidos hacen plantear la necesidad de continuidad en esta línea, así como en la utilización de EVA como instrumento de evaluación válido en esta población. Dados los resultados obtenidos, se podría incluir la musicoterapia como tratamiento complementario en la atención estándar recibida por los pacientes cubriendo el área socio-afectiva y emocional.

CONCLUSIONES

La intervención musicoterapéutica afecta positivamente al paciente respecto a su sensación de bienestar, tranquilidad, alegría, esperanza, estado de ánimo y sensación de acompañamiento. La musicoterapia es una terapia efectiva y complementaria para el tratamiento multimodal que recibe el paciente psiquiátrico.

E-6 EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA COMUNITARIO DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL PARA LA MEJORA DE LA SINTOMATOLOGÍA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA (A.P.): ESTUDIO PILOTO

E. Azpeitia Serón, S. Pérez de Arenaza Medina, R. Alonso Mardones, I. Andrés Martínez, C. Rodríguez Curras
Valles I. Comarca Araba. Álava

OBJETIVOS

Investigar la factibilidad de una intervención psicosocial para pacientes depresivos en A.P. realizada por su médico y enfermera y estimar su efecto en la mejora de la escala de Hamilton, PHQ-9 y EQ 5D; mediante una serie prospectiva de 4 casos. Se pretende mejorar el protocolo de trabajo de campo e identificar problemas operativos y dificultades que pudieran hacer peligrar la viabilidad del estudio final como son: 1. Captación y seguimiento de pacientes.2. Ejecución del Plan de Cuidados de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO

Se formó a los médicos y enfermeras en el diagnostico y tratamiento, el plan de cuidados y las bases de terapia cognitivo-conductual de la depresión. Cada uno de los médicos colaboradores seleccionó por conveniencia dos pacientes con entrevista MINI diagnostica de depresión, escala de Hamilton igual o superior a 8 y PHQ-9 mayor de 5.El médico informó, a los pacientes captados, del estudio y les pasó el consentimiento informado, registrando: 1.Variables demográficas.2.Antecedentes Médicos y Psiquiátricos, Antecedentes Familiares Psiquiátricos. 3. Clase de depresión y tiempo de evolución del episodio actual. Si es una recaída o hubo episodios pasados. 4. Escala de Hamilton para valoración de la depresión en su versión de 17 ítems (HAMD-17) 5.Escala de calidad de vida Euroqol 5D. 6. Sintomatología del episodio depresivo (PHQ-9): Medida de la gravedad del episodio. 7. Tratamiento con antidepresivos. Visitas de enfermería semanalmente en número de 5. Las visitas tienen un contenido estructurado dónde se establece un plan de cuidados y se proporciona información y educación sobre la enfermedad y su tratamiento.

RESULTADOS

Pacientes: 3 mujeres (60,51 y 38 años) y un hombre de 28 años. Hamilton al inicio de 28,10, 21 y 11 y al final de 12, 6,10 y 6. PHQ-9 al inicio de 17, 5, 13 y 8 y al final 10, 3, 6 y 4. EuroQol no mejoró significativamente. No faltaron a ninguna cita. Al ofrecerles sesiones grupales el hombre no las aceptó.

DISCUSIÓN

Es corto el periodo de estudio para valorar la calidad de vida y el mantenimiento de la mejoría.
• Es posible realizar esta intervención en A.P., aunque se debe formar adecuadamente a los profesionales.

CONCLUSIONES

Los pacientes han considerado las sesiones muy buenas en un 95% y las recomendarían a otros pacientes. La enfermera debe sentirse muy motivada y estar formada para realizarlas.
•Hay que adecuar un espacio en la agenda de enfermería de unos 60 minutos por sesión.
•Hemos reestructurado el plan de cuidados y añadido tareas en concreto para cada objetivo del mismo.

E-7 LA MUSICOTERAPIA COMO TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO EN UNA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

A. Alegre[1], I. Bellver[1], A. Valdivia[2], A. Ventura[3], F. Ramos[4], J. Arroyo[4]
[1]Musicoterapia, [2]Servicio de Medicina Preventiva, [3]Proyecto de Arte, [4]Servicio de Nefrología. Hospital de Dénia. Dénia (Alicante)

OBJETIVOS

Valorar los efectos de las sesiones de musicoterapia sobre los pacientes que acuden a realizarse hemodiálisis en el hospital de Dénia.

MATERIAL Y MÉTODO

El grupo de estudio ha sido heterogéneo, mixto y cerrado, constituido salvo excepciones por pacientes de un mismo turno de Hemodiálisis, excluyendo a aquellos en los que el equipo

multidisciplinar consideró contraindicada la participación. Se realizaron 11 sesiones de musicoterapia entre el 6/10/2011 y 22/12/2011, durante la hora del tratamiento de hemodiálisis en que se produce menor interferencia con los cuidados sanitarios. El formato de sesión fue abierto y adaptado al estado inicial de los pacientes. Se utilizaron técnicas receptivas y/o expresivas en función del desarrollo de la sesión, siendo la música en vivo el principal agente terapéutico. Se recogieron registros individuales previos y posteriores a cada sesión por medio de un cuestionario basado en escalas visuales analógicas numeradas. Se incluyeron, preguntas posteriores a cada sesión con respuestas cerradas o abiertas y registros grupales de cada sesión. Análisis de datos: test de Wilcoxon para datos emparejados en caso de comparación de mediciones basales con las posteriores a la intervención, y test de Spearman para valorar la correlación entre las distintas variables cuantitativas. Se ha añadido un análisis multivariado por medio de regresión lineal múltiple para calcular las asociaciones ajustadas con las distintas variables explicativas.

RESULTADOS

Se observa una mejoría estadísticamente significativa respecto a la situación basal en la sensación de estado general (p<0,001), tranquilidad (p=0,031), alegría (p=0,002), estado de ánimo (p<0,001) y sensación de estar acompañado (p=0,027); No se observaron diferencias significativas en la sensación de esperanza (p=0,119). El nivel de satisfacción con las sesiones ha sido de 8,78 puntos sobre 10 (desviación estándar 1,50). El 63,3% de las encuestas indican que las sesiones sirvieron para relajarse, el 58,3% para distraerse, el 48,3% para divertirse, el 31,7% para relacionarse con los compañeros, el 11,7% para desahogarse o hablar de sus sentimientos, el 10,0% para expresarse y el 6,8% para hablar de sus problemas. La mejoría en la sensación general de bienestar se asocia independientemente con el aumento en la sensación de alegría y en el estado de ánimo, y con manifestar que la sesión sirvió para relacionarse.

DISCUSIÓN

Se observan mejorías significativas en casi todas las variables analizadas, con excepción de la sensación de esperanza, probablemente en relación con la presencia de al menos una enfermedad crónica y limitante de larga duración en todos los pacientes. Destaca la capacidad de expresar cambios en el área afectiva tras la sesión de musicoterapia, lo cual es remarcable teniendo en cuenta el estado emocional que se asocia al deterioro físico en estos pacientes, y las limitaciones de las circunstancias en que se realiza la sesión. Dados los resultados obtenidos, se podría incluir la musicoterapia como tratamiento complementario en la atención estándar recibida por los pacientes cubriendo el área socio-afectiva y emocional.

CONCLUSIONES

La intervención musicoterapéutica afecta positivamente al paciente respecto a su sensación de bienestar, tranquilidad, alegría, estado de ánimo y sensación de acompañamiento. La musicoterapia es una terapia efectiva y complementaria para el tratamiento multimodal que recibe el paciente en diálisis.

E-8 RESULTADOS DEL MANEJO INTEGRAL DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN MEDICINA INTERNA. EL PROGRAMA UMIPIC

A. González Franco[1], L. Manzano Espinosa[2], J. Cerqueiro González[3]
[1]Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias)
[2]Servicio de Medicina Interna. Hospital Ramón y Cajal. Madrid
[3]Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo

OBJETIVOS

Demostrar la replicabilidad de un modelo de gestión del paciente pluripatológico con Insuficiencia Cardiaca (IC) centrado en la valoración integral del mismo, la adecuación terapéutica, la educación y la implicación en su enfermedad, con los objetivos de: 1.Optimización terapéutica de la IC siguiendo las indicaciones de las Guías de Práctica Clínica actuales.2.Reducción de la estancia hospitalaria de los enfermos ingresados por IC.
3. Reducción de la tasa de reingresos hospitalarios y visitas a Urgencias de enfermos con IC.

MATERIAL Y MÉTODO

Se revisan los datos de la actividad realizada durante 5 años en 3 unidades de IC (Hospitales Ramón y Cajal-Madrid, Valle del Nalón-Asturias y Xeral-Calde-Lugo) creadas con la misma estructura y aplicando los mismos protocolos de actuación. Se mide el impacto conseguido en los objetivos definidos para las mismas.

RESULTADOS

Entre las 3 unidades evaluadas se han atendido en 5 años 1303 pacientes, con una edad media de 79 ± 9.4 años y elevada comorbilidad (>67% HTA, 29% diabetes, 33% EPOC, 78% disfunción renal medida por FGE y 38-68% fibrilación auricular). La prescripción de IECAs o ARA-II se sitúa en 97.6-99%, mientras que la de beta-bloqueantes es del 74-87.6%, según la Unidad. Las visitas a Urgencias se redujeron un 14-58% por IC y un 18-73.8% por cualquier motivo. Los ingresos por IC se redujeron un 44-61.87% (destacando que a mayor tiempo de seguimiento, mayor reducción en las tasas de reingreso) y un 21-38% en los ingresos por cualquier causa. Se consiguió un impacto en la reducción de estancias hospitalarias entre el 26 y el 37.21%, que en el Hospital Valle del Nalón supuso un ahorro de estancias hospitalarias del 41.37% (1203 estancias), lo que implica un ahorro de 3.3 camas/año y 499.365 € en hospitalización por IC.

DISCUSIÓN

La IC supone la principal causa de hospitalización en el Sistema Sanitario Español (5% del total de hospitalizaciones), con una tendencia creciente de su prevalencia y con unas tasas de reingreso hospitalario por descompensación que se estiman en el 50% al año. El Programa UMIPIC (Unidades de Manejo Integral de Pacientes con IC) está centrado en 3 aspectos: la educación de conceptos básicos de IC gracias a un papel crucial de enfermería, la implicación del paciente y sus familiares en su enfermedad y una valoración integral de este tipo de enfermos pluripatológicos. Los resultados expuestos demuestran la capacidad de replicación de este modelo de gestión en distintas comunidades autónomas, independientemente de la complejidad del hospital. Proponemos, frente a la realidad asistencial actual, una iniciativa de gestión de pacientes que, colaborando con la sostenibilidad del sistema, permita mejorar su eficiencia mediante un mayor y mejor aprovechamiento de los recursos materiales y humanos de los que se dispone, en escenarios de práctica clínica habitual y desde la perspectiva de aprovechar una de las grandes potencialidades de nuestra especialidad: la valoración integral del paciente.

CONCLUSIONES

Las Unidades específicas de IC con modelo UMIPIC han demostrado tener un impacto significativo en la optimización terapéutica de estos pacientes, así como en la reducción de la estancia media por IC y de re-ingresos y visitas a Urgencias, tanto por IC como por cualquier motivo. Este modelo ha demostrado su aplicabilidad en contextos socio-sanitarios y geográficos diferentes. Esta evidencia ha impulsado la creación y apoyo del Programa UMIPIC por parte del Grupo de IC de la Sociedad Española de Medicina Interna, en el cual actualmente hay 26 unidades adscritas.

E-10 NUEVOS ROLES ENFERMEROS: ENFERMERA GESTORA DE COMPETENCIAS AVANZADAS Y DE ENLACE HOSPITALARIO (EGCA/EGEH)

S. Alfambra Vicente[1], I. Sarduy Azcoaga[2], C. Herranz González[3]
[1]EGCA. Comarca Bilbao. Bilbao (Vizcaya)
[2]EGEH. Hospital Santa Marina. Bilbao (Vizcaya)
[3]EGCA. Centro de Salud Sáez de Buruaga. Bilbao (Vizcaya)

OBJETIVOS

-Dar una atención integral y coordinar las actividades socio-sanitarias dirigidas al cuidado de los pacientes crónicos complejos -Evitar o detectar a tiempo descompensaciones de sus patologías crónicas que requieran aplicación de tratamiento intensivo en el domicilio -Reducir el numero de ingresos hospitalarios o visitas a urgencias-Asegurar la continuidad de cuidados durante la estancia hospitalaria y en la transición al domicilio-Fomentar el autocuidado y la autonomía tanto de pacientes como de sus cuidadores-Elaborar planes de cuidados individualizados con la participación activa del paciente y cuidador principal-Mejorar la calidad de vida de los pacientes crónicos complejos y su cuidador

MATERIAL Y MÉTODO

Test y escalas de valoración validados Plataforma informática para comunicación interpilotos y recogida de indicadores Osabide ap y global clinic

RESULTADOS

TOTAL PACIENTES CAPTADOS 59 (EGEH + EGCA) TOTAL PACIENTES EXITUS 10 16.95% COMPROBACIÓN EGCA EGEH Captados 59 58 Casos 76 91 Exitus 10 9 Reingresos 17 17 Pacientes excluidos tras captación 5 100% Renuncia a seguimiento 2 40% Destino al alta: Otro nivel asistencial 2 40% PERFIL DEL PACIENTE POR CRITERIOS DE INCLUSIÓN Paciente crónico con diagnóstico de EPOC 34 64% Paciente crónico con diagnóstico de ICC 26 49% Paciente crónico con diagnóstico de EPOC e ICC 11 21% 2 o más ingresos en el último año 46 87% 2 o más visitas a urgencias en el último año 21 40% FRECUENCIA DE LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN Paciente crónico con diagnóstico de EPOC 34 25% Paciente crónico con diagnóstico de ICC 26 19% Paciente crónico con diagnóstico de EPOC e ICC 11 8%

CONCLUSIONES

Para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi se han implementado nuevos roles enfermeros mejor adaptados a las necesidades de los pacientes crónicos complejos, los cuales precisan una atención intensiva y avanzada en el domicilio, logrando un modelo de cuidados enfermeros continuos y coordinados, elaborando planes de cuidados individualizados e integrales que tienen en cuenta no solo las necesidades socio-sanitarias del paciente sino también de sus cuidadores. Con esta valoración integral y apoyándonos en criterios clínicos previamente establecidos y consensuados entre los diferentes profesionales que configuran el equipo multidisciplinar, que definen al paciente estable e inestable, se ha conseguido el mantenimiento del paciente en el domicilio y la reducción del numero de ingresos hospitalarios y visitas a urgencias, logrando además mejorar la calidad de vida y satisfacción de los pacientes, cuidadores y profesionales.

E-11 ¿CONOCEMOS EL IMPACTO ECONÓMICO DE LOS MEDICAMENTOS ACUMULADOS EN EL DOMICILIO DE PACIENTES POLIMEDICADOS?

M. Gallego Galisteo[1], F. Téllez Pérez[2], A. Villa Rubio[3], A. M. Sánchez López[4], B. Marmesat Rodas[1], E. Márquez Fernández[1], J. Ramos Báez[1]
[1]UGC Farmacia. Complejo Hospitalario Área Campo de Gibraltar. Algeciras (Cádiz)
[2]UGC Medicina Interna, [3]UGC Farmacia, [4]Enfermería Gestora de Casos. Hospital del S.A.S. la Línea de la Concepción. La Línea de la Concepción (Cádiz)

OBJETIVOS

Analizar el coste de los medicamentos acumulados en los botiquines domiciliarios de los pacientes polimedicados mayores de 64 años.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal multidisciplinar del Servicio de Farmacia, Medicina Interna y Enfermería Gestora de Casos. Se incluyeron pacientes mayores de 64 años con al menos 6 medicamentos en su terapia crónica, ingresados en el Servicio de Medicina Interna durante período de Marzo a Octubre de 2011, y que habían dado su consentimiento para participar en el estudio. Al alta hospitalaria, los pacientes fueron citados para una posterior visita domiciliaria en la cual se entrevistó al paciente, familiar y/o cuidador para corroborar su terapia crónica y revisar el contenido de su botiquín domiciliario. Se consideró medicamento acumulado aquel envase repetido, teniendo el envase en uso más de la mitad de su contenido, o ya suspendido de su terapia habitual. Para el cálculo de los costes se consideró el Precio Venta al Público de la marca comercial o precio de referencia en caso de medicamento genérico.

RESULTADOS

Se incluyeron 88 pacientes, de los cuales el 55,7% (49) eran hombres y el 44,3% (39) mujeres con una edad media de 76,7 ± 6,7 años. El 55,7% (49) de los pacientes presentaba al menos un medicamento acumulado de su terapia habitual, con un total de 511 envases de medicamentos almacenados. El coste total de la medicamentos acumulados fue de 10.476,99 €, siendo el 46,55% (4854,72 €) imputable a 71 medicamentos. De estos 71 medicamentos (Tabla 1), 54,93% (39) fueron inhaladores (2048,81 €), 25,35% (18) insulinas (1105,3€) y 19,72% (14) antiparkinsonianos (1723,49 €).

CONCLUSIONES

-Se detectaron 511 medicamentos acumulados en los domicilios de pacientes polimedicados mayor de 64 años con un coste total de 10.476,99 €. -El 46,55% (4854,72 €) del coste de la medicación acumulada fue debido a un pequeño porcentaje de los mismos. -Los inhaladores, antiparkinsonianos e insulinas fueron los medicamentos acumulados con mayor impacto en el coste total.

Tabla 1. Medicamentos con mayor impacto económico en el coste total de la acumulación. (E-11)

Grupo de fármacos (n)	Fármacos	% (n) del grupo de fármacos	Coste
Inhaladores para enfermedades respiratorias (39)	Salmeterol/Fluticasona Bromuro de Tiotropio	35,9% (14) 30,8% (12)	1.008,66 € 633,12 €
Insulinas (18)	Insulinas de acción rápida Insulinas de acción prolongada	50,0% (9) 50,0% (9)	406,5 € 698,83 €
Antiparkinsonianos (14)	Levodopa /Carbidopa/Entacapona Pramipexol	64,3% (9) 21,4% (3)	1139,55 € 429,42 €

E-14 HOSPITAL DE CRÓNICOS DE MISLATA: UN ESTUDIO POR UNIDADES FUNCIONALES

R. Valera Lloris, V. Pérez Escamilla, R. Franco López

HACLE. Departamento 23: Hospital de Crónicos de Mislata. Mislata (Valencia)

OBJETIVOS

El 1 de mayo del 2010 el Antiguo Hospital Militar Vázquez Bernabeu, pasa a ser gestionado por el departamento de Manises. Es entonces cuando comienza a organizarse un hospital de crónicos, y se gesta el proyecto del Hospital de Crónicos de Mislata: Antiguo Hospital Militar. El proyecto nace con la motivación de dar una mayor calidad asistencial y ofrecer a la población una atención integral en todos los niveles de atención. En las unidades de ingreso de paciente crónico se definen cuatro unidades: Unidad de Daño Cerebral (UDC), Unidad de Convalecencia (UCON), Unidad de Larga Estancia (ULE) y Unidad de Cuidados Paliativos (UPAL). Los objetivos de nuestro trabajo son: 1. Conocer el porcentaje de pacientes ingresados en las diferentes unidades de Hospitalización y determinar la incidencia de ingresos de pacientes en la cada una de ellas, durante el 2011, así como el porcentaje de pacientes que durante el ingreso se someten a rehabilitación. 2. Determinar la estancia media por unidad funcional, para estudiar el tiempo de ingreso que requieren este tipo de pacientes

MATERIAL Y MÉTODO

Se diseñó un registro, para recoger, de forma diaria, el número de pacientes que ingresaban, así como la unidad funcional de ingreso del Hospital de Crónicos. Las variables recogidas fueron: número de pacientes totales ingresados, paciente ingresados por unidad de hospitalización, unidad funcional de ingreso y número de pacientes con rehabilitación

RESULTADOS

Se obtuvo que la media de pacientes ingresados durante el 2011 fue de 53, 57.Por otro lado, como promedio, el porcentaje de pacientes ingresados en UPAL fue de un 11,88%. Por otro

lado en UDC se produjo el 20.07% de los ingresos. En UCON, se ingresaron el 49,20% de los pacientes. Por último, el porcentaje de pacientes ingresados en la ULE fue de 18.72%. Respecto al porcentaje de pacientes que se sometieron a rehabilitación, el 65.35% requirió alguna terapia relacionada con rehabilitación. En cuanto a las estancias medias por unidad funcional, se obtuvo que la estancia media total fue de 62.7 días. Dividido por Unidades Funcionales los resultados fueron: UPAL, 35,5 días de ingreso; UCON, 75,5 días; UDC: 64,2 días y ULE: 75,6 días. En los gráficos siguientes se puede valorar la variabilidad por meses de los ingresos por unidades funcionales, así como la estancia media

DISCUSIÓN

Desde Conselleria de Sanidad se establecen unas estancias medias que evidencian diferencias con las estancias medias del Hospital de Crónicos.

CONCLUSIONES

Desde Conselleria de Sanidad se establecen unas estancias medias que evidencian diferencias con las estancias medias del Hospital de Crónicos.

E-16 PROGRAMA PILOTO DE ATENCIÓN SANITARIA A LA POBLACIÓN INSTITUCIONALIZADA EN RESIDENCIAS GERIÁTRICAS EN BARCELONA

M. Puigdollers García[1], À. Guarga Rojas[1], C. Zara Yahni[1], A. Coma Fusté[1], J. Benet Travé[1], C. Minguell Comas[2]

[1]Regió Sanitària Barcelona (Catsalut). Barcelona

[2]MUTUAM. Barcelona

OBJETIVOS

El programa incluye un colectivo de pacientes institucionalizados con múltiples enfermedades crónicas (60% pacientes crónicos complejos) con una gran utilización de recursos hospitalarios (urgencias e ingresos), medicación, etc. Es objetivo del Servicio Catalán de la Salut mejorar el acceso a la atención sanitaria pública de la población institucionalizada y mejorar la atención sanitaria de los residentes mediante la intervención in situ de equipos de expertos en geriatría con el fin de identificar los pacientes crónicos complejos, realizar valoración geriátrica integral, seguimiento periódico, gestión y coordinación en la provisión de recursos públicos, racionalización de la prescripción y asesoramiento a las residencias geriátricas (RG). La alta prevalencia de enfermedades crónicas asociada a dependencia que concentran las residencias geriátricas junto a la heterogeneidad y escasa dotación de profesionales sanitarios propios de RG sin vinculación a la red asistencial pública hace plantearse el inicio de este programa.

MATERIAL Y MÉTODO

La experiencia se inició en el año 2009 con la creación de equipos de atención residencial integrados por geriatras y enfermeras expertas que dan servicio a las residencias 24h al día los 365 días del año. Actualmente se han intervenido el 67,9% de las 346 residencias i el 58,9% de los 15.080 residentes. Se han incluido en el estudio 92 residencias (>6 meses de intervención) y se han comparado los periodos julio-diciembre 2009 (pre intervención) y julio-diciembre de 2010 (post intervención).En el grupo control se han incluido 123 residencias y se han analizado los mismos periodos que en el grupo intervenido. Las variables que se han comparado entre ambos grupos son el número de altas hospitalarias, el número de urgencias y los resultados en relación a la prescripción tanto en aspectos cualitativos como de coste (Sistema de información de facturación de recetas médicas del CatSalut) mediante el rastreo del código de identificación personal.

RESULTADOS

En el periodo 2009-2010, las visitas a urgencias hospitalarias han sido respectivamente de -3,4% en el grupo intervención (GI) y de +33,5% en el grupo control (GC). Los ingresos hospitalarios han sido de -15% (GI) y de +9% (GC). En referencia al gasto de farmacia el resultado ha sido de -13,1 (GI) y de -5,7 (GC) i el volumen de recetas disminuye en el (GI) 2,12% i en el (GC) ha aumentado un 4,7%. En el grupo de intervención las especialidades genéricas (EFG) aumentan del 34,8 % al 42,7% y la utilización de pañales súper noche disminuye del 16% al 4%.

DISCUSIÓN

Las diversas acciones proactivas realizadas por los equipos de intervención residencial han demostrado su eficiencia en cuanto a reducción de urgencias, ingresos hospitalarios y gasto farmacéutico.

CONCLUSIONES

En una primera valoración se observa una importante reducción de visitas a urgencias, ingresos hospitalarios, gasto de farmacia y una notable en los indicadores de la calidad de la prescripción. Finalmente el impacto económico del programa ha presentado un ahorro anual de 2.300.000 de euros (554euros por residente).

E-17 UTILIDAD DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA (VMNI) EN UN HOSPITAL DE SUBAGUDOS

P. Gil[1], E. Tabernero[1], R. Alkiza[1], A. Gil[1], A. Urigoitia[2], J. Garros[2], M. Elguezabal[3]

[1]Servicio de Neumología, [2]Servicio de Urgencias, [3]UGS. Hospital Santa Marina. Bilbao (Vizcaya)

OBJETIVOS

Los hospitales de crónicos o de subagudos atienden a pacientes crónicos pluripatológicos y ancianos en las agudizaciones de sus patologías crónicas. Una causa frecuente de ingreso es el fracaso ventilatorio agudo, sobre todo en EPOC, donde existen evidencias suficientes del beneficio del tratamiento con VMNI. La limitación de esfuerzo terapéutico y las ordenes de no intubar son frecuentes en estos pacientes por edad y la patología preexistente, pero también

en esta población hay datos que apuntan a la utilidad de la VMNI. Por ello nuestro hospital desarrolló en 2010 un protocolo conjunto URGENCIAS- HOSPITALIZACION para el uso de VMNI en el fracaso ventilatorio agudo. OBJETIVO: Evaluar la utilidad de la VMNI en situación aguda en pacientes no subsidiarios de UCI en un hospital que atiende a pacientes crónicos

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo y retrospectivo desde Enero de 2011 a Enero 2012. Los pacientes se captaron a través de una hoja de registro específico cruzado con los datos de la Unidad de Gestión Sanitaria. Las variables principales recogidas son: datos demográficos, patología de base, lugar de inicio, gasometría en el momento de indicación, mortalidad, estancia, y supervivencia a los 6 meses.

RESULTADOS

Se incluyeron 42 pacientes con edad media 82,1+/-11, el 47% (20) mujeres. La comorbilidad medida por índice de Charlson fue de 3,5+/- 1,5. Las causas mas frecuentes del fracaso ventilatorio fueron EPOC 16 (39%), otras causas de LCFA 8 (19%), Obesidad 9 (21%) e insuficiencia cardiaca 6 (14%). El FEV1 medio fue de 41,9 %. Al ingreso presentaban un pH medio de 7,28 +/-0,2, y una pCO2 de 73,5 +/-23. La estancia media fue de 14,3 +/-13. La supervivencia al alta fue de un 73% y a los 6 meses (n= 28) del 63%

CONCLUSIONES

La VMN es una técnica de utilidad en un hospital de crónicos en pacientes ancianos y con limitación de esfuerzo terapéutico. A pesar de la severidad y comorbilidad se obtienen tasas aceptables de supervivencia a los 6 meses.

E-18 SEGUIMIENTO DE PACIENTES ANTICOAGULADOS: UN EJEMPLO DE GESTIÓN COMPARTIDA DE LA DEMANDA EN UN CENTRO DE SALUD.

L. Martínez Ranchal, A. Merino Márquez, E. Alfaro Dorado
Centro de Salud Portada Alta (Málaga). Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga

OBJETIVOS

El seguimiento en Atención Primaria de los pacientes crónicos estables tratados con acenocumarol se realiza progresivamente en Málaga desde 2002 mediante acuerdos entre los Servicios de Hematología de los hospitales de referencia y los Centros de Salud. Los investigadores nos planteamos la pregunta de si el protocolo elaborado era realmente una herramienta útil para la gestión compartida de la demanda asistencial médico-enfermera. El objetivo del presente trabajo es valorar la efectividad de la implementación del protocolo elaborado, comparando en un cupo concreto del Centro la situación de partida en el año 2010 y la observada en 2011.

MATERIAL Y MÉTODO

Se diseño un estudio descriptivo retrospectivo en el Centro de Salud Portada Alta (Málaga) que se realizó durante enero de 2012. Los sujetos de estudio para los datos globales del Centro eran la totalidad de pacientes tratados con acenocumarol que estaban incluidos en los controles de INR en las consultas de enfermería de Portada Alta a 31 diciembre.

RESULTADOS

Durante el año 2010 (previamente al sistema de implantación del protocolo), estos 12 pacientes consumieron 171 citas en la consulta de enfermería para control del INR. Ocurrieron 32 episodios de INR fuera de rango (18,6% de las citas), que consumieron otras 41 citas con el médico de familia para la modificación de la DTS (dosis total semanal) de acenocumarol, y ninguna situación grave que requiriese actuación urgente. No existen reclamaciones para el médico o para la enfermera relacionadas con este asunto en ese periodo. Durante el año 2011 (con el protocolo plenamente implantado), estos 12 pacientes consumieron 156 citas en la consulta de enfermería. Ocurrieron 21 episodios de INR fuera de rango (13,4% de las citas), que consumieron otras 17 citas con el médico de familia para la modificación de la DTS (dosis total semanal) de acenocumarol, y ninguna situación grave que requiriese actuación urgente. No existen reclamaciones para el médico o para la enfermera relacionadas con este asunto en ese periodo.

DISCUSIÓN

Desde la aplicación del protocolo de gestión compartida en el cupo seleccionado se redujeron las citas al médico de familia por este motivo en más de un 60%, sin incrementos en las citas a la consulta de enfermería (ya que la medida del INR y la actuación terapéutica consecuente pasó a convertirse en acto único en la gran mayoría de casos). Simultáneamente descendieron en más de 5 puntos porcentuales los episodios de “fuera de rango” (asociación estadísticamente significativa), sin aparición de eventos graves o urgentes.

CONCLUSIONES

Por todo lo anterior, y con la salvedad mencionada, puede concluirse del estudio la efectividad de la aplicación de este protocolo de seguimiento conjunto de pacientes anticoagulados. De ello podría desprenderse que la gestión compartida de la demanda asistencial es pertinente para la mejora de la accesibilidad del paciente a los servicios de enfermería en acto único y para una mayor eficiencia en el control de la demanda asistencial, sin menoscabo del control clínico del paciente ni de su grado de satisfacción.

E-19 EL TRABAJO EN EQUIPO Y LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN PACIENTES CRÓNICOS. ELEMENTO CLAVE PARA GARANTIZAR LA CALIDAD ASISTENCIAL

M. Gil Estevan, A. Hernández Ortuño, M. Iñesta Agües, D. Ibáñez Gallardo, M. Yáñez Motos, M. Martínez Bernabé
Atención Primaria/Especializada. Departamento de Salud de Elda. Elda (Alicante)

OBJETIVOS

Implantar en el Departamento de Salud de Elda el Modelo de Gestión de Casos para la continuidad de cuidados de enfermería

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo/retrospectivo de la puesta en marcha del Modelo de integración de pacientes crónicos a través de la enfermería de gestión de casos. El periodo a estudio comprende una primera fase de Junio 2011 a Septiembre 2011 de reuniones de coordinación, preparación y consolidación de equipo de trabajo. La puesta en marcha es en Octubre de 2011.Los datos se obtienen entre Octubre y Enero 2012 con los siguientes parámetros de medición: edad media, sexo, población. El registro se centraliza en una Base de datos de elaboración propia y en Abucasis.

RESULTADOS

1.-Número de pacientes activos: 133 2.- El 48,86% son hombres y el 54,13% mujeres. 3.- La edad media es de 61 años en los varones y 57 años en las mujeres. 4.–Perfil del paciente captado: terminales/paliativos y crónicos complejos. 5.–Enfermeros Gestores de Casos Comunitarios (EGCC):20 6.- Enfermeros de Enlace Hospitalario (EEH): 27.- Responsables: 3

DISCUSIÓN

En la actualidad 1 de cada 10 habitantes del planeta supera ya los 60 años, y el 12% de los mayores de 60 años, tiene más de 80. El Modelo de Gestión de Casos supone un avance en la Atención Integrada, Coordinada y Continuada, siendo un Modelo de trabajo interdisciplinar en el que la Enfermera Gestora de Casos Comunitaria y la Enfermera de Enlace Hospitalario son quienes lo deben liderar.

CONCLUSIONES

A.- Diversos trabajos de investigación demuestran la eficacia del modelo de “Gestión de Casos” en la coordinación e integración de los cuidados. B.- El perfil profesional que se adapta a este requerimiento es la enfermera, ya que el eje fundamental de la profesión enfermera es la atención de cuidados, cuando la persona no tiene conocimientos, motivación o capacidad para resolver sus necesidades, o cuando la demanda de cuidados superan las capacidades individuales de la persona y su entorno. C.- Subjetivamente. Mejora la experiencia del paciente y la familia a lo largo del proceso asistencial. D.- Contribuye a una asistencia efectiva centrada en el paciente. E.-Contribuye a la optimización de la atención multidisciplinaria, garantizando el nivel de calidad, y disminuyendo los costes derivados del cuidado. F.- El trabajo en equipo mejora la coordinación y cuidados de enfermería en pacientes crónicos.

E-20 AYUDAR A LOS CUIDADORES

I. Iza Arnaiz[1], M. Begiristain Igoa[2], P. Moreno Herrero[2], M. Pueyo Zubiria[2], R. González Macho[3], S. Alfambra Vicente[4], I. Lanzeta Vicente[5]
[1]Enfermera AP, [2]Enfermera Planta Medicina Interna, [5]Medicina Preventiva. Hospital de Zumarraga. Zumarraga (Guipúzcoa)
[3]Enfermera AP. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya)
[4]Enfermera AP. Hospital Santa Marina. Bilbao (Vizcaya)

OBJETIVOS

Evaluar la carga de trabajo de los cuidadores principales de pacientes pluripatológicos. Proporcionar a los cuidadores nociones básicas para su tarea en función del grado de dependencia de los pacientes. Analizar si hay relación entre el nivel de dependencia funcional de los pacientes y la sobrecarga de los cuidadores.

MATERIAL Y MÉTODO

Estamos trabajando en la gestión de continuidad de cuidados de pacientes pluripatológicos y sus cuidadores en H. Zumárraga y las áreas de Atención Primaria de Beasain, Lazkao y Ordizia, teniendo en cuenta el nivel de dependencia del paciente y el grado de sobrecarga del cuidador. Se han introducido dos nuevos roles de enfermería: Enfermera gestora de enlace hospitalario (EGEH) y Enfermera gestora de competencias avanzadas (EGCA) En el hospital la EGEH habla con los pacientes y les realiza la escala de Barthel para medir el nivel de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria y a su cuidador principal (si lo tiene) el cuestionario de Zarit para ver el grado de sobrecarga. Si se valora una posible reducción de la sobrecarga, desde el hospital se pone en contacto con Trabajadora social del centro y se empiezan a tramitar las ayudas, traslado a residencia, etc. Si es para ayuda domiciliaria, ayuda técnica, aumento de ayuda personal… EGEH se pone en contacto con EGCA y esta a su vez con la Trabajadora Social de cada área. También intenta gestionar la documentación que tiene que pedir la familia en el Centro de Salud.

RESULTADOS

De los 54 pacientes pluripatológicos que hemos intervenido 9% eran independientes; 64.8% dependencia leve, 9% dependencia moderada, 7.3% dependencia grave y el 9% dependencia total. De los 54 pacientes 2 no precisaban cuidadores y 7 de los 52 cuidadores captados, presentaban sobrecarga. El 50% de los cuidadores de pacientes con D. Grave están con sobrecarga, uno de ellos no recibe ayuda y el otro sí. En cuidadores de pacientes que tienen

una D. total el 20% tiene sobrecarga, en este caso recibían ayuda pero el grado de dependencia del paciente ascendió en muy poco tiempo por lo que esto sobrecargó al cuidador. El 11.5% de los cuidadores de pacientes con D. Leve han precisado sobrecarga, de estos uno no tenía ayuda social pero el resto sí pero solo PEEF por lo que no solucionaba su sobrecarga.

DISCUSIÓN

Con esta labor, nos hemos dado cuenta que hay bastante desconocimiento por parte de la población de las ayudas que pueden obtener por parte del ayuntamiento. Hay que destacar, que para los cuidadores de pacientes con dependencia leve, las prestaciones económicas no les ayudan a eliminar la sobrecarga. Estos cuidadores y también los que en el cuestionario no se calificaban con sobrecarga, nos han trasmitido mucha satisfacción por la labor realizada; la información que les ha proporcionado la figura de EGEH, dándoles pautas de cuidados y en el domicilio tener una figura de referencia como EGCA para poner en marcha los cuidados que les han enseñado y poder solucionar las dudas que les van surgiendo.

CONCLUSIONES

En general, y aunque el cuestionario de Zarit no lo perciba así, los cuidadores de pacientes pluripatológicos están sobrecargados, por ello, nuestra percepción es que el cuestionario Zarit es orientativo, pero no concluyente. Por otro lado, cuando mayor es la dependencia mayor es la sobrecarga pero obtienen más ayudas sociales, por esto, los cuidadores de pacientes con D. leve o moderada son los que más satisfacción han trasmitido tras la atención prestada. Con todo esto, nos parece imprescindible la interrelación entre hospital – centro de salud – área social.

E-22 PAPEL DE LA ANTICOAGULACIÓN ORAL Y ANTIAGREGACIÓN EN LA DEMORA QUIRÚRGICA DE LOS PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

L. Martín Fajardo[1], I. González Sayago[1], M. Femenías Sureda[1], T. Bosch Rovira[1], J. Orfila Timoner[1], N. Mora Navarro[2], J. Forteza-Rey[1]

[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Traumatología. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca (Illes Balears)

OBJETIVOS

La mayoría de los pacientes con fractura de cadera suelen ser de edad avanzada y con comorbilidad asociada. Muchas veces la cirugía se demora, ya sea por problemas organizativos, complicaciones médicas o tratamiento antiagregante vs anticoagulante que aporta el paciente.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisamos las fracturas de cadera ingresadas en un Hospital de tercer nivel entre el 1 de enero al 31 julio del 2011. Los datos se obtuvieron del servicio de codificación (código 820.0).

De todas las fracturas de cadera se analizó: edad media, pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales (ACO), aquellos que estaban en tratamiento antiagregante, estancia media preoperatoria (E. preoperatoria), estancia media hospitalaria (E. media) y número de fallecidos durante el ingreso.

RESULTADOS

Se ingresaron un total de 150 fracturas de cadera. La edad media de los pacientes fue de 78.4 años. De todos los pacientes 53 (35.3%) llevaban tratamiento anticoagulante y/o antiagregante. No hubo diferencias significativas en cuanto a la E. preoperatoria y E. media en el total de fracturas de cadera frente a las fracturas que estaban en tratamiento con ACO vs antiagregantes. Sin embargo el número de fallecidos fue de 9 pacientes del total de fracturas de caderas (150) frente a 4 fallecidos de los que tomaban ACO vs antiagregación (53).

DISCUSIÓN

Probablemente en nuestro hospital la ACO y/o antiagregación no sea un motivo de demora de la intervención quirúrgica. Los pacientes con ACO vs antiagregación tienen una mayor comorbilidad asociada y esto hace que la posibilidad de sufrir complicaciones sea mayor. En algunos estudios se recomienda una cirugía precoz (en las primeras 24 horas del ingreso) ya que se relaciona con un menor número de complicaciones médicas y mortalidad intrahospitalaria.

CONCLUSIONES

Sería necesario revisar las causas de demora en la estancia prequirúrgica y la estancia media en un mayor número de pacientes. Entre ellas probablemente están las organizativas (falta de quirófanos, personal escaso,...) y complicaciones médicas (descompensación de patología de base, infecciones,...). Según las últimas guías no se recomienda una demora prequirúrgica de más de 72h del ingreso y a ser posible realizarse en las primeras 24 horas.

Tabla (E-22)

	E. preoperatoria	E. Media	Éxitus
Total caderas	6.6	15.7	9 (6%)
ACO/ Antiagregación	6.7	16.1	4 (7.5%)

E-23 EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DE ALUMNOS EN UNA ACCIÓN FORMATIVA ESPECÍFICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS COMPLEJAS A TRAVÉS DE UN ENTORNO VIRTUAL DE APRENDIZAJE

A. Vergara Díaz[1], M. Gómez Hernández[1], R. De La Rosa Morales[1], R. Fernández Ojeda[1], R. Espinosa Calleja[1], A. Fernández Moyano[1], M. Blanco Torró[2], P. Gómez Rodríguez[2]

[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

OBJETIVOS

El programa COMPARTE, desarrollado en el área sanitaria del Aljarafe (Sevilla) es un modelo de coordinación asistencial interniveles (Atención Primaria y Especializada) cuyo objetivo es mejorar la atención de pacientes con enfermedades crónicas complejas. Para su difusión entre los profesionales implicados (personal médico y de enfermería en ámbito hospitalario y de atención primaria), se realizó un programa formativo mediante una plataforma virtual de aprendizaje, que favoreciera la accesibilidad a los contenidos. El objetivo de este estudio fue evaluar el grado de satisfacción y el impacto obtenido en los participantes tras la realización de esta acción formativa.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un análisis de la satisfacción entre los alumnos inscritos en el curso (personal médico y de enfermería), mediante cuestionarios voluntarios y anónimos. Las variables analizadas fueron expectativas previas del alumno, coherencia de objetivos con contenidos, organización y coordinación, nivel de aprendizaje adquirido, utilidad práctica, respuesta de satisfacción global.

RESULTADOS

De los 279 alumnos inscritos, 22 (7,8 %) no accedieron al curso, siendo finalmente 257 alumnos activos. De estos, los 116 participantes que realizaron el cuestionario de satisfacción propuesto forman la población de nuestro estudio. El 77% tenían una alta o muy alta satisfacción con el curso, y el mismo porcentaje considera que el aprendizaje adquirido ha sido alto o muy alto. El 85% puntúa la plataforma como una herramienta buena o muy buena, permitiendo su utilización en similar porcentaje, tanto desde el centro de trabajo como en su domicilio. La mayoría (80%) consideró que el tiempo asignado a los temas fue adecuado, con una alta valoración de la actividad de los tutores. Un 68% consideró un grado de aprendizaje alto o muy alto tras la realización del curso. Como aspectos a mejorar, la participación en el foro docente creado para la resolución de dudas fue empleado por el 60% de los alumnos analizados. El 8% de ellos consideró que no había recibido una respuesta rápida (<48 horas) a través de dicho foro.

CONCLUSIONES

El grado de satisfacción de los participantes en la acción formativa fue alto, destacando el grado de aprendizaje adquirido y la utilidad práctica del mismo. Sin duda, las acciones formativas dirigidas a los profesionales implicados en la atención a pacientes crónicos, permitirán mejorar la atención y calidad de vida del paciente con enfermedades crónicas.

E-24 PRINCIPALES CONSIDERACIONES ANTE EL PACIENTE EN PREVENCIÓN SECUNDARIA DE ICTUS QUE REQUIERE EXODONCIAS

E. Rodríguez Priego[1], J. Pascual Codeso[2], D. Pérez Ortiz[3]

[1]Servicio Andaluz de Salud. Centro de Salud de Poniente. La Línea de la Concepción (Cádiz)

[2]Servicio Andaluz de Salud. UGC Salud Bucodental Jerez Costa Noroeste. Jerez de la Frontera (Cádiz)

[3]Servicio Andaluz de Salud. Hospital Alto Guadalquivir. Andújar (Jaén)

OBJETIVOS

Analizar las principales precauciones, pruebas complementarias y pautas de tratamiento en paciente en prevención secundaria de ictus que acude a la consulta de Salud Bucodental de Atención Primaria solicitando extracciones dentarias; así como las vías de comunicación entre el Dentista y el Médico de Familia.

MATERIAL Y MÉTODO

Se han consultado las principales GPC publicadas al respecto, así como las vías de comunicación existentes en el Servicio Andaluz de Salud entre Dentista y Médico de Familia. Se ha clasificado la prevención secundaria de ictus en estos pacientes siguiendo los criterios de la Sociedad Española de Neurología, en función de la causa del mismo, según se trate de prevención secundaria en ictus de origen aterotrombótico, con o sin estenosis; cardioembólico; o bien de causa desconocida. Se ha analizado tratamiento farmacológico según edad y patología; seleccionando los de mayor grado de evidencia. Asimismo, se ha estudiado la influencia del control de la HTA, hipercolesterolemia y glucemia y la importancia del abandono del hábito tabáquico en el pronóstico de estos pacientes.

RESULTADOS

1. Se debe realizar una toma de TA y glucemia basal antes de la extracción. 2. En pacientes en tratamiento conacenocumarol, ante INR 2-4 pueden realizarse exodoncias simples y se pautarán enjuagues de ácido tranhexámico 2 minutos cada 6 horas 2 días después. 3. Incluso en caso de doble antiagregación no debe suspenderse, puede indicarse la toma de 2 ampollas de ácido tranhexámicos la víspera y continuar con enjuagues 2 minutos cada 6 horas 2 días después. 4. Los dentistas deben animar al abandono del tabaco. 5. Se hará profilaxis de EB siguiendo criterios de la Sociedad Española de Cardiología. 6. El registro del tipo de ictus, evaluación de secuelas en deterioro y discapacidad y medicación en la historia de salud digital facilita una fluida comunicación entre profesionales para una mejor atención.

DISCUSIÓN

No se han tenido en cuenta otros factores de riesgo distintos de los señalados, ni condiciones tales como embarazo, ni otras patologías como insuficiencia renal o hepática. Serán objeto

de estudio posterior. No obstante, sí hay que tener en cuenta la evaluación del deterioro y discapacidad. Es importante que se registre tipo de ictus, consecuencias, tratamiento y si se han realizado modificaciones en el mismo. El Dentista debe igualmente realizar un registro completo de su intervención, medidas preventivas o tratamiento farmacológico prescrito. El registro completo en la historia de salud digital la convierte en una herramienta que nos facilitará el trabajo, sin dejar de lado la importancia de la entrevista clínica.

CONCLUSIONES

El paciente debe ser entendido por parte de los profesionales sanitarios como el protagonista de la atención, es nuestra responsabilidad involucrarlo en la misma, explicándole de forma clara y sencilla su patología, la importancia del tratamiento y control de factores de riesgo en la prevención secundaria de ictus, por qué y para qué se toman medidas preventivas ante una extracción dentaria, no sólo para que se sienta “en buenas manos”, sino también para hacerle partícipe de su atención; evitando automedicación o abandono de la misma sin indicación facultativa. Establecer protocolos y una buena comunicación entre profesionales es primordial. Es conveniente, además, facilitar al paciente instrucciones escritas sobre medidas preventivas antes y después de la extracción dentaria.

E-25 PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS ATENDIDOS EN DIFERENTES TIPO DE HOSPITAL ¿SON DIFERENTES?

M. Clerencia Sierra[1], E. Ubis Díez[2], P. Navarro García[1], C. Gavara Gimeno[1], E. Hernández Sánchez[1]

[1]UVSS. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

[2]Servicio de Geriatría. Hospital Sagrado Corazón de Jesús. Huesca

OBJETIVOS

Conocer las características de los pacientes pluripatológicos valorados por un médico Geriatra en un Hospital General y en un Hospital Monográfico de Geriatría y valorar si existen diferencias por estar ingresados en diferente tipo de hospital.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal de 50 pacientes valorados durante su ingreso en un Hospital General y en un Hospital Monográfico de Geriatría, durante los meses de abril a junio 2011.Se recogen variables: sociodemográficas (sexo, edad, domicilio, convivencia y cuidador), situación funcional, cognoscitiva y social. Comorbilidad, polimedicación, número de ingresos en el último año y se realiza el Índice PROFUND. Análisis estadístico con programa SPSS19.0.

RESULTADOS

Incidencia HUMS 29% y en HSCJ 60,5 %.La edad media de la muestra estudiada es 82,10 años y el 60% son mujeres. La media de patologías coexistentes es de 2,8. El 86% polimedicados, el consumo medio 7,52. Ingresan el 46%? 2 veces en el último año, siendo la media de ingresos de 1,5. Cuando disgregamos la muestra en función del hospital de ingreso y comparamos las variables se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($p<0,05$): HSCJ existe mayor porcentaje de mujeres 77% vs 41,7%, con mayor edad 86,36 vs 77,46 años, mayor patología osteoarticular 50% vs 12,5%, deterioro cognitivo 50% vs 20% y antecedente de delirium 42,3% vs 16%. Al alta hospitalaria T. Pfeiffer >3 un 88,4% vs 63,15%. El 96% polimedicación vs 75%. Un Índice PROFUND >11 puntos en 65,38% vs 30,4%. Sin embargo se evidencia que en el HUMS el 100% viven en domicilio frente al 57,7%, en el 64% el cuidador es el cónyuge vs 3,8%. La media de ingresos en el último año es 0,72 veces mayor con IC 0,08-1,35 y mayor dependencia funcional al alta con I. Barthel <20: 91,7% frente al 34,6%.

DISCUSIÓN

La incidencia en Hospital monográfico es mayor, debido a que los pacientes geriátricos son pluripatológicos por definición. A pesar de una media baja de patologías coexistentes (2,80), presentan una gran carga de enfermedad (ICharlson medio 4,4). Las enfermedades incluidas en los criterios de paciente Pluripatológico son enfermedades crónicas discapacitantes. Los dos subgrupos presentan un perfil sociodemográfico diferente. En Hospital General son hombres, más jóvenes, residen habitualmente en domicilio y el cuidador principal es el cónyuge. Los pacientes que ingresan en el Hospital de Geriatría son mujeres de más edad y viven en residencia. En ellos mayor prevalencia de deterioro cognoscitivo y antecedente de delirium en ingresos previos, y mayor prevalencia de polimedicación. Los resultados del Hospital monográfico son concordantes con las características de paciente geriátrico. Previo al ingreso ambos presentan una dependencia funcional leve; al alta hospitalaria deterioro funcional, siendo esta mayor en el Hospital General. Este hecho puede deberse a que el Geriatría que valora a estos pacientes elabora un plan de actuación con recomendaciones, pero no puede interferir activamente en el cuidado.

CONCLUSIONES

1. Los pacientes pluripatológicos ingresados en el Hospital de Agudos son pacientes crónicos no siempre geriátricos. 2. Existe adecuación en el tipo de hospital en el que ingresa el paciente pluripatológico geriátrico. 3. El paciente geriátrico es un paciente pluripatológico con una serie de características que le hacen paciente crónico con complejidad, como son el posible deterioro cognoscitivo y/o funcional, la polimedicación y su situación social. 4. La VGI con un plan de actuación y su desarrollo, confiere mayor calidad de vida al paciente pluripatológico.

E-26 CAPTACIÓN DE PACIENTES DOMICILIARIOS DESDE LA IMPLANTACIÓN DE LOS NUEVOS PERFILES DE ENFERMERÍA: ENFERMERA DE ENLACE HOSPITALARIO Y ENFERMERA DE GESTIÓN COMUNITARIA EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD ELCHE-HOSPITAL GENERAL

C. Romero Vilaplana[1], A. Cabanillas Martínez[2], R. Sala Albero[2]
[1]EGC. Centro de Salud San Fermín. Elche (Alicante)
[2]EEH. Hospital General Universitario de Elche. Elche/Elx (Alicante)

OBJETIVOS

Valorar la evolución de la prevalencia de pacientes domiciliarios incluidos en Programa de Atención Domiciliaria desde la implantación de los nuevos perfiles de enfermería en el Departamento de salud Elche-Hospital General.

MATERIAL Y MÉTODO

En el Departamento de Salud Elche-Hospital General se comenzó a trabajar con los nuevos perfiles de enfermería en diciembre de 2010. Hay dos enfermeras de enlace hospitalario (EEH) ubicadas en la Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD) y cuatro enfermeras de gestión comunitaria (EGC) en los centros de salud de Altabix, Raval, San Fermín y desde abril de 2011 en el centro de salud Pla. Se trata de un estudio descriptivo transversal que determina la prevalencia de pacientes incluidos en el Programa de Atención Domiciliaria (PAD) a fecha de 31 de diciembre de 2010, justo antes la implantación de los nuevos perfiles de enfermería, y la de un año después, el 31 de diciembre de 2011. Además, se desglosa el número de pacientes domiciliarios complejos (presentan complejidad tanto a nivel clínico como de manejo comunitario), ya que requieren más seguimiento e interrelación entre los diferentes profesionales, tanto de atención primaria como especializada. Se estima que el 15% de los pacientes domiciliarios son complejos. La captación de los pacientes se ha realizado mediante búsqueda activa y por derivación de otros profesionales. Uno de los principales instrumentos de derivación es el INFORME DE ALTA HOSPITALARIA DE ENFERMERÍA en el programa informático Abucasis.

RESULTADOS

El número de pacientes domiciliarios estimados entre los cuatro centros de salud implicados en el estudio es de 1616 pacientes. En diciembre de 2010 había 354 pacientes incluidos en PAD. Con los datos del Centro de Salud Pla recogidos en Abril de 2011, se alcanza un total de 397 pacientes, equivalente a un 24% de los estimados. En diciembre de 2011 el total de pacientes incluidos en PAD es de 905 pacientes, equivalente a un 56% de los estimados. Por lo tanto, la cobertura se ha incrementado en un 32%. De los pacientes incluidos en PAD, 201 son complejos. Se estima que entre los cuatro centros de salud hay unos 250 pacientes complejos, por lo que un 80% del total están bajo control de las EGC y EEH. Durante el año de trabajo se han captado un total de 1132 pacientes domiciliarios (incluidos éxitus, ingresos en residencias asistidas, altas, etc.).

CONCLUSIONES

-El trabajo de las EEH y las EGC ha aumentado la captación de casos, disminuyendo el número de pacientes domiciliarios ocultos.-Se ha aumentado el número de pacientes domiciliarios incluidos en el programa de atención domiciliaria, dinamizando la atención primaria. -Además, los casos más complejos están bajo control de las EEH y EGC, se puede decir que ya no salen del “radar”. -Se ha producido un aumento de la integración asistencial centrada en los casos complejos fomentando más interacciones entre los Equipos de Atención Primaria, UHD y Hospital enlazadas por las EEH-ECG. -El informe de alta hospitalaria de enfermería en Abucasis ha sido un punto clave, ya que además de fomentar la captación de pacientes domiciliarios garantiza la continuidad asistencial de los mismos.

E-27 SATISFACCIÓN LABORAL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE TRABAJAN CON PACIENTES CRÓNICOS VS EN OTROS SERVICIOS.

M. Díaz Benavente, T. Cano Rodríguez, M. Falcón Ortega, A. Pérez Mairen
UCAMI. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

1. Conocer características sociodemográficas/laborales y nivel de satisfacción profesional del personal de enfermería que trabaja en las Unidades de P. Crónicos e identificar las dimensiones de la insatisfacción y conflictivos, con la intención de planificar e implementar mejoras en la Unidad de Gestión de Medicina Interna. 2. Conocer las diferencias en los niveles de satisfacción laboral existentes entre las diferentes unidades de hospitalización

MATERIAL Y MÉTODO

Métodos: Estudio transversal analítico. Para la recogida se datos se utilizo 1 cuestionarios con 77 ítems con 9 dimensiones: datos sociodemográficos, datos laborales, satisfacción profesional relacionada con: Promoción Profesional, Relación Interpersonal con jefes/as, Relación Interpersonal con compañeros,..) Población: todos los enfermeros/as del Hospital General del H. U. Virgen del Roció de Sevilla. Se fijó un nivel de confianza del 95 % y un margen de error de ± 5. La muestra la componen 222 sujetos repartidas en 3 estratos: Medicina Interna 76 sujetos, Cirugía 49, Servicios Especiales (UCI y Urgencias) 97

RESULTADOS

Características sociodemográficas: 64 % son mujeres y 30,2 % hombres, con edades comprendidas entre 21 y >de 50 años. Situación Laboral: interinos 18 %, eventuales un 23, % y 59% fijo; turno rotatorio 60%. Satisfechos con el turno el 38%. Permanencia en el servicio menor de 5 años el 60,4 %; Desean cambiar de servicio: 9% cirugía, 16% servicios

especiales y 22% en Medicina Interna. 48% no desean cambiar. Situación Profesional: acuden a las reuniones periódicas convocadas el 24 %en Cirugía, 40% en M. I y 35% en Servicios Especiales. El 84, % de la muestra colabora en la consecución de objetivos. El 37,6 % evidencia la ausencia de consideración o recompensa por el desempeño de su labor profesional y al 22,4 % no le consta que exista recompensa. Destaca Cirugía que siente valorado su quehacer por los usuarios. Han asistido a un curso al menos en los 3 últimos años el 73,7 %. Las principales causas que dificultan esta asistencia son las cargas familiares (22 %), escasez de recursos (21,5 %) y otras no especificadas (20 %). Sobre cuál sería el puesto de trabajo de su elección que los centros de salud (42,4 %), tanto globalmente como por estratos. El sistema de retribuciones de la productividad y de complementos por domingos, festivos y nocturnidad fue calificada de mal repartida: (89%. (Servicios Especiales) (24 % Medicina Interna) (22,5 % Cirugía 39%). Solo el 11% entre todos los estratos opinan que está bien repartida. Cabe destacar que el 16,6% opinaban en no pagar productividad (16,6 %)

DISCUSIÓN

Hay un alto porcentaje de enfermeras/os en todos los estratos con intención cambiar de servicio. Los resultados muestran que están más satisfechos en aquellas dimensiones que se refieren a las relaciones interpersonales con compañeros y superiores y con el trato con el paciente. La insatisfacción está relacionada con falta de promoción y realización profesional, el carácter rutinario de su trabajo y con la divergencia entre la demanda de trabajo y la competencia profesional de las enfermeras/os. También se comprueba que el nivel de satisfacción en estas dimensiones está asociado de forma positiva con el nivel profesional superior y con aquellos profesionales que llevan más de un año trabajando. Por otra parte, los resultados sugieren que los niveles bajos de satisfacción en aspectos como incentivación y promoción, realización profesional, relaciones interpersonales con los compañeros/jefes, planificación y gestión así como bajos niveles en la calidad de vida laboral están relacionados con la inestabilidad laboral.

CONCLUSIONES

Desde UCAMI con la finalidad de aumentar la satisfacción y calidad de vida laboral, se debe incidir en aspectos como incentivar la promoción y realización profesional y disponer medidas que fortalezcan aún más las relaciones interpersonales en el trabajo

E-28 LA RED DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS CARDIOVASCULARES DE ATENCIÓN PRIMARIA (RECCAP). FOMENTADORA DE CUIDADOS CARDIOVASCULARES INTEGRALES

Á. Lizcano Álvarez[1], R. García Hernández[2], L. Pérez González[3], L. Muñoz García[1], J. Gómez Puente[4], J. Rodríguez Manteca[5]

[1]REccAP. Sociedad Enfermería Madrileña de Atención Primaria (SEMAP). Madrid
[2]Centro Salud Calesas, [3]Centro Salud Las Rozas, [4]Centro Salud Valle Oliva,
[5]Centro Salud Los Castillos. Atención Primaria. SERMAS. Madrid

OBJETIVOS

El rol del profesional de enfermería en la AP, debería ser uno de los principales referentes para la población en el control y prevención de las enfermedades cardiovasculares. El abordaje habitual, se centra en la perspectiva individual del paciente con respecto a sus FRCV sin tener en cuenta la visión global y holística del individuo. Por ello, el cuidado enfermero cardiosaludable debe centrarse en las personas con incapacidad para ejercer el autocuidado. La familia ha de tener un protagonismo en estos cuidados. Esto justifica la creación de la Red de Enfermería en Cuidados Cardiovasculares en Atención Primaria (ReccAP) dentro del marco de una sociedad científica como la SEMAP. Los objetivos principales de la REccAP son: 1) Conferir a las enfermeras de AP, de competencias para fomentar los cuidados y autocuidados cardiosaludables. 2) Favorecer el bienestar de los individuos mediante la capacitación en autocuidados y de un afrontamiento eficaz.

MATERIAL Y MÉTODO

La REccAP se presentó en Enero-2008. Formada por un coordinador y un grupo impulsor de 25 enfermeras del SERMAS. Se han desarrollado áreas estratégicas: clínico-asistencia, formación, investigación y relaciones comunitarias. El periodo del proyecto son cinco años, con sesiones de trabajo autoformativos cada dos meses por parte del grupo impulsor. En una segunda fase se ha confeccionado una red de referentes en Cuidados Cardiovasculares Integrales (Ccvl), en cada Centro de Salud. Estos serían los promotores y formadores del cambio de modelo de atención enfermera respecto a los CCvl.

RESULTADOS

Durante los cuatro años de desarrollo del proyecto se han desarrollado 20 jornadas de trabajo del Grupo Impulsor con una media de asistencia del 76,4 (+-14,2). Durante la primera fases se realizaron diferentes presentaciones de la REccAP en centros de salud y gerencias de Atención Primaria. Actualmente hay 195 centros con referente enfermero de CCvl. En la FORMACIÓN se han impartido 10 cursos de formación de formadores de los CCvl con una media de asistencia de 21,8 enfermeros. En el área CLINICO-ASISTENCIAL, se ha publicado la Guía de abordaje enfermero en los Cuidados Cardiovasculares Integrales, con el fin de haya una base común de protocolo en la atención enfermera en los CCvl. Otro aspecto es la elaboración del Cuaderno del Paciente en Autocuidados Cardiovasculares, elabora por el GSECCI (Grupo de trabajo de Sociedades de Enfermería en Cuidados Cardiovasculares) formado por siete sociedades científicas de enfermería relacionadas con los cuidados cardiovasculares. Durante los dos últimos años ha organizado la actividad comunitaria del Día Europeo de la Prevención Cardiovascular el 14 de Marzo. En ellas han participado entre 1200-1450 profesionales de entre 140-165 centros de salud de la Comunidad de Madrid.

DISCUSIÓN

Al ser una comunicación que desarrolla la experiencia de una estrategia de acción y no un estudio de investigación, se elabora directamente las conclusiones.

CONCLUSIONES

REccAP nació con la ilusión y el entusiasmo de cambiar y mejorar el abordaje global de las personas con necesidades cardiovasculares y modificar el modelo de actuación en las consultas de enfermería. La implicación del Grupo Impulsor y las actuaciones realizadas por todos los referentes enfermeros de los centros de salud, han hecho posible este proyecto.

E-30 EXPERIENCIA DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE EMBARAZO Y ENFERMEDAD AUTOINMUNE SISTÉMICA EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

P. Vela[1], S. Almenara[2], M. Andrés[1], C. Romera[1], R. Barrios[3], P. Marco[4], M. Perdiguero[5], R. García[6]

[1]Servicio de Reumatología, [3]Servicio de Ginecología y Obstetricia, [4]Servicio de Hematología, [5]Servicio de Nefrología, [6]Servicio de Neonatología. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante

[2]Facultad Medicina. Universidad Miguel Hernández. Elche (Alicante)

OBJETIVOS

El curso del embarazo en las pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) puede complicarse, con consecuencias graves tanto para la madre como para el feto o el recién nacido. El objetivo del trabajo es la descripción de la experiencia de una consulta de embarazo y EAS, que coordina la actividad de un equipo multidisciplinar (Reumatología, Obstetricia-Ginecología, Nefrología, Hematología-Coagulación y Neonatología).

MATERIAL Y MÉTODO

Desde abril de 2008 se ha realizado una recogida prospectiva de datos de todas las pacientes remitidas a la consulta de embarazo y EAS en el Hospital General Universitario de Alicante. Los datos recogidos incluyen: datos demográficos, enfermedad de base, patología trombótica u obstétrica previa, número de gestaciones, abortos e hijos vivos previos a la primera consulta, presencia de Acs. antifosfolípido o anticoagulante lúpico, Acs anti-Ro, anti-La y anti-U1-RNP, tratamientos de fertilidad, situación gestacional en la primera consulta (deseo gestacional o embarazo en curso), incidencias durante el embarazo y parto y desenlace del embarazo (recién nacido vivo, PEG o aborto).

RESULTADOS

Durante el periodo abril-2008 a diciembre 2011, 55 pacientes fueron valoradas e la unidad. La enfermedad de base fue: lupus 23 (41.8%), 13 asocian AAF; Sme. Sjögren primario 6 (10.9%), 3 asocian AAF; AAF aislados 8 (14,54%) y otras EAS 18 (32.72%). Antes de acudir a la consulta las pacientes habían tenido 42 embarazos (desenlace: 22 abortos espontáneos, 20 RN vivos; complicaciones: 1 Sme. HELLP, un BCCF y un LN). 23 pacientes acuden por vez primera a la unidad embarazadas, dos gemelares (desenlace: 1 embarazo en curso, 4 abortos, 1 muerte fetal intraútero (gemelar), 19 recién nacidos vivos). Se registraron una o varias complicaciones en 6 casos (lupus neonatal, recién nacidos pretérmino, CIR y retraso psicomotor). Se producen 23 nuevos embarazos supervisados (desenlace: 3 abortos espontáneos, 1 aborto electivo, 1 embarazo extrauterino, 19 recién nacidos vivos). En 4 casos se registraron una o varias de las siguientes complicaciones: lupus neonatal, cesárea urgente por CIR, RN PEG. Se contraindica el embarazo en 2 pacientes. En resumen: el nº de RN vivos se duplica cuando los embarazos son supervisados (previo a unidad, 47.6% de embarazos llegan a término; seguimiento en unidad, 82.6% de embarazos llegan a término)

CONCLUSIONES

Las consultas de embarazo y enfermedad autoinmune sistémica permiten un mejor seguimiento del embarazo disminuyendo con ello el número de abortos espontáneos y de complicaciones, permitiendo garantizar el éxito en un mayor número de casos. El mayor beneficio se obtiene cuando el embarazo es planificado. AAF: anticuerpos antifosfolípido LN: lupus neonatal. BCCF: bloqueo cardíaco congénito fetal. RN: recién nacido.

E-33 LOS RETOS DE UN EQUIPO DE SOPORTE EXTERNO PARA EL ABORDAJE DEL PACIENTE CRÓNICO EN LAS RESIDENCIAS GERIÁTRICAS DE BARCELONA

A. Torner, E. Hernández, G. Pérez, L. Martínez, S. Avilés, C. Minguell

Servicio de Geriatría. EAR, Mutuam M.P.S. Barcelona

OBJETIVOS

Detectar las necesidades profesionales y las habilidades de los miembros de un equipo de soporte externo (Equipos de Atención a Residencias, EAR de Mutuam) para el abordaje multidisciplinar del paciente geriátrico crónico en el entorno residencial.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: Análisis descriptivo realizado a través de una encuesta autocumplimentada por todos los profesionales de los Equipos de Atención a Residencias (EAR) sobre la percepción de sus necesidades, a nivel asistencial (básica y especializada), de habilidades sociales, de comunicación, gestión y herramientas informáticas, para proporcionar un adecuado abordaje del paciente geriátrico crónico ingresado en las residencias geriátricas de Barcelona. Muestra: Los 40 profesionales que componen los EAR: médicos, enfermeras, farmacéuticas, administrativas, auxiliares de enfermería, auxiliares administrativas, neuropsicóloga,

trabajadora social, auxiliar de farmacia. Análisis de datos: Descripción de las variables a estudio, en cuanto a: •Habilidades personales (Aptitudes): Comunicación, trabajo en equipo, gestión de casos, asertividad, liderazgo•Habilidades asistenciales: Identificación y abordaje de casos, técnicas asistenciales básicas y especializadas•Conocimientos de recursos: sociales, sanitarios del sistema de salud de Barcelona•Nuevas tecnologías

RESULTADOS

Pendiente de análisis

DISCUSIÓN

El envejecimiento de la población y, consecuentemente, el incremento de la co-morbilidad, patologías crónicas y la dependencia física y/o psíquica del anciano, plantea nuevos retos para garantizar la atención a una población muy frágil y que consume la mayor parte de los recursos sanitarios. Este hecho es especialmente evidente en la población institucionalizada. En este marco de trabajo, se implantaron en el 2009, en Barcelona, unos Equipos de Atención a Residencias (EAR de Mutuam), integrados con los equipos de Atención Primaria y los equipos de las residencias, para mejorar la atención al paciente geriátrico crónico y garantizar la continuidad asistencial y la calidad de la prestación, reorientando de forma apropiada la utilización de los servicios especializados. Los EAR, actualmente, desarrollan las siguientes actividades: •Valoración geriátrica integral y detección del paciente crónico frágil •Plan de atención individualizado •Prevención y seguimiento del paciente geriátrico complejo y sus posibles desestabilizaciones •Gestión de casos •Soporte asistencial básico y especializado a las residencias (consultoría y formación) •Prescripción crónica y aguda. Tras tres años de experiencia de los equipos EAR y para continuar en la línea de mejora de la atención al paciente geriátrico crónico en el ámbito residencial, nos planteamos nuevos retos. En este trabajo se pretende reflexionar sobre las necesidades profesionales y las habilidades de los miembros del equipo para el abordaje multidisciplinar del paciente geriátrico crónico en el entorno residencial.

CONCLUSIONES

Pendiente de análisis.

E-36 INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON PACIENTES INFARTADOS. COMO PREVENIR FUTUROS INFARTOS

A. Fuertes Fortea[1], M. Portillo Santamaría[2], I. Blasco Claros[2], M. Simó Guerrero[2], M. Vidal Sánchez[2], P. Pérez García[2], C. Dolz Martín[2], M. Segrera Rovira[3]

[1]Médico de Atención Primaria. Subdirector asistencial., [2]Psicólogas Clínicas. Servicio de Salud Mental, [3]Fisioterapeuta. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de la Ribera. Valencia

OBJETIVOS

-Disminuir factores de riesgo conductuales y emocionales relacionados con la enfermedad coronaria. -Ampliar la intervención con el paciente en riesgo cardiovascular, más allá de la intervención médica (biológica) y el consejo. -Dotar de herramientas psicológicas concretas al paciente para disminuir riesgos y prevenir futuros infartos o complicaciones relacionadas. -Aumentar la conciencia y responsabilidad en el paciente infartado sobre su estado físico y emocional.

MATERIAL Y MÉTODO

La colaboración del equipo de psicología clínica en el Programa de rehabilitación cardiaca (RHC) consiste en una sesión psicoeducativa de 2 horas, de periodicidad trimestral dirigida a pacientes infartados. En el contenido de la misma, se abordan los factores de riesgo psicológico que acompañan al paciente coronario y las estrategias de afrontamiento adaptativas tras el infarto, realizando un entrenamiento en relajación al final de cada sesión. Son sesiones dirigidas tanto al paciente como a los familiares con el objetivo de implicarlos en colaborar en el autocuidado y responsabilidad del paciente como figuras de apoyo evitando conductas sobreprotectoras. Realizamos asesoramiento en los tests psicométricas recomendables en una evaluación pre-post, para valorar el grado de, Ansiedad (STAI-E/R), Depresión (BDI), Expresión de ira (STAXI 2-E/R) y el Estilo de afrontamiento (COPE).

RESULTADOS

Los pacientes refieren tener mayor conocimiento sobre los factores emocionales que han podido influir en su situación actual, así como ciertas estrategias prácticas que consideran útiles para poder disminuir estados extremos y prevenir futuras alteraciones cardiacas. Se observa una disminución a nivel de ansiedad y mejoría a nivel de estado de ánimo en general.

DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta que en la enfermedad cardiovascular, son diferentes los factores que influyen en su mejoría
o empeoramiento, tanto físicos como psicológicos, es necesario intervenir a ambos niveles. El paciente infartado debe conocer los factores de riesgo psicológicos y conductuales que pueden empeorar, y mejorar, su estado y calidad de vida. Así, trabajar con ellos temas como ansiedad, depresión, consumo de tóxicos, estrés,…….entre otros temas, les ayuda a tener más conciencia de su funcionamiento, a la vez que aumenta la motivación al cambio en este sentido. Para muchos de los pacientes con enfermedad coronaria, la prevención y el cambio saludable en diferentes aspectos emocionales podría reducir considerablemente el riesgo de complicaciones futuras.

CONCLUSIONES

Consideramos muy útil intervenir a nivel multidisciplinar sobre el afrontamiento por parte de los pacientes a la enfermedad coronaria, una vez vivido un episodio de infarto, entendiendo

éste como un proceso de elaboración sobre lo ocurrido y de asimilación de la nueva situación. Se pretende potenciar la capacidad de adaptación y de disminución de los factores de riesgo en el presente inmediato y futuro así como el aumento en la sensación de autoeficacia para mejorar en este proceso.

E-37 COLABORACIÓN SOCIOSANITARIA EN EL PACIENTE CRÓNICO: SI QUIERES LLEGAR RÁPIDO CAMINO SOLO, PERO SI QUIERES LLEGAR LEJOS CAMINA ACOMPAÑADO

T. Garmendia Tolosa[1], R. Roca Castro[2], P. Vázquez Naveira[2], I. Medina Sánchez[2], A. Calvo[3], R. Sánchez Bernal[4], M. Gonzalez[5]

[1]Emergencias, [2]Emergencias Consejo Sanitario. Emergencias - Osarean. Bilbao (Vizcaya)

[3]Emergencias Consejo Sanitario. Emergencias - Osarean. (Vizcaya)

[4]Osarean: Osakidetza no Presencial. Dirección de Osakidetza. Vitoria (Álava)

[5]Emergencias Consejo Álava. Emergencias Osarean. Vitoria (Álava)

OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN: La estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en el País Vasco (2. 2.183.615 habitantes) se basa en 14 Proyectos, dos de los cuales son el nº 9 que se llama Colaboración Sociosanitaria, y el nº 11 que se llama Osarean: Osakidetza no Presencial, que pretende facilitar a quien lo desee, pacientes, familiares y profesionales, poder relacionarse con Osakidetza de forma no presencial, a través de varios canales entre los cuales está el teléfono fijo o móvil, el ordenador y la televisión. OBJETIVOS: 1. Dar respuesta a las necesidades sanitarias de forma no presencial a 23.000 pacientes monitorizados desde el ámbito de asuntos sociales (representan el 100% de la población diana del País Vasco) 2. Solucionarle el problema en una sola llamada 3. Enviarle el recurso desde esa misma llamada a domicilio si lo necesita 4. Registrar la información en Osabide Global, que es la Historia Clínica Electrónica Única en el País Vasco.

MATERIAL Y MÉTODO

Población diana: 23.000 pacientes conectados a un sistema de teleasistencia y atendido 24 horas al día los 7 días de la semana por operadores telefónicos. El día 1 de diciembre de 2011 se puso en marcha la iniciativa, de forma que con solo pulsar el botón rojo del medallón que llevan los pacientes, un operador de Asuntos Sociales llama al paciente para conocer que desea. En caso de plantear una consulta sanitaria, se le pasa directamente con enfermeras de Osakidetza especialistas en atención telefónica, sin que el ciudadano tenga que volver a llamar al teléfono de Osakidetza.

RESULTADOS

El número de llamadas atendidas desde el 1 de diciembre del mes pasado y ayer día 30 de Enero de 2012 (en 1 mes y 30 días, ya que el plazo de envío de comunicaciones acaba hoy) ha sido de ha sido de 1.778, de las que han sido resueltas por enfermería de Osakidetza el 64 %, y el 36 % restante ha sido transferida directamente la llamada a Emergencias (antes eran transferidas el 100% de las 1.778). En el 33% de los casos no fue necesario enviar ningún recurso de soporte, y de los que necesitaron asistencia médica a domicilio, en el 61% de los casos no se precisó traslado. Las causas más frecuentes han sido por caídas, mareos, vértigos, fatiga, reacciones medicamentosas, nauseas, vómitos, sincope, sondas obstruidas, diarrea, hormigueos, disnea, fiebre, lumbalgias, malestar, dolores precordiales, flemas, sangrado, alteración y desorientación, agitación, tristeza, temblores, insomnio, etc.

DISCUSIÓN

Se han evitado desplazamiento de forma rutinaria, siendo de especial interés en pacientes con domicilio lejano al centro y/o consultorio, pacientes que viven solos, familiares con dificultad para el desplazamiento (silla de ruedas, andadores, muletas).

CONCLUSIONES

La utilización de consultas no presenciales, facilita la atención a los pacientes crónicos y asegura el registro de toda la información correspondiente al paciente, incrementa su satisfacción, se evitan los riesgos, incomodidades y costes correspondientes a los desplazamientos del paciente y acompañantes, y ayuda a la sostenibilidad del sistema. Es previsible que se realicen al año unas 12.000 llamadas, lo que valoramos de forma muy positiva, ya que prevemos solucionar miles de ellas, que antes entraban directamente en Emergencias, y así dejamos la emergencia para lo que tiene que ser. La cooperación en el espacio sociosanitario es la vía adecuada de atender de forma adecuada a los ciudadanos de ese ámbito, ya que la cooperación es compartir el mismo objetivo, pues como reza el título, en la vida si quieres llegar rápido, camina solo, pero si quieres ir lejos, camina acompañado.

E-38 PROYECTO IZARO: UNA HERRAMIENTA PARA LA ATENCION NO PRESENCIAL DEL PACIENTE CRÓNICO, A TRAVÉS DEL CONSEJO SANITARIO EN OSAKIDETZA

I. Nido Menchaca[1], M. Hidalgo Arias[2], N. Fernández Ruiz[3], L. Gancedo Méndez[4], V. Martín Ramos[5], R. Sánchez Bernal[2]

[1]Consejo Sanitario, [2]Osarean: Osakidetza no Presencial. Emergencias Osarean. Bilbao (Vizcaya)

OBJETIVOS

1. Mejorar la capacidad de resolución no presencial de los profesionales, fundamentalmente de enfermería. 2. Disminuir la necesidad de atención presencial en los casos clasificados como más leves/autolimitados. 3. Promocionar el autocuidado en el domicilio en los casos más leves/autolimitados 4. Orientar al paciente hacia el nivel asistencial adecuado para la resolución del problema de salud que presenta, evitando consultas y desplazamientos innecesarios. 5. Aumentar la cooperación y coordinación entre los profesionales de salud. 6. Facilitar el acceso a una consulta inmediata no presencial.

MATERIAL Y MÉTODO

Desarrollo de algoritmos de atención no presencial de síntomas que permiten estratificar el riesgo del paciente. Se ha tenido en cuenta la experiencia previa en Osakidetza, y en otros sistemas de salud, (Catalán y NHS Direct y NHS 24, y se ha realizado una revisión sistemática de la bibliografía. Se ha elaborado una Aplicación Informática que permite realizar secuencialmente las preguntas/respuestas. Después se han validado y consensuado los árboles de decisión por personal de Osakidetza en 3 niveles.

RESULTADOS

Izaro se utiliza desde Julio de 2010 y hasta Diciembre 2011, se han atendido unas 50.000 llamadas telefónicas, en horario de / 7 08:00 a 22:00 días de la semana. Todas las llamadas han sido atendidas por personal de enfermería, que ha dado respuesta al 92,27% de las mismas, y sólo el 7,73% han requerido participación médica para resolver la llamada. La intervención médica en el proceso de resolución de la llamada se ha debido a que el algoritmo así lo indicaba o a la ausencia de algoritmo específico para esa consulta. El principal síntoma por el que han llamado ha sido la fiebre (23,70%), seguido de vómitos (15,86%) y diarrea (11,45%). El 1,03% de las consultas por síntomas, lo han sido por motivos de riesgo vital, que han requerido la activación de la cadena asistencial de emergencia. De las personas reevaluadas a las 72 horas mediante llamada telefónica, el 95% ha seguido el consejo y las indicaciones ofrecidas por el personal de enfermería. No se ha detectado ningún caso en el que no se haya dado atención urgente en caso de necesitarla, y no se ha recibido ninguna queja ni reclamación a día de hoy.

DISCUSIÓN

Sirve para potenciar el autocuidado domiciliario y la atención continuada agilizando la consulta por síntomas sin acudir a la cita médica.

CONCLUSIONES

Izaro se ha confirmado como una herramienta eficaz para la atención no presencial. Permite que la enfermería esté en primera línea de atención y disponga de una herramienta segura y consensuada para estratificar el riesgo y actuar según el grado de prioridad establecido.

Autocuidado y responsabilización de los pacientes (F)

F-2 EDUCACIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

F. Pascual[2], R. Bosca[1], S. Fons[2], J. Soler[3], M. Vicente[2], D. Sanfelix[2], I. Fuertes[2], S. Peñaranda[2]

[2]Servicio de Urgencias. Fundación Instituto Valenciano de Oncología. Valencia

[1]Servicio de Urgencias. Hospital Francesc de Borja de Gandia. Valencia

[3]Servicios Centrales. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia

OBJETIVOS

La malnutrición contribuye a la muerte por cáncer y, casi un 20% de los enfermos, sucumbe ante el deterioro progresivo del estado nutricional antes que por la enfermedad maligna de base. Para mantener una suficiente calidad de vida, se precisa un estado nutricional adecuado, una composición corporal idónea y una buena capacidad defensiva mediante respuesta inmune. Conocer sus hábitos alimentarios y la necesidad de mejorarlos, permite dar un consejo dietético para que adopten hábitos saludables en función del tumor y adaptarlos a los diferentes tratamientos. Pretendíamos conocer los hábitos dietéticos de un grupo de PO. Recoger su opinión sobre alimentación en su domicilio y proponer medidas preventivas para mejorarla.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una encuesta dietética a 52 PO (71% varones) ingresados en el IVO para tratamiento activo con quimio/radioterapia, entre julio y diciembre del 2011. La encuesta recogía la frecuencia semanal de consumo de alimentos y su opinión sobre la importancia que daban a la dieta como factor determinante de su salud.

RESULTADOS

Se realizó una encuesta dietética a 52 PO (71% varones) ingresados en el IVO para tratamiento activo con quimio/radioterapia, entre julio y diciembre del 2011. La encuesta recogía la frecuencia semanal de consumo de alimentos y su opinión sobre la importancia que daban a la dieta como factor determinante de su salud.

CONCLUSIONES

1.- Desde el momento del diagnostico, dar consejo dietético individualizado sobre al dieta adecuada a la situación tumoral en cada momento. 2.- Comidas frecuentes, de pequeño volumen, con ingesta de líquidos tras comidas sólidas o semisólidas. Jugos de frutas para evitar el mal sabor de la cavidad oral y bebidas ligeramente enfriadas para eliminar la nausea; lácteos sin lactosa. 3.- Variedad de texturas y sabores con condimentos variados para estimular el sabor y el olor; evitar alimentos flatulentos o excesivamente ricos en fibra. 4.- Ingesta de líquidos de más de 2000ml/día, para una correcta hidratación.

F-3 COMUNICACIÓN EN PACIENTE JOVEN CRÓNICO

A. Pedro Pijoan, E. García Muñoz, L. Santiago Fernández, K. Ibrahim Abdullah, E. González Platas, S. Pérez Zamora
Atención Primaria. Consorci Sanitari Integral/ ABS Gaudí. Barcelona

OBJETIVOS

Buena comunicación con el paciente joven y familiares. Buena comprensión entre médico-paciente. Apoyo multidisciplinar y psicológico para el paciente y la familia.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente hombre actualmente de 17años, que realizó tardíamente el paso de pediatría a control de médico de familia por su enfermedad en estudio en un hospital de tercer nivel. Dos años antes, se objetivó en una analítica de control con alteración hepática así que se procedió a realización de múltiples pruebas complementarias, incluso llegar a una biopsia hepática, para confirmar una hepatitis aguda desencadenada por VHC. Tras objetivarse su enfermedad evolucionada se le recomendó, por su estadío, iniciar tratamiento con interferón. También presentó un cuadro de síndrome de fatiga crónica que le invalidó realizar sus actividades de la vida diaria, en las cuales imposibilidad de ir al colegio, y conjuntamente prescripción de varios tratamientos del dolor. Al inicio de la enfermedad aguda era de difícil control y evaluación del paciente ya que sólo acudía la madre, cuidadora, para solicitar medicación (más de 10 medicamentos) En leves episodios de mejoría, la madre lo traía al centro de primaria donde el médico de familia evaluaba el estado físico y psicológico del paciente. Y con pequeñas terapias psicológicas en las conversaciones trabajaba la madurez de entendimiento de la patología que presentada.

CONCLUSIONES

Es importante cuidar el vocabulario médico según el paciente y familiares estamos informando. Se debe empatizar con el paciente pero no llegar a la paternización. Lo delicado de este caso es que el paciente adolescente debe entender su patología de base que será crónica (VHC y Síndrome fatiga crónica) para no presentar recaídas, conjuntamente con sus familiares que por ser tan joven puede tener excesiva protección. Remarcar en Atención Primaria hay la posibilidad de seguimiento continuo y si el paciente es conciente y se autocontrola puede llegar a una estabilidad. Exponemos este caso por presentar patología crónica frecuentemente de adulto pero puede aparecer en edades adolescentes y sin embargo el trabajo del médico, a cualquier edad, es el bienestar del paciente pero empieza con el entendimiento de la misma y soporte psicológico.

F-5 ELABORACIÓN DE UN MANUAL PARA CUIDADORES DE ENFERMOS CON NECESIDADES PALIATIVAS

A. Sánchez Borrego, R. Fernández Ramos, M. Mínguez Covacho, E. Escobar Sánchez, M. Mena Crespo, A. Arroyo Crespo
ESAD-Legazpi. Hospital 12 de Octubre. Madrid

OBJETIVOS

Favorecer la coordinación, continuidad asistencial y homogeneizar los cuidados en pacientes atendidos de manera compartida por los Equipos de Atención Primaria y el Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (EAP-ESAD). Fomentar el autocuidado de paciente y cuidador mediante el diseño de un manual con consejos sobre cuidados de la piel en enfermos en fase avanzada.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica sobre alteraciones y cuidados específicos de la piel, fundamentalmente sobre úlceras tumorales. Dos sesiones de trabajo entre profesionales, acreditadas, en 2 turnos para favorecer accesibilidad. Se elaboró un manual para cuidadores de enfermos con necesidades paliativas, sobre cuidados de la piel. Los contenidos se eligieron de la evidencia científica disponible, en el diseño se cuidó la legibilidad. En la revisión externa se incluyó a cuidadores y participó también la Dirección General de Atención al Paciente.

RESULTADOS

El seguimiento conjunto (enfermera EAP-ESAD) de pacientes, se vio aumentado con aquellos profesionales que asistieron a las sesiones. El manual elaborado, en fase de distribución, está siendo muy bien aceptado por los cuidadores.

CONCLUSIONES

Las sesiones de trabajo son un buen instrumento de coordinación entre los profesionales. El manual que presentamos atiende una necesidad no cubierta de apoyo a los cuidadores de enfermos en fase avanzada que fomenta el autocuidado tanto del cuidador como del propio paciente. Sería recomendable elaborar consejos específicos escritos y adaptados sobre otras necesidades presentes en estos enfermos. Educar para cuidar de forma más eficaz, así como facilitar consejos escritos y herramientas para cuidarse, mejora la calidad de vida y la salud de cuidadores y pacientes, y da seguridad e independencia a la hora de ofrecer los cuidados. En esta tarea educativa y asistencial para el cuidado es especialmente importante, por su gran repercusión, los cuidados de la piel y más concretamente, de las úlceras tumorales. La investigación en el manejo de las úlceras tumorales sigue siendo un reto por la escasez de estudios existentes.

F-8 ESTUDIO PILOTO SOBRE HEALTH LITERACY EN UNA MUESTRA DE PACIENTES MAYORES CRÓNICOS HOSPITALIZADOS

A. Yuste Marco, E. González-Aguado
I D i. Fundació Hospital Comarcal Sant Antoni Abat. Vilanova i la Geltrú (Barcelona)

OBJETIVOS

Entendemos por health litercy (HL) el grado de capacidad que tienen los individuos de obtener, procesar e interpretar información básica de salud y servicios, necesaria para tomar decisiones apropiadas sobre su salud (Nielsen-Bohlman et al, 2004). Por ello, suponemos que el nivel de HL de nuestros usuarios puede relacionarse
con variables psicosociales, clínicas y de manejo de las enfermedades. Los objetivos principales planteados en este estudio son: 1.Conocer el nivel de HL de los pacientes ingresados en una unidad de Subagudos de Geriatría (SAG) entre los meses de Junio a Septiembre del 2011. 2. Establecer la relación entre el nivel de HL, variables cognitivas y socioculturales, e indicadores de salud (nº de diagnósticos, frecuentación de los servicios de UCIAS y re-ingresos), en esta muestra de estudio.

MATERIAL Y MÉTODO

Se diseñó un estudio piloto transversal prospectivo para valorar el nivel de HL a través del test de SAHLSA-50 (adaptado a través de la comprensión auditiva de palabras para personas analfabetas), nivel socio-cultural y nivel cognitivo (con el MEC de Lobo y fluidez verbal con consigna), en pacientes hospitalizados en SAG con valoración geriátrica integral y comprensión correcta de las pruebas a realizar. A la vez, se realizó un estudio retrospectivo revisando la historia clínica del paciente, para analizar frecuentación de UCIAS en el último año y re-ingresos en la misma unidad en menos de un mes.

RESULTADOS

1) La muestra final la compusieron 10 pacientes (edad media 80'7 años, rango 68-92), con una escolarización media de 6'9 años (un analfabeto funcional). 2) Los resultados en las pruebas fueron: Prueba / Media / DE / Máximo /Mínimo MEC (Lobo): 26'1 / 3'69 / 33 / 20 MMSE (Folstein): 23'5 / 3'37 / 30 / 19 Fluidez fonética (p): 5'7 / 5'65 / 17 / 0 Fluidez semántica (animales): 8'7 / 4'16 / 18 / 3 SAHLSA-50: 34'2 / 8'62 / 43 / 34 3) Un 60 % (6/10) presentó alteración en la HL (i.e. valores inferiores a 37, en el test de SAHLSA-50). 4) Se detectó correlación positiva entre las pruebas de screening de deterioro cognitivo y los años de escolarización (MEC: r=0'697, p<0'05; MMSE: r=0'958, p<0'001), pero no entre el resto de variables. 5) Los pacientes con niveles alterados de HL puntuaron significativamente peor en la prueba de fluidez verbal, comparados a pacientes con niveles normales de HL (t=3'394; p<0'01).

DISCUSIÓN

A pesar del reducido tamaño muestral, el presente estudio demuestra que, en nuestra muestra de pacientes, el nivel de HL se relaciona con variables cognitivas que pueden influir en aspectos de comunicación relevantes para el manejo posterior de sus patologías de base. La escolarización debe considerarse en la valoración integral del paciente, puesto que correlaciona con los resultados en las pruebas de screening de demencia.

CONCLUSIONES

Son necesarios más estudios con muestras más amplias, sobre niveles de HL en la comunidad. Debe existir una atención a la diversidad de pacientes con niveles de HL inadecuada o bajo nivel socio-cultural, adecuado a sus necesidades especiales.

F-10 PROYECTO: TALLER DE APRENDIZAJE PARA LA AUTOMEDIDA Y REGISTRO DE LA TENSIÓN ARTERIAL (AMPA)

C. Franco[1], M. Morro[2], O. Caro[3], M. Medina[4], C. Carrazzoni[5], L. Cocaño[6]
[1]Enfermería, [2]Consulta Enfermería, [3]Enfermería Comunitaria, [4]Consulta Crónicos, [5]Medicina de familia. EAP Vía Roma. Barcelona
[6]Hospital Universitari General Vall d'Hebron. Barcelona

OBJETIVOS

-Hacer educación sanitaria sobre el control más correcto de la tensión arterial y el registro de datos. Conseguir de esta forma hacer diagnósticos diferenciales y reales de la HTA. -Conseguir cambios conductuales respecto a la alimentación, ejercicio, medicación,...Promover el autocuidado. -Inculcar hábitos de vida saludable. -Optimizar recursos, como el tiempo de los profesionales en las consultas y la inversión en aparatos de TA que realizan muchos usuarios.

MATERIAL Y MÉTODO

El taller constará de una parte teórica donde se dará la información necesaria mediante la exposición de presentaciones, de una forma clara y sencilla, y una parte práctica, en la que se hará educación sanitaria en el manejo de aparatos de tensión, registro de resultados, horarios de las tomas, condiciones adecuadas (posición, ambiente,...). Se facilitará a los usuarios un tensiómetro con la finalidad de que al cabo de una semana vuelvan al centro con los registros recogidos y aparatos.

RESULTADOS

Dado que se trata de un proyecto, estamos elaborando el taller y por tanto en este momento no contamos con resultados basados en la evidencia. Pretendemos en una primera fase, hacer el taller sobre 150 pacientes comprendidos entre 45 y 70 años hipertensos y con tratamiento farmacológico, aunque se hará extensible al máximo de población diana.

DISCUSIÓN

Según las guías europeas de HTA, las cifras de TA más fiables son las realizadas con la técnica MAPA, seguidas del AMPA. En demasiadas ocasiones se toma la TA en los centros de atención primaria, en condiciones desfavorables, registrando datos que no son del todo correctos (HTA de la bata blanca, nervios, cansancio, falta de tiempo,...). Un grupo de enfermeras del EAP Vía Roma, creemos que sería conveniente incidir en el aprendizaje de la toma de TA, en las mejores condiciones y enseñar mediante la elaboración de un taller, a los usuarios la realización y el registro del AMPA en el propio domicilio, asegurando de esta forma unos controles fiables que nos permitirá determinar el tipo de HTA y la necesidad o no de realizar el MAPA. Los objetivos que perseguimos en definitiva, quedan reflejados en el apartado correspondiente. Esto nos abre una discusión sobre el mejor aprovechamiento de los recursos, la gestión del tiempo, y la relación coste-efectividad de actividades como la toma de TA en los centros.

CONCLUSIONES

Al final del taller pretendemos conseguir que los usuarios sean autónomos en el control de la TA y en su autocuidado, aumentando su implicación y responsabilidad, en el tratamiento y pautas de vida a seguir, así como en la importancia de mantener unos niveles de TA correctos.

F-11 ¿EL CAMBIO DE FORMATO EN LOS FÁRMACOS GENÉRICOS CONFUNDE A LOS MAYORES?

F. Türk[1], C. García Gómez[1], S. Cubedo Capella[2], C. García Domingo[1], A. Duque Valencia[2], I. Pereiró Berenguer[1], S. Marínez Perpiña[1], R. González Espadas[1]

[1]CS Puerto Sagunto II, [2]CS Puerto Sagunto I. Hospital de Sagunto. Sagunto/Sagunt (Valencia)

OBJETIVOS

Analizar las dificultades que tienen los pacientes mayores de 65 años para identificar los medicamentos con diferente formato de un mismo principio activo

MATERIAL Y MÉTODO

Pacientes con patología crónica que precisa medicación. Criterios de inclusión: mayor de 65 años, que tiene prescrito dos o mas fármacos y al menos uno de ellos por principio activo por un periodo mayor de 90 días, está adscrito a un cupo del CS y utiliza receta electrónica. Criterios de exclusión: deterioro cognitivo, desplazados, dependientes, institucionalizados. Se seleccionan los 5 primeros pacientes de forma correlativa según listado de citados y se les pasa una encuesta.

RESULTADOS

Resultados preliminares de 187 pacientes. Tamaño estimado 380 pacientes. El 38% corresponde a hombres y el 62% mujeres, con una media de edad de 75 años. Mayoritariamente (58,3%) sólo sabe leer y escribir, el 7,5% son analfabetos. Casados el 64,2% y viudos el 31,6%. Toman una media de 7,7 DE 3,3 medicamentos siendo el rango de 2-23. El 43,2% afirma tener dificultad en identificar algunos de sus medicamentos genéricos. Al 72,2% no le ha importado que le prescriban un medicamento genérico, lo ha rechazado el 2,7%. El 18,2% refieren que ha notado menos efecto que con el de marca original y el 3,2% ha tenido efectos secundarios que no había tenido con el original. Las personas que le ayudan para evitar errores en la toma de medicamentos son: 67,9% el mismo paciente, le sigue un familiar en el 29,4% y el 20,9% el farmacéutico. Los métodos que utilizan para evitar errores destacan: 24,6% utilizan la caja de la marca original, el 24,1% pone el nombre de la marca original en la caja del genérico, y el 23% pegatinas en la caja o escrito a mano. La edad, el nivel educativo y el número de medicamentos están relacionados de forma significativa con la dificultad de identificar los medicamentos, de tal forma que, los pacientes mayores de 75 años, los que consumen más de 5 medicamentos y los de nivel educativo bajo (NEB) tienen un mayor riesgo de equivocación (Bivariante edad OR: 1,64; número de medicamentos OR: 2,95)

DISCUSIÓN

El bajo porcentaje de no aceptación de genéricos podría estar relacionado con la realización de las encuestas en el CS y por el propio médico del paciente, sin embargo los porcentajes de este estudio coinciden con el de otras publicaciones (29-1,1%). Otros artículos comentan la probable dificultad en la identificación de los medicamentos en ciertos colectivos (ancianos, NEB...) pero sin cuantificar. En el presente estudio se constata que en ancianos de más de 75 años, nivel educativo bajo y utilizar más de 5 fármacos está relacionado con mayor probabilidad de confusión. Con respecto a las personas involucradas en la ayuda para evitar errores, nuestros resultados coinciden con las sugerencias realizadas por otros autores, siendo el farmacéutico, el cuidador y el propio paciente, quien controla los medicamentos. Entre los métodos utilizados para evitar errores, la receta electrónica sólo les sirve al 3,2%. Hay autores que aconsejan este método para evitar errores.

CONCLUSIONES

-Un elevado número de pacientes afirma haber tenido dificultades en la identificación de los medicamentos genéricos.-Los pacientes de más de 75 años, de nivel educativo bajo y que toman más de 5 medicamentos tienen mayor riesgo de confundirse con el cambio en la apariencia de sus pastillas. -El papel del farmacéutico y del cuidador es fundamental para evitar errores en la toma de los medicamentos. -Sería deseable un cambio en la legislación de manera que se garantice que los medicamentos genéricos de un mismo principio activo tengan todas la misma apariencia (bioapariencia)

F-12 LA IMPORTANCIA DE CONCILIAR MEDICACIÓN EN EL PACIENTE CRÓNICO

E. García Muñoz, L. Santiago Fernández, A. Pedro Pijoan, E. González Platas, E. Ollé Roig, S. Pérez Zamora
Atención primaria. Consorci Sanitari Integral/ ABS Gaudí. Barcelona

OBJETIVOS

Garantizar que los pacientes reciben todos los medicamentos necesarios que estaban tomando previamente, asegurándose de que están prescritos con la dosis, vía y la frecuencia correctas y son adecuados a la situación del paciente y la nueva prescripción realizada en el hospital.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente mujer de 89 años con antecedentes de HTA, MPOC, DM, VHC, Dislipemia mixta, hipoacusia e ICC. Incluida en el programa Atdom, vive sola y presenta limitación funcional. Como tratamiento habitual tiene:-Paracetamol 650mg c/ 8H-Abstral 100mc 1 comp c/8H-Cimascal D forte 1 comp c/12H-Enalapril 10mg 1 comp c/24H-Furosemida 40mg 1 comp c/24H-Omeprazol 20mg 1 comp c/24H-Singulair 10mg 1comp c/24H-Formodual 100/6 mc 1inhc/12H-Spiriva 18 mcg 1inh c/24H-Stilnox 10mg 1comp antes de acostarse. Es ingresada por una reagudización de su patología respiratoria, tras presentar disnea a mínimos esfuerzos. Permaneció ingresada durante 10 días y le dieron el alta a domicilio con el diagnóstico de neumonía. El tratamiento al alta fue: -Prednisona 10 días en pauta descendente-Budesonida 2 inh c/8H-Ventolín si precisa-Acetilcisteina 600mg c/24H 10 días Se realizó control telefónico de la paciente el mismo día del alta hospitalaria donde refería encontrarse estable de su patología respiratoria. A la semana se realizó visita a domicilio, donde se comprobó que la paciente sólo tomaba la medicación preescrita al alta que no incluía su tratamiento crónico. Se concilió la medicación crónica de la paciente, repasando una por una su indicación y horarios a seguir. La paciente estuvo una semana tomando sólo la medicación del proceso agudo.

CONCLUSIONES

Comprobar la importancia de conciliar la medicación de un paciente polimedicado tras un ingreso hospitalario, sobretodo en personas mayores, frágiles y que viven solas.

F-13 PLANIFICACIÓN DE TRIAJE ENFERMERO EN UNA U.A.P.

P. Paniego Murillo, I. Campo de la Torre, I. Velilla Paniego
Osakidetza. C.S. Amurrio. Amurrio (Álava)

OBJETIVOS

Desarrollar un nuevo modelo organizativo del proceso asistencial, para responder a las necesidades sanitario-administrativas del paciente, con el fin de obtener los mejores resultados de salud, satisfacción de pacientes y profesionales y, todo ello, de manera sostenible y segura.

MATERIAL Y MÉTODO

Cuando el paciente accede al sistema (en persona o por teléfono) el administrativo indaga si es un problema de
salud o administrativo, buscando la mejor solución: -problema administrativo: lo soluciona al momento-problema de salud: siguiendo un árbol de decisión deriva al médico o a la enfermera, según requiera el caso.
-si la enfermera no puede resolver el problema, lo remitirá asimismo al médico

RESULTADOS

Con este nuevo modelo asistencial lograremos la accesibilidad, continuidad, personalización y longitudinalidad de la asistencia. Evitaremos la medicalización progresiva, promoviendo el autocuidado y el adecuado uso del botiquín casero respetando la autonomía del paciente. Asimismo, agilizaremos la atención, reduciendo las tareas de escaso valor añadido y los desplazamientos innecesarios al centro de salud.

DISCUSIÓN

La puesta en marcha del triaje enfermero va a suponer un cambio importante en el modo de entender la atención, tanto por parte de los profesionales como de los usuarios. Así mismo, serán necesarios cambios en la estructura físico-organizativa del C.S. para acercar entre sí a los profesionales (administrativo/enfermera/médico) que desarrollarán su trabajo de modo conjunto. La difusión del cambio a la UAP y a la población deberá llevarse a cabo previamente a su implantación. Deberá hacerse una inversión en la preparación e impresión de material informativo de apoyo y consejos impresos. Esta implantación seguirá un cronograma previamente establecido, en el que la formación de los profesionales en su nuevo rol, ocupará una parte importante

CONCLUSIONES

-Respetar la autonomía del paciente -Garantizar la atención no medicalizada de procesos agudos banales -Promover la automedicación responsable y el uso adecuado del botiquín casero -Racionalizar las actividades de prevención y promoción de la salud -Promover el autocuidado y racionalizar los controles de pacientes con procesos crónicos. -Modelo interdisciplinar -Evitar hiperfrecuentaciones -Sistematizar las actividades grupales y comunitarias.

F-14 DIABETES, OBESIDAD Y SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES EN ATENCIÓN PRIMARIA

A. Colinet Moreno[1], R. González Padilla[1], A. Tabernero Sahuquillo[5], M. Sánchez Cruzado[2], G. Merino Chacón[4], M. Sáez Martínez[3]

[1]Atención Primaria Las Mesas. Hospital General Virgen de la Luz. Cuenca
[5]Atención Primaria Quintanar del Rey. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete
[2]Atención Primaria Tomelloso. Hospital General de Tomelloso. Ciudad Real
[4]Atención Primaria Alcázar de San Juan, [3]Atención Primaria El Toboso. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

OBJETIVOS

-Conocer el IMC de los diabéticos mejor controlados. -Conocer los tratamientos de los diabéticos según su control. -Demostrar que los mal controlados consumen más medicamentos frente a síntomas gastrointestinales y mayor es el gasto sanitario. -Definir cómo son los diabéticos son peor controlados

MATERIAL Y MÉTODO

1262 pacientes diabéticos de tres áreas de salud distintas (Mancha Centro, Cuenca y Albacete) acerca de parámetros y perfiles de control de la diabetes mellitus (sexo, edad, IMC, hábitos tóxicos, complicaciones micro-macrovasculares y HbA1c), tipo de tratamiento para diabéticos (ADOs, insulina y/o ambos) y tipo de tratamientos para síntomas gastrointestinales (protectores gástricos, antiácidos, procinéticos, laxantes).

RESULTADOS

-Diabéticos peor controlados son los que más IMC tienen y los que más medicamentos contra la diabetes toman. -Diabéticos peor controlados tienen hábitos menos saludables y más complicaciones micro- macrovasculares. -Diabéticos peor controlados toman más medicamentos frente a síntomas gastrointestinales. Suelen ser varones, 40-65 años, obesos, toman varios antidiabéticos y/o insulina más antidiabéticos y toman más procinéticos y protectores gástricos. -Diabéticos, con protector gástrico suelen estar antiagregados y/o anticoagulados.-Un 10% de los diabéticos anticoagulados con clopidogrel toman omeprazol.

DISCUSIÓN

Los diabéticos que tienen mejor educación diabetológica, es decir, que intentan hacer bien la dieta, hacen ejercicio y consiguen perder peso (son menos obesos) suelen tener mejor controlada la Diabetes Mellitus, necesitan tomar menos medicamentos contra la Diabetes Mellitus, suelen tomar menos medicamentos frente a síntomas gastrointestinales (los más utilizados son los protectores gástricos), tienen menos complicaciones secundarias a la Diabetes Mellitus. En general, los mejores controlados y con menos IVC son los que consumen menos recursos sanitarios.

CONCLUSIONES

Los diabéticos que consiguen un mayor control son menos obesos, tienen más hábitos saludables, necesitan menos medicación para su correcto control y consumen menos medicación contra síntomas gastrointestinales. Entre los diabéticos es muy frecuente tomar protector gástrico porque en su mayoría (65% de todos los pacientes) están antiagregados y/o anticoagulados debido ha comorbilidades como la enfermedad cardiovascular y cerebrovascular (AAs y clopidogrel).

F-15 CONSEJO ASESOR DE PACIENTES COMO HERRAMIENTA DE PARTICIPACIÓN Y CORRESPONSABILIDAD

B. García Cepeda, D. Martín Rodríguez, B. Pais Iglesias, B. Rodríguez Pérez, I. Graña Garrido, M. Carreras Viñas

Subdirección General de Desarrollo y Seguridad Asistencial. Servicio Gallego de Salud. (A Coruña)

OBJETIVOS

Mejorar la gestión de las enfermedades crónicas facilitando la comunicación de los ciudadanos con la organización sanitaria Facilitar los conocimientos y habilidades necesarias para que los pacientes y familiares sean autónomos en el cuidado de su proceso Incrementar la participación de los pacientes y cuidadores en la mejora de la calidad y seguridad de los procesos crónicos

MATERIAL Y MÉTODO

Se crea el Consejo Asesor de Pacientes (DOG nº 176 2011/9/14) como órgano consultivo con estructura permanente dentro de la Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos, para que sirva como cauce para escuchar la voz de los pacientes, mejorando la calidad y seguridad de los mismos, incrementando sus niveles de participación, facilitándoles la información necesaria para la toma de decisiones y asesoren sobre necesidades de formación para el manejo de las enfermedades crónicas. Constituido por el gerente del Servicio gallego de Salud, en calidad de presidente y, representantes de las distintas direcciones de la Consellería en calidad de vocales. También son miembros en calidad de vocales, los representantes designados por las Asociaciones de pacientes que voluntariamente se han ofrecido a participar. Las funciones del Consejo Asesor de Pacientes son entre otras: a) Participar en los programas, grupos de discusión y de trabajo para la mejora de las guías de atención a pacientes crónicos así como en los programas de acogida del personal de nuevo ingreso para difundir entre los profesionales sanitarios las expectativas y necesidades de los pacientes b) Formar parte de los equipos de mejora, como los de higiene de manos, atención de enfermedades crónicas y otros. c) Asesorar sobre las necesidades de formación de las asociaciones de pacientes y sobre los programas de la Escuela Gallega de Salud para ciudadanos y proponer nuevas actividades

para incorporar a estos. d) Participar en los programas de formación de la Escuela Gallega de Salud para ciudadanos y en los foros que se creen. e) Revisar y asesorar al Servicio Gallego de Salud sobre las guías de información dirigidas a pacientes f) Revisar y asesorar sobre los materiales, documentos e instrumentos audiovisuales, realizados por la Escuela Gallega de Salud para ciudadanos y orientados a los pacientes. g) Asesorar sobre el diseño de los espacios de los nuevos hospitales y centros de salud para la mejora de su accesibilidad.

RESULTADOS

Se realizan hasta el momento 3 sesiones, fruto las cuales se han propuesto a la escuela 257 actividades formativas. Han participado como docentes en los talleres dirigidos a pacientes crónicos. Han validado la encuesta de satisfacción de pacientes así como las encuestas de necesidades de formación. Han designado los miembros que en representación de las Asociaciones conforman el Comité Gallego del Dolor y han participado de forma conjunta con los profesionales en la Jornada de Calidad y Seguridad del SERGAS presentando comunicaciones

CONCLUSIONES

La participación de los pacientes a través del Consejo Asesor de Pacientes en actividades de formación, información y difusión de cuidados y autocuidados, ha sido según las encuestas realizadas valorado en una escala de 1-10 en una media de 8.8. A pesar del carácter voluntario para formar parte del Consejo Asesor, la respuesta de las Asociaciones ha sido mayoritaria, teniendo en la actualidad 70 asociaciones que forman parte activa del Consejo.

F-16 INHALADORES: ¿EXPLICAMOS CORRECTAMENTE EL MANEJO A NUESTROS PACIENTES?

R. Del Olmo Zamora[1], A. Martín Herruzo[2], S. Martín Herruzo[3], J. Díaz-Campo Córdoba[4], A. Romero Sánchez[1], A. Laguna Moreno[2]

[1]Centro de Salud Puerta Bonita. Madrid
[2]Centro de Salud El Espinillo. Madrid
[3]Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid)
[4]Complejo Hospitalario de Ciudad Real. Ciudad Real

OBJETIVOS

Evaluar la información que los profesionales sanitarios de un centro de salud ofrecen sobre la utilización de los dispositivos de inhalación a los pacientes que los utilizan

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo observacional transversal, se realizó una encuesta individual a 19 profesionales del centro de salud (8 enfermeras y 11 médicos) sobre las pautas de actuación en consulta. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, categoría profesional, explicación del dispositivo, utilización de material de apoyo en dicha explicación (folletos informativos, placebos), causa atribuible a la falta de explicación, recomendación del uso de enjuagues posterior a su uso, frecuencia de la supervisión del uso de dispositivos, adecuada utilización del dispositivo por los pacientes

RESULTADOS

El 68,4% de los profesionales encuestados referían explicar siempre los dispositivos (63.6% de médicos y el 75% de enfermeras), de éstos el 7.2% apoyaban en materiales didácticos (43.2% sólo con placebos, 7.2% sólo folletos y un 42.4% sin material de apoyo). Entre los profesionales que reconocían no informar correctamente, el 83.3% lo atribuían a la falta de material de apoyo, el 42% a falta de tiempo y el 32% a la falta de formación. Un 47,3% recomendaban enjuagarse después de utilizar el inhalador (26,3% sólo con inhaladores de corticoides) y un 26% no recomendaban los enjuagues. Sólo un 27% supervisaba el uso del inhalador pese a que sólo el 31,6% creía que el paciente lo utiliza correctamente.

CONCLUSIONES

Pese a que se detectó una mala utilización de los inhaladores por parte de los pacientes sólo un porcentaje pequeño de los profesionales comprobaban la metodología de utilización del mismo. Más de la mitad recomendaban enjuagues posteriores a la utilización del dispositivo.

F-17 AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Y. Ponce Samaniego, I. Gallegos Juárez, E. Messeguer Bastida, S. Miralles Gilabert, M. Sánchez Molla

MFyC. Centro de Salud del Raval. Elche (Alicante)

OBJETIVOS

Analizar la autopercepción del estado nutricional de los pacientes mayores de 65 años en el centro de salud del Raval en noviembre del 2011.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal en el centro de salud del Raval, donde se seleccionaron por muestreo consecutivo 78 pacientes mayores de 65 años que acudieron a las consultas en el mes de noviembre del 2011. Previa autorización del paciente, se le realizó el Mini Nutritional Assessment (escala estado nutricional de 24-30 normal, de 17-23.5 riesgo de malnutrición, menor de 17 malnutrición), se tomaron medidas antropométricas, comparándolos con los parámetros ya establecidos, además de la valoración de la autopercepción de su estado nutricional. Se analizaron los datos por SPSS statistics.

RESULTADOS

Se estudiaron 78 pacientes mayores de 65 años, de los cuales 42,3% (33) eran hombres y el 57,7 % (45) eran mujeres, se le realizó un cuestionario sobre como consideraban su estado nutricional; observando que el 76,9% refieren no tener problemas de nutrición, 21,8% no saben si tienen problemas nutricionales y solo 1,3 % dicen que tiene mal nutrición. En comparación con las personas de su edad 21,8% refieren estar mejor que las personas de su edad, 20,5% perciben que ellos están peor que sus contemporáneos, el 39,7% no saben y solo 18% refieren tener un estado nutricional igual a sus coetáneos. Cuando comparamos el IMC se observó que 10,3% tenían un IMC saludable; 43,6% sobrepeso; un 41% obeso y un 5,1% con obesidad mórbida, con una prevalencia del 89,7% de sobrepeso y obesidad. Se pudo apreciar que de los 23 pacientes con pérdida de apetito, el 52.2% era por problemas al masticar. En lo referente al apartado de cuantas comidas completas realizaban al día un 75,6% realizaban más de 3 comidas completas al día. El 83.3% consumían productos lácteos a diario. El 85,7% refiere consumir cualquier tipo de carne a diario. El 16,7% no consumían huevos o legumbres 1 ó 2 veces por semanas. El 78,2% realizaban alguna actividad física. En cuanto a la evaluación del MNA (escala estado nutricional de 24-30 normal, de 17-23.5 riesgo de malnutrición, menor de 17 malnutrición) 56,4% era normal, 42,3% tienen un riesgo de malnutrición y un 1,3% están malnutridos.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este trabajo ponen en manifiesto una prevalencia 89.7% de sobrepeso y obesidad a pesar de que dicha población refiere no tener problemas de nutrición y realizar actividades físicas (78%). Es importante hacer conciencia en esta población, en cuanto a los problemas nutricionales y los factores de riesgo que conllevan.

CONCLUSIONES

A pesar que la mayoría presenta un sobrepeso o están en el rango de obesidad, los pacientes consideran que no tienen problemas de nutrición, y en comparación con población de su misma edad no saben que opinar al respecto. El 42,3% tiene riesgo de malnutrición según MNS. Hay que promover desde atención primaria cambios en los hábitos alimenticios y el estilo de vida en dicha población.

F-18 PACIENTES MÁS ACTIVOS A TRAVÉS DE UNA GUÍA EDUCATIVA PARA JÓVENES Y ADULTOS CON DIABETES TIPO 1

M. López de Argumedo[1], I. Landajo[2], M. Camarero[2], M. Rubio[2], A. Gámiz[2], A. Paskual[3], C. Arteche[4], G. Lavin[5]

[1]Servicio Vasco de Evaluación de Tecnologías Sanitarias-Osteb. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Bilbao (Vizcaya)

[2]Servicio de Endocrinología, [3]Atención Primaria, [4]Ambulatorio de Basauri, [5]Ambulatorio Gernika. Hospital Galdakao-Usansolo. Vizcaya (Vizcaya)

OBJETIVOS

Aunque la Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) representa tan sólo una minoría de la carga total de la diabetes en la población, es la forma predominante de la enfermedad en los grupos de edad más jóvenes en la mayoría de los países desarrollados y tiene un impacto importante en el estilo de vida de los pacientes, así como en su nivel de autoestima. Un paciente activo, informado sobre su dolencia y su medicación y entrenado para adquirir habilidades y disponer de recursos que le permitan ajustar su vida a la nueva situación, se sentirá más seguro y confiado en su recuperación y en su relación con el médico. Esto es fundamental especialmente cuando la enfermedad crónica afecta a desde la juventud y convive con el paciente durante muchos años. El objetivo de este trabajo ha sido dotar de una herramienta que proporcione a las personas con DM1 una información clara y práctica que les permita adquirir mayor confianza y la motivación de forma que puedan responsabilizarse de su condición y adquirir un mayor control sobre su vida, mejorando así su calidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Un grupo de profesionales sanitarios expertos en educación diabetológica y en el manejo clínico de pacientes con diabetes mellitus tipo 1 han volcado en esta guía los aspectos educativos más importantes que se requieren para jóvenes y adultos en el contexto español, tanto en base a una gran experiencia clínica de los profesionales implicados, como por el cotejo de su experiencia con las recomendaciones basadas en la evidencia científica más actual incluidas en la Guía de práctica clínica sobre “Manejo de la diabetes mellitus tipo 1” publicada en 2012 por Osteba.

RESULTADOS

Esta guía educativa favorece la adquisición de conocimientos sobre diabetes tipo 1 desde un nivel básico (para el momento del diagnóstico) hasta un nivel avanzado, abordando tanto los aspectos más elementales sobre el tratamiento de la diabetes, como aspectos específicos sobre embarazo, consumo de alcohol y drogas, higiene bucodental, etiquetado de alimentos y normativa legal relativa a personas con diabetes.

DISCUSIÓN

Esta guía educativa va a suponer un importante apoyo para la vida cotidiana de las personas con diabetes mellitus tipo 1 de nuestro contexto sanitario y un aumento de su autonomía y confianza.

F-19 CONOCIENDO MI CUPO. ENFERMERÍA Y SU PAPEL EN LA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO DEL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO (PP)

S. Llopis Parrell[1], V. Matoses Llopis[2], M. Soldado Matoses[1], M. Matoses Climent[3], M. Solera Requena[3], E. Gómez Gutiérrez[3]

[1]CSI Sueca, [2]CS Alberic, [3]Dirección de enfermería. Hospital de la Ribera. Alzira (Valencia)

OBJETIVOS

-Conocer la prevalencia de IC de nuestro cupo, así como valorar el infradiagnóstico en términos de posible falta de registro. -Conocer las características de los pacientes con IC de nuestro cupo, atendiendo a variables como la edad, sexo, y presencia de FRCDV asociados.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo, con inclusión de todos los pacientes diagnosticados con CIE-9 428.0 (IC) asignados a 2 cupos médicos del CSI de Sueca. El número de pacientes asignados a los cupos estudiados asciende a 3390. De todos ellos, existen 585 pacientes mayores de 70 años. Estimamos una prevalencia inicial de IC del 10% para los mayores de 70 años. Por tanto esperamos obtener una muestra de 59 pacientes aproximadamente. Tras consulta en la base de datos de DatamartSIA en Abucassis, obtenemos una muestra de 42 pacientes diagnosticados con IC. Eliminamos 1 paciente por ser éxitus durante el período de estudio. Como covariables del análisis multivariante incluimos las variables: sexo, edad, y FRCV asociados como DM, HTA, DLP, obesidad y hábito tabáquico. Las variables cuantitativas se expresaron con la media y desviación estándar o mediana y rango en función de su distribución y las categóricas con porcentajes. Para el análisis de datos hemos utilizado el programa Microsoft Excel.

RESULTADOS

De un total de 585 pacientes mayores de 70 años asignados a nuestro cupo encontramos una prevalencia de IC del 7% (N=42). La edad media de nuestros pacientes se sitúa en 77,88 años. La edad media en hombres que padecen IC es de 73,93 años y la de mujeres es de 81,84 años. El 61% de la muestra eran mujeres y el 39% eran hombres. Del total de la muestra, el 7% son fumadores y varones. La prevalencia de la obesidad asociada a IC representa el 34%, siendo más representativa en mujeres, 24%. La HTA es el FRCDV asociado con mayor prevalencia, 80% y de nuevo el sexo femenino se lleva la mayor representación con el 60%. Aproximadamente el 49% de los pacientes asociaban también DLP, y un 32% DM. Encontramos un mayor número de pacientes, el 32%, que asocian a su IC hasta 3 FRCDV.

DISCUSIÓN

1. Encontramos una prevalencia de IC en nuestro cupo del 7%. Si lo comparamos con estudios similares, podríamos decir que observamos un infradiagnóstico, en términos de falta de registro, que se situaría alrededor del 3%. 2. La edad media de los pacientes de nuestro cupo que padecen IC se sitúa en torno a los 78 años de edad. 3. Existe un mayor prevalencia de esta enfermedad en mujeres, 69%; que podría estar relacionada con la mayor esperanza de vida en este grupo.4. El FRCDV asociado a IC con mayor prevalencia es la HTA con el 80%.5. Le siguen la DLP con el 49% y la DM con el 32%.6. En nuestra muestra, el 32% de los pacientes asociaban a su IC hasta 3 FRCDV añadidos.

CONCLUSIONES

Enfermería tiene un papel importantísimo en la atención del PP. Es necesario conocer las características de los pacientes más frágiles, para empezar a trabajar con ellos estratificándolos en función del riesgo.

F-20 PROYECTO TRIAP. RACIONALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS: DIABETES E HIPERTENCIÓN ARTERIAL

L. Galarraga Maeso[1], C. Esparta Echebarria[1], M. González Cortes[1], R. González Santisteban[1], A. Pascual Uribe[1], M. García Asensio[2]

[1]Atención Primaria. Comarca Interior de Osakidetza. Amorebieta (Vizcaya)

[2]Atención Primaria. Comarca Ezkerraldea de Osakidetza. Santurtzi (Vizcaya)

OBJETIVOS

El proyecto TRIAP, enmarcado en las Estrategias AP XXI, propone una intervención basada en la implantación del triaje en unidades asistenciales (UA) de AP con el objetivo de mejorar su eficiencia y calidad técnica y percibida. Objetivos: Racionalizar actividades protocolizadas en PAP para pacientes diabéticos e hipertensos, en fase inicial o clínicamente estables, que suponen una carga importante en consultas de enfermería, sin que aporten valor añadido al control enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODO

- Grupo multidisciplinar Comarca Interior de Osakidetza, en el que participan profesionales de enfermería -Revisión actividades actuales de seguimiento a pacientes diabéticos e hipertensos - Revisión bibliográfica de Guías de Práctica Clínica de Osakidetza sobre Diabetes tipo 2 (2008) e Hipertensión Arterial (2007)-Elaboración de nuevos protocolos de seguimiento.

RESULTADOS

Nuevos protocolos de seguimiento: CONTROLES DIABETES. Tras intervención intensiva impartida en centro, la frecuencia de visitas será individualizada-Si Regicor < 10 y buen control: consultas semestrales-En mal control, REGICOR >10, comorbilidades o prevención 2ª, seguimiento individualizado, impulsando consultas no presenciales. CONTROLES HIPERTENSIÓN-Una vez conseguidas cifras objetivo, visita semestral de seguimiento, individualizando plan en función del buen control.-Pacientes seleccionados en función de su

RCV, afectación de órganos diana o cumplimiento, esta periodicidad puede ser trimestral.- Impulsar consultas no presenciales

CONCLUSIONES

Esta reorganización supone un importante cambio en las consultas de Enfermería que pasan a desarrollar otras actividades que en la actualidad no se pueden realizar por el colapso de las consultas con controles de pacientes HTA y DM Los controles de Hipertensos: -Si Regicor < 10, 14420 pacientes con controles cuatrimestrales, según Oferta Preferente, nos ahorraríamos14420 consultas/año, sin tener en cuenta centros en los que se realizan consultas bimensuales, en cuyo caso se ahorrarían 57680 consultas. -Si Regicor > 10, 1393 pacientes, en los que se hacen control bimensual se ahorrarían 2786 consultas. En pacientes Diabéticos:-Si Regicor < 10, 4117 pacientes, en los que según OP se deben realizar controles trimestrales, nos ahorraríamos un mínimo de 8234 consultas/año y en los centros en que se hacen bimensuales, se ahorrarían 16468 consultas.-Si Regicor > 10, 1152 pacientes, según la OP no variaría el número consultas y en los centros que realizan controles bimensuales, se ahorrarían 2304 consultas/año. TOTAL CONSULTAS AHORRADAS/AÑO EN PACIENTES CRÓNICOS HTA Y DM: Mínimo= 22654 consultas/año Máximo= 79.238 consultas/año

F-21 UNA NUEVA MANERA DE CUIDARTE

R. Móstoles Tegel, F. López Morcillo, C. De Cos Manjón, C. Esteban Escobar, P. Paul
Servicio Promoción de la Salud. Sanitas Responde. Madrid

OBJETIVOS

1.1 Contexto: Sanidad Privada. Aumento de gasto médico por los clientes con enfermedades crónicas. Reto de gestión por la libre elección de médicos e especialistas. Clientes / pacientes más exigentes* 1.2 Necesidad o Búsqueda de alternativas que hagan al paciente protagonista de su cuidado o Utilización de las nuevas tecnologías o La enfermería como primera línea y vector del cambio

MATERIAL Y MÉTODO

2.1 Recursos personales: 28 Enfermeros, 4 Matronas, 2 Psicólogos y 2 Nutricionistas 2.2 Herramienta de gestión de salud. Herramienta de gestión de clientes (CRM) Herramienta de formación Herramienta de supervisión y control de operaciones “Centro de recursos”, con toda la información que necesita el asesor. Fuente MBE 2.3 Vías de comunicación: Teléfono, Internet, correo ordinario. 2.4 Modelo predictivo: Segmentación, Campañas Acercamiento proactivo. 3. Método: Con técnicas de comunicación de coaching, se ayuda al cliente a definir una asistencia eficaz y planes para conseguir mayor grado de salud y bienestar. Formación de los distintos profesionales sanitarios hasta conseguir un currículo de formación a lo largo de varios meses.

RESULTADOS

4.1 Cuantitativos Más de 40.000 clientes se han beneficiado del programa Ahorro (RCT): 3,6% reducción media del coste médico en clientes adheridos Disminución de admisiones hospitalarias, visitas a urgencias y consumo de pruebas diagnósticas Satisfacción: 93% de los pacientes están satisfechos o muy satisfechos con el programa, 89% quieren continuar con la asesoría telefónica de salud y el 84% recomendarían el programa 4.2 Cualitativos Mejor percepción del cliente ante la enfermedad y compromisos por parte de los clientes en realizar planes de acción para mejorar el autocuidado

DISCUSIÓN

Los ahorros en gasto médicos son pequeños y hay que tener una visión a largo plazo.

CONCLUSIONES

- Trabajo en prevención. - Responsabilidad del profesional en dotar de herramientas a los pacientes/ clientes para el cuidado eficaz de sus condiciones de salud. - Facilidad de acceso de los clientes/ pacientes al programa a través de distintas vías. - Profesional sanitario

F-22 UNA NUEVA MANERA DE CUIDARTE II (ASESORÍA DE SALUD ONLINE)

R. Móstoles Tegel, F. López Morcillo, C. De Cos Manjón, C. Esteban Escobar, P. Paul
Servicio Promoción de la Salud. Sanitas Responde. Madrid

OBJETIVOS

-Crear un espacio de salud en el que los pacientes crónicos puedan encontrar información, consejos, aplicaciones de control de su enfermedad y asesorados en todo momento por profesionales sanitarios de reconocida experiencia: enfermeras, nutricionistas, psicólogos y matronas. -Abrir la asesoría de salud del programa Sanitas Responde, tradicionalmente realizada a través del teléfono, a Internet para poder asesorar online a los pacientes con enfermedades crónicas.

MATERIAL Y MÉTODO

-Recursos humanos: 8 enfermeras, 1 nutricionista, 1 psicóloga y 1 matrona para resolver las dudas de salud de los pacientes crónicos. -Recursos técnicos: desarrollo de una página Web que posibilita al paciente: o Realizar preguntas a los asesores de salud, en un ámbito que puede ser privado (sólo visible por el asesor de salud) o público (visible por todos los usuarios que accedan a la Web). - Acceder a las preguntas y respuestas de otros usuarios, así como a documentación realizada por los asesores de salud. - Acceder a aplicaciones de salud desarrolladas para ayudar a los pacientes a llevar un control pautado de su enfermedad. Los datos registrados en estas aplicaciones pueden compartirse con los asesores de salud para ayudar a los pacientes con sus dudas o niveles alterados. MÉTODO: La asesoría de salud online se basa en dos principios: -Utilizar las posibilidades que da la Red para ayudar a los

pacientes a conocer mejor su enfermedad, resolver sus dudas de una forma cómoda y segura y controlar su salud de forma educativa e interactiva. -No hemos creado una Web vacía sino un espacio interactivo, detrás del cual se encuentra una serie de profesionales de la salud dispuestos a cuidar de los pacientes

RESULTADOS

Más de 1.100 usuarios registrados, 792 consultas, 9 comunidades y 100 artículos publicados.

DISCUSIÓN

¿Hay que juzgar este tipo de iniciativas por el ahorro de coste sanitario que generen o por el servicio que damos a los pacientes? ¿Se puede llegar a calcular el ahorro en el gasto médico que supondría el uso de estas herramientas de prevención y cuidado?

CONCLUSIONES

Cuidar a los pacientes crónicos por medio de Internet es posible. El verdadero valor de una Web de estas características es: es fuente de información de rigor y referencia, aporta al paciente recursos para aprender a autogestionar su salud, personaliza la relación con los profesionales sanitarios, es cómodo y rápido para el paciente.

F-23 PROYECTO DE ESCUELA DE CAPACITACIÓN EN AUTOCUIDADOS CARDIOVASCULARES (ECAPA)

Á. Lizcano Álvarez[1], C. Alonso Blanco[1], J. Guerra Polo[2], I. Corral Liria[1], E. Duque López[2], S. Sabater Bermejo[1], A. Romero Freijoo[1], B. Pérez Vázquez[2]

[1]Enfermería. Universidad Rey Juan Carlos. Alcorcón (Madrid)

[2]Unidad de Hospitalización Cardiología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

OBJETIVOS

El abordaje cardiovascular enfermero tiene tres líneas de actuación: control de factores de riesgo, fomentar estilos de vida cardiosaludables y realizar un abordaje holístico. Es fundamental el proceso enseñanza–aprendizaje para lograr una mayor capacitación para el autocuidado y disminuir los reinfartos. Por ello se inicia el programa ECAPA (Escuela capacitación para autocuidados) para pacientes postinfartados en el ámbito universitario y hospitalario, con el fin de favorecer la capacitación del paciente y su familia para la prevención de nuevos eventos coronarios. Objetivos: 1) Describir la experiencia asistencial de la Clínica de Enfermería Universitaria desarrollando un programa para la capacitación en autocuidados cardiovasculares de postinfartados. 2) Evaluar el proceso del programa.

MATERIAL Y MÉTODO

El ámbito es la Clínica Universitaria de la Universidad Pública Rey Juan Carlos del campus de Alcorcón de Madrid. Es un estudio con diseño descriptivo transversal. Los sujetos son pacientes postinfartados y familiares derivados Unidad de Hospitalización de Cardiología del Hospital Universitario Fundación Alcorcón a la consulta de enfermería de la Clínica. El protocolo de atención a los pacientes es durante un seguimiento de 2 años, mediante consultas individuales y familiares. Los recursos humanos son cinco profesionales de enfermería, tres de ellos profesores y dos becarios. Se inicia en el año 2009.

RESULTADOS

Los pacientes derivados son 31, iniciando el programa 23 de ellos con 2 abandonos. La edad media se sitúa en 57,8 años. 20 son hombres. El 62% tenían al menos 3 factores de riesgo cardiovascular. El porcentaje de ausencias a las citas ha sido del 8,9%. El tiempo de atención medio de 36,2 minutos para cada consulta. La periodicidad entre consultas fue para el 1º año entre 22-34 días y durante el 2º año 51-73 días. La consulta familiar se ha llegado a realizar en el 50% pacientes. Además con parte de estos pacientes se desarrolló un programa de Educación para la Salud grupal con 13 pacientes, de 7 sesiones de 120 minutos. El nivel de asistencia fue del 85% con un alto nivel de satisfacción por parte de los pacientes.

DISCUSIÓN

El programa se ha cumplido en su mayoría, tanto en el proceso como en su estructura, a la espera de resultados en salud. Ante la posibilidad de tener más tiempo para la atención nos preguntamos ¿Más tiempo de atención tendremos mejores resultados? Ante un protocolo de intervención intensivo... ¿Menor tiempo de intervalo entre consultas mejora la atención? Ante un porcentaje bajo de ausencias... ¿Es el resultado de una atención más intensa y personalizada?

CONCLUSIONES

La Universidad puede llegar a ser otro ámbito de asistencia, de formación e investigación con características asistenciales favorecedoras y no excluyentes, a la atención hospitalaria o la atención primaria. La realización de un programa/protocolo de actuación, basándose en la metodología enfermera, la atención individual, familiar y grupal podría favorecer la capacitación en autocuidados, ayudándoles a adoptar una actitud responsable frente a los cuidados. En conclusión el rol enfermero es de facilitador y estimulador en la capacitación del autocuidado y cuidado familiar partiendo de sus propias representaciones sociales.

F-24 EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE DIABÉTICO

A. Paskual Uribe, A. Lavin Hernández, A. Negreira, M. Juárez, M. Sancho Sena, Y. Salaberri Martínez

UAP. Comarca Interior. Zornotza (Vizcaya)

OBJETIVOS

- Capacitar a los pacientes diabéticos a que asuman el control de su enfermedad a través de una educación estructurada en el autocuidado - Mejorar el objetivo de buen control de

su enfermedad - Disminuir la morbilidad asociada a la diabetes por complicaciones micro y macrovasculares? Mejorar la satisfacción de los pacientes. -Mejorar la atención y la calidad de vida de los pacientes con DM tipo 2

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio “transversal” de pacientes diabéticos tipo 2 seleccionados según mal control, debut y alta motivación. Se forman grupos de 6-8 pacientes, acompañados de sus familiares a los que se les imparte una intervención educativa grupal intensiva con un programa de educación estructurado. Se pasa un cuestionario de conocimientos ECODI, DTSQ e indicadores cuantitativos: IMC, Perímetro de cintura, HbA1c, perfil lipídico, T/A, Hábitos de vida saludables en cuanto a ejercicio y habito tabáquico y tratamiento farmacológico de ese momento. Se repiten los cuestionarios en este orden, el de conocimientos al terminar la intervención y el DTSQ junto con los indicadores cuantitativos a los 6 meses y al año de la intervención

RESULTADOS

Actualmente hemos recogido los datos de 50 pacientes, las características mas destacadas son que el 62 %

presentan una HbA1c > de 7 %, el 48 % un IMC entre 30-35 y un sobrepeso un 38%, el 82 % tienen una T/A >

130/80, peor control lipídico general en mujeres que en hombres. La percepción ante el control de su enfermedad es que un 41 % se considera que tiene suficientes conocimientos y esta a gusto con el tratamiento, el 80 % considera controlar bien las hipoglucemias, pero en cambio no tiene la misma percepción ante las Hiperglucemias, ya que un 61 % consideran estar frecuentemente mas alto de lo que debieran Actualmente estamos pendientes de recoger los datos a los 6 meses de la intervención

DISCUSIÓN

A pesar de tener la percepción de tener conocimientos suficientes el 90% refiere haber adquirido muchos conocimientos tras la intervención y tener mas libertad en el tema de alimentación sobre todo.

CONCLUSIONES

Estamos pendientes de resultados definitivos, pero si los resultados son los esperados según otros estudios semejantes estamos considerando racionalizar la frecuentación de estos pacientes educándoles a solicitar ayuda en función de sus necesidades y siempre del buen control

© 2012 Obra:
Editado por: S&H Medical Science Service

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: 978-84-615-7437-7

semFYC
Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

SEMI
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA
LA VISIÓN GLOBAL DE LA PERSONA ENFERMA

Secretarías:

Secretaría Científica:

S&H MEDICAL SCIENCE SERVICE

S&H Medical Science Service
C/ Espronceda 27, Entreplanta. 28003 Madrid
Tel.: 91 535 71 83 - Fax: 91 181 76 16
e-mail: **congresos@shmedical.es**

Secretaría Técnica:

semFYC congresos

Carrer del Pi, 11, Pl. 2ª, Of. 13
08002 Barcelona
Tel. 93 317 71 29
Fax 93 318 69 02
congresos@semfyc.es