

Curso SEMI-Menarini de formación continuada no presencial en PACIENTE DE EDAD AVANZADA Y PLURIPATOLÓGICO.

Dr. Antonio San José

**XXIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de
Medicina Interna**

A Coruña. 19-22 noviembre 2008

www.peayp.com

Objetivos

- **El objetivo principal** del programa es ofrecer un instrumento de formación continuada no presencial, preferentemente a los asociados de la SEMI, centrado en los avances y novedades de las patologías del paciente pluripatológico y de edad avanzada.
- Dicho programa constará de cursos de actualización reglados y permanentemente actualizados integrados en un programa docente de postgrado completo.

Acreditación y patrocinio

- **Créditos de formación continuada a:**
 - **Ministerio de Sanidad y Consumo.**
 - Módulo 1: 8,1 créditos
 - Módulo 2: 7,6 créditos
 - Módulo 3: 7,4 créditos
 - Módulo 4: 8,6 créditos
 - Módulo 5: pendiente
 - **Universidad Autónoma de Barcelona**
 - 25 créditos Europeos (European Credit transfer System. ECTS).
 - 1 crédito ECTS equivale a 25 horas de formación
- **El programa está patrocinado íntegramente por Laboratorios Menarini S.A.**

Estructura

- Cinco módulos en línea que constan de cinco lecciones cada uno (equivalentes a 125 horas lectivas).
- Los módulos se concatenan de forma consecutiva y proporcionan créditos de formación continuada.
- El aprendizaje en línea se realiza a través de un Entorno Virtual de Aprendizaje (EVA) que permite acceder a los contenidos docentes.

Criterios de Selección y priorización

- Preferentemente especialistas en Medicina Interna
- Otras especialidades: Medicina Familiar y Comunitaria, Subespecialidades Médicas
- Priorización:
 - Miembros del grupo PPPyEA SEMI
 - Tutores de la especialidad de MI
 - Internistas de Hospitales Comarcales
 - Residentes de 5 año de MI

Estructura

- Valoración y atención del paciente de edad avanzada y pluripatológico
Dr. Javier Ortiz
Especialista en Medicina Interna y Geriátría
Servicio de Geriátría. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid
- Síndromes geriátricos
Dr. Francesc Formiga
Especialista en Medicina Interna
Servicio Medicina Interna. Hospital Universitario Bellvitge
- Enfermedades prevalentes en el paciente de edad avanzada
Dr. Alfonso López Soto
Especialista en Medicina Interna
Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Provincial. Barcelona.
- Riesgo vascular
Dr. Gregorio Tiberio
Especialista en Medicina Interna
Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino. Pamplona
- Gestión integral
Dr. Manuel Ollero
Especialista en Medicina Interna
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de Rocío. Sevilla

Módulos y fechas

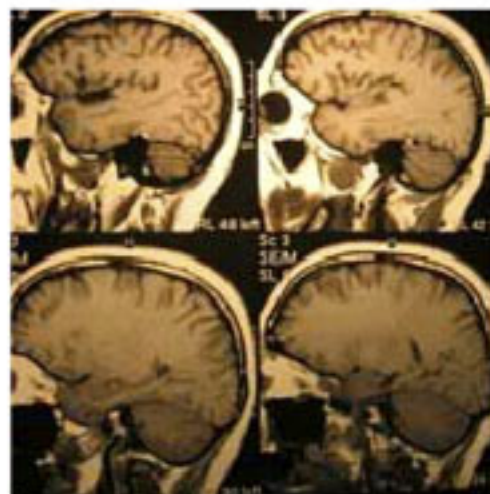
- **Valoración del paciente de edad avanzada y pluripatológico.**
 - Fechas: Del 1 de abril al 31 de mayo de 2008
- **Síndromes geriátricos**
 - Fechas: Del 1 de junio al 31 de agosto de 2008
- **Enfermedades prevalentes en el paciente de edad avanzada**
 - Fechas: Del 1 de septiembre al 14 de noviembre de 2008.
- **Riesgo vascular**
 - Fechas: Del 15 de noviembre de 2008 a 31 de enero de 2009.
- **Gestión integral del paciente de edad avanzada y pluripatológico.**
 - Fechas: Del 1 de febrero a 31 de marzo de 2009.

Presentación

El progresivo envejecimiento de la población está cambiando las necesidades sanitarias de un colectivo emergente: los pacientes de edad avanzada. Un porcentaje importante de estos pacientes presentan una acumulación de enfermedades agudas y crónicas, denominado pluripatología. La mejora en la atención médica de estas personas es un campo de creciente interés en el que participan diferentes especialistas como los médicos internistas, médicos de familia, geriatras y otros.

Hasta hace pocos años se disponían de pocas evidencias científicas respecto al manejo óptimo de estos pacientes, circunstancia que se ha empezado a corregir, aunque aun insuficientemente, en los últimos años. Las sociedades científicas y las principales guías de práctica clínica están empezando a incorporar recomendaciones para los pacientes de edad avanzada y los pacientes con pluripatología.

Dado que un porcentaje importante de estos pacientes, especialmente durante su estancia hospitalaria, son atendidos por médicos internistas, la SEMI ha realizado en colaboración con el



Curso SEMI-MENARINI de formación continuada no presencial en PACIENTE DE EDAD AVANZADA Y PLURIPATOLÓGICO

Bienvenidos



PEAYP ► Entrar al sitio

Usuarios registrados

Entre aquí usando su nombre de usuario y contraseña
(Las 'Cookies' deben estar habilitadas en su navegador)



Nombre de usuario

Contraseña

Entrar

¿Olvidó su nombre de usuario o contraseña?

Sí, ayúdeme a entrar

Usted no se ha autenticado. (Entrar)

[Página Principal](#)

Curso SEMI-MENARINI de formación continuada no presencial en PACIENTE DE EDAD AVANZADA Y PLURIPATOLÓGICO

Bienvenidos

SEMI
SOCIETAT MÈDICA D'ESPANHA

M GRUPO
MENARINI



Módulo 1. Valoración y atención del paciente pluripatológico y de edad avanzada.

Periodo del 1 de abril al 31 de mayo de 2008

Director: Javier Ortiz

Módulo 2. Síndromes geriátricos.

Periodo del 1 de junio al 31 de agosto de 2008

Director: Francesc Formiga

Módulo 3. Enfermedades prevalentes en el paciente de edad avanzada.

Periodo de 1 septiembre al 14 de noviembre de 2008

Director: Alfonso López Soto

Módulo 4. Riesgo vascular.

Periodo de 15 de noviembre de 2008 a 31 de enero de 2009

Director: Gregorio Tiberio

Módulo 5. Gestión integral.

Periodo del 1 de febrero a 31 de marzo de 2009

Director: Manuel Ollero

Calendario

noviembre 2008

Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

Mensajes



Webmaster - (Roger Rueda)

2

Mensajes...

Usuarios en línea

(últimos 5 minutos)



Alumno de ejemplo



Webmaster - (Roger Rueda)

2

Valoración y atención del paciente de edad avanzada y pluripatológico

- **Lección 1.1. Valoración geriátrica integral**
 - Javier Ortiz Alonso
- **Lección 1.2. Valoración comorbilidad y pluripatología**
 - Máximo Bernabeu
- **Lección 1.3. Inmovilidad y sarcopenia**
 - José Antonio Serra Rexach
- **Lección 1.4. Utilización de medicamentos. Polifarmacia, uso inadecuado e infraprescripción**
 - Antonio San José
- **Lección 1.5. Fin de Vida**
 - Joan Espauella

Síndromes geriátricos

- **Lección 2.1. Delirium**
 - Francesc Formiga
- **Lección 2.2. Disfagia y neumonía por aspiración**
 - Jordi Mascaró
- **Lección 2.3. Caídas**
 - Montserrat Lázaro
- **Lección 2.4. Dolor**
 - Joan Manel Perez Castejón
- **Lección 2.5. Desnutrición**
 - Domingo Ruiz

Enfermedades prevalentes en el paciente de edad avanzada

- **Lección 3.1. EPOC**
 - Pedro Almagro
- **Lección 3.2. Osteoporosis**
 - Xavier Nogués
- **Lección 3.3. Infecciones**
 - Antonio Gil Aguado
- **Lección 3.4. Demencia**
 - Pedro Gil Gregorio
- **Lección 3.5. Anemia**
 - Emilio Sacanella

Riesgo vascular

- **Lección 4.1. Hipertensión arterial**
 - Cristina Sierra
- **Lección 4.2. Diabetes Méllitus**
 - Jesús Medina
- **Lección 4.3. Dislipemia**
 - Pilar Roman
- **Lección 4.4. Insuficiencia cardiaca**
 - Jordi Forteza
- **Lección 4.5. Enfermedad Tromboembólica**
 - Agustín Urrutia

Gestión integral

- **Lección 5.1. Atención Primaria**
 - Manuel Ollero
- **Lección 5.2. Unidades de Convalecencia – Media Estancia**
 - Pau Sánchez Fermin
- **Lección 5.3. Hospitalización a Domicilio**
 - Manuel F. Mieras
- **Lección 5.4. El ejemplo de la fractura de fémur**
 - Antonio Fernández Moyano
- **Lección 5.5. El ejemplo del Accidente Vascular Cerebral**
 - Ramón Miralles

Edición

Ver

Favoritos

Herramientas

Ayuda

crás

→

✕

🏠

🔍 Búsqueda

🌟 Favoritos

🎵 Multimedia

🌐

📄

📧

📁

ión

http://peayp.com/curso/mod/forum/discuss.php?d=20

Ir

Vínculos

»

PEAYP

►

Módulo 4

►

Foros

►

Novedades

►

Carta de bienvenida del coordinador del curso.

?

Buscar en foros

Mostrar respuestas anidadas

▼



Carta de bienvenida del coordinador del curso.

de Gregorio Tiberio - lunes, 17 de noviembre de 2008, 09:45

Apreciados colegas:

Soy Gregorio Tiberio y como coordinador del módulo de "Riesgo Vascular" tengo el placer de daros la bienvenida en nombre de todos los profesores que integramos este equipo docente.

El objetivo de este módulo es realizar una aproximación práctica a la valoración y estudio integral del paciente con riesgo vascular y edad avanzada (HTA, diabetes, dislipemia, insuficiencia cardiaca y enfermedad tromboembólica) y la comorbilidad con otras enfermedades muy prevalentes estudiadas en módulos anteriores.

Quisiera felicitar a todos los profesores (Dras. Sierra y Román y Dres. Medina, Corteza-Rey y Urrutia) porque han preparado sus lecciones con gran dedicación y esfuerzo ajustándose a la estructura docente de todo el curso. Los casos clínicos se han preparado pensando en mejorar la orientación clínica y pronóstica de estos pacientes en la práctica diaria analizando los diferentes grados de evidencia que tenemos en las guías para aplicarlos al paciente pluripatológico y de edad evanzada.

Todas las guías actualizadas de las diferentes enfermedades que estudiamos en este módulo están a vuestra disposición como material adicional.

Quedamos a vuestra disposición para la resolución de cualquier duda y esperamos que el trabajo realizado os sirva para practicar la medicina del paciente pluripatológico y de edad avanzada de una forma más científica, actualizada, segura y eficaz.

Ánimo y recibid un cordial saludo.

Editar

|

Borrar

|

Responder

?

Moodle Docs para esta página

Usuario:

Antonio San José Laporte (Coordinador)

(Salir)

Módulo 4

Moodle Theme by NewSchool Learning

Internet

Lección tipo

- Lección teórica. 6 horas
- Revisión bibliográfica. 9 horas
- Caso clínico. 6 horas
- Autoevaluación. 3 horas
- Prueba de suficiencia. 1 hora

Estructura de cada lección

Parte teórica:

- Lección preparada por el profesor.
- Equivalencia a 6 horas de formación.
 - Esta lección equivaldrá a la lección de presencia física. Comprenderá la parte central de la lección.
 - Se estructura en forma de manuscrito tipo “revisión”. La extensión recomendada es entre 15 y 20 páginas de 30 líneas de texto, y entre 5 y 10 tablas, figuras o algoritmos. Se incorporaran citas bibliográficas en el texto (entre 10 y 20). Se podrá incorporar fotografías y video
 - El alumno deberá contestar 5 preguntas test (4 opciones por respuesta) de cada lección teórica.

Personas

Participantes

Actividades

Cuestionarios

Foros

Recursos

Mis cursos

Módulo 1

Módulo 2

Módulo 3

Módulo 4

Módulo 5

[Todos los cursos ...](#)

Administración

Calificaciones

Acreditación

Ministerio de Sanidad y Consumo.

Comisión de formación continuada.

Actividad Acreditada por la Comisión de Formación Continuada.

Créditos : 7,4



Diagrama de temas

Enfermedades prevalentes en el paciente de edad avanzada.

Novedades

Resultados de la encuesta realizada del Módulo 1.

Resultados

1 EPOC

Pedro Almagro

Lección teórica

Referencias bibliográficas

Ref. 1 - The Body-Mass Index, Airflow Obstruction, Dyspnea, and Exercise Capacity Index in Chronic Obstructive Pulmonary Disease.

Ref. 2 - Salmeterol and Fluticasone Propionate and Survival in Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Ref. 3 - Mortality After Hospitalization for COPD

Comentarios de las referencias bibliográficas

Ref. 1 - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC

Ref. 2 - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC

Ref. 3 - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC

Caso clínico

Caso clínico

Autoevaluación

Autoevaluación Lección 1

2 Osteoporosis

Xavier Nogues

Lección teórica

Referencias bibliográficas

Ref. 1 - Diagnóstico de osteoporosis mediante la radiografía lateral de tórax.

Mensajes

Webmaster - (Roger Rueda) 2
Mensajes...

Novedades

15 de sep, 20:00

Pedro Almagro
[preguntas lección EPOC más...](#)

12 de sep, 11:13

Pedro Almagro
[figuras lección EPOC más...](#)

2 de sep, 08:52

Alfonso López Soto
Carta de Bienvenida. Alfonso López Soto. [más...](#)
[Temas antiguos ...](#)

Calendario

noviembre 2008

Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

Eventos globales

Eventos de grupo

Eventos de curso

Eventos de usuario

Preguntas al profesor

Profesores Módulo 3:

– Pedro Almagro
– Xavier Nogues
– Antonio Gil Aguado
– Pedro Gil Gregorio
– Emili Sacanella

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA



PEDRO ALMAGRO

DEFINICIÓN

En el año 2001 se publicó la definición de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) realizada por el grupo de consenso de la Global Obstructive Lung Disease (GOLD). En ella se define la EPOC como: un *proceso patológico* que se caracteriza por una limitación funcional al flujo aéreo que no es completamente reversible. Esta limitación al flujo aéreo es, por lo general, *progresiva* y se asocia con una *respuesta inflamatoria pulmonar anormal* a partículas o gases nocivos. La constatación espirométrica de un volumen espiratorio máximo en el primer segundo (VEMS o FEV₁, por sus siglas en inglés) postbroncodilatador inferior al 80% del valor de referencia junto a un índice FEV₁/Capacidad Vital Forzada (FVC) inferior al 70%, que no es completamente reversible confirma el diagnóstico. Posteriormente se han publicado nuevas guías como la de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía torácica (SEPAR), en la que se destaca la importancia del tabaquismo en nuestro medio como la principal causa de EPOC o la guía conjunta de las sociedades Europea y Americana, donde se destaca la condición de la EPOC como enfermedad prevenible y tratable.

De estas definiciones podríamos destacar cuatro conceptos importantes:

1. Se trata de una enfermedad obstructiva, por tanto la espirometría además de permitirnos valorar la gravedad de la obstrucción, es imprescindible para el diagnóstico de certeza. Una persona sana, al realizar una espiración forzada después de una inspiración máxima suele expulsar más del 80% del total del volumen espirado en el primer segundo,

Figura 1

Muestra la diferencia de las curvas en espiración forzada, entre un patrón normal y uno obstructivo

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA



PEDRO ALMAGRO

Figura 5

Capacidad de esfuerzo en pacientes con EPOC, con y sin insuficiencia cardíaca asociada.
DVI= Disfunción ventricular izquierda

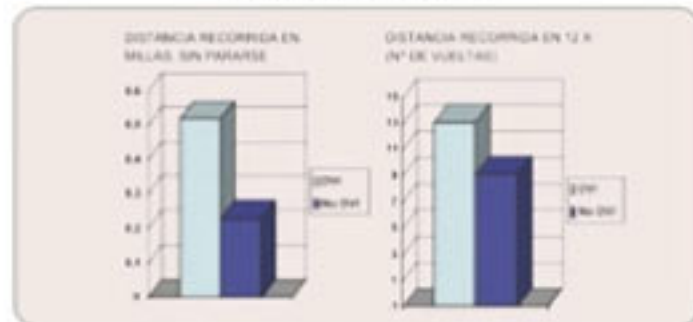
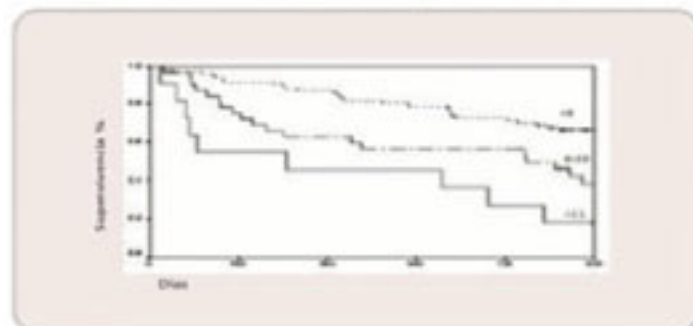


Figura 6

Curvas de supervivencia a 900 días en pacientes hospitalizados por EPOC, agrupados por no deprimidos (<5), deprimidos 5-10 y severamente deprimidos >11.
Las puntuaciones se refieren a la escala Yesavage de 15 puntos (Referencia 11)



ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA



PEDRO ALMAGRO

DIAGNÓSTICO DE LA EPOC EN EL ANCIANO

El diagnóstico de sospecha se basa en la presencia en un paciente con antecedentes de tabaquismo, de disnea o fatiga, inicialmente al esfuerzo, junto con la presencia de tos y expectoración crónica y los signos exploratorios. Sin embargo en los ancianos son frecuentes las presentaciones atípicas o poco sintomáticas de la enfermedad, lo que junto a la frecuente comorbilidad puede dificultar el diagnóstico diferencial. Por ello, la realización de una espirometría de calidad es imprescindible para confirmar la sospecha de EPOC, que además nos permitirá valorar la severidad de la misma y la respuesta broncodilatadora. A pesar de ello es evidente la infratilización de las pruebas espirométricas en la población general y en especial en los ancianos. Los estudios realizados en este grupo de edad muestran que también en ellos un menor FEV₁ se asocia a peor supervivencia y que más del 80% de los pacientes mayores de 65 años pueden realizar una espirometría de calidad. Sin embargo el tiempo necesario para practicarla es mayor que en los pacientes más jóvenes. Un menor nivel educacional, la institucionalización y un mayor grado de deterioro cognitivo y funcional son predictores de una mala técnica, mientras que la edad por sí misma tiene poca relevancia*.

Tabla 1

Diagnóstico diferencial en la EPOC

DIAGNÓSTICO	HALAZOS
EPOC	Inicio en la edad adulta Síntomas lentamente progresivos Historia de tabaquismo Disnea de esfuerzo Obstrucción bronquial poco reversible
ASMA	Inicio en jóvenes, incluso niños* Los síntomas varían día a día Más síntomas nocturnos o matutinos Historia de alergia, rinitis o eczema Obstrucción bronquial reversible
¡ CARDIACA	Crepitantes fines bilocales a la auscultación Cardiomegalia y edema pulmonar en la radiología Espirometría con restricción pulmonar

Adaptado de la referencia 1.

En los ancianos estas enfermedades pueden coexistir. El asma también puede iniciarse en edades avanzadas.

Estructura de cada lección

Parte práctica

- Revisión bibliográfica de 3 artículos de referencia. Equivalencia a 9 horas de formación.
 - El alumno accederá a 3 artículos seleccionados por el profesor. Se han de tratar de artículos de gran importancia y lo más actuales posibles. El alumno realizará un comentario científico de cada artículo, contestará a 3 preguntas test por artículo (4 opciones de respuesta)
 - Posteriormente podrá acceder al comentario científico realizado por el profesor y las respuestas de las preguntas test (autocorrección). La extensión recomendada del comentario científico del alumno y del profesor será entre 1 y 3 páginas de 30 líneas. Se podrá incorporar bibliografía relevante que no aparezca en el artículo.
 - Se proporcionará un correo electrónico con el director del curso para intercambiar comentarios con el profesor.

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

PEDRO ALMAGRO



REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA 1

Celli BR, Cote CG, Marin JM, Casanova C, Montes de Oca M, Mendez RA, et al. The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2004; 350: 1005-12.

Clásicamente la FEV₁ se ha considerado como la variable más importante para valorar la gravedad y el pronóstico de la EPOC, por lo que la mayor parte de los consensos lo utilizan para estadiar la enfermedad. Sin embargo estudios recientes demuestran que otros factores como la disnea o la calidad de vida pueden ser mejores indicadores de mortalidad (1,2). Recientemente, una revisión de la Canadian Thoracic Society ha incorporado una escala de disnea en su clasificación de gravedad de la EPOC que sustituye al FEV₁, de forma similar a lo que sucede en clasificación de la insuficiencia cardíaca con la escala de la NYHA (3).

Últimamente, Celli y colaboradores han publicado un nuevo índice pronóstico en la EPOC, al que de acuerdo a sus siglas en inglés han bautizado como BODE (B: body-mass index; O: airflow obstruction; D: dyspnea; E: exercise/capacity). En este índice los autores formulan la hipótesis de que un sistema de gradación multidimensional puede categorizar y estimar mejor la mortalidad que el FEV₁ aislado. Para ello combinan diferentes variables en 207 pacientes, demostrando que los mejores indicadores pronósticos son el FEV₁, postbroncodilatador y estratificado según la clasificación de la ATS; los metros recorridos en 6 minutos; el Índice de Masa Corporal (IMC) y la escala de disnea de la Medical Research Council Modificada (MMRC) (Tabla I). Estas variables se categorizan posteriormente de 0 (mejor pronóstico) a 3 (peor pronóstico), excepto el IMC que se divide en cero y uno, obteniéndose finalmente una puntuación que va de 0 a 10. Las puntuaciones y puntos de corte utilizados se exponen en la Tabla II. Este índice fue validado posteriormente en una cohorte de 625 pacientes ambulatorios, reclutados entre Estados Unidos, Venezuela y España. Los pacientes incluidos en Estados Unidos presentaban una enfermedad más avanzada de acuerdo con la escala de disnea, el IMC, la capacidad de esfuerzo medida con el test de marcha de 6 minutos y el FEV₁, además de tener mayor edad y comorbilidad medida por el índice de Charlson. Consecuentemente, la mortalidad fue significativamente mayor en los pacientes reclutados en Estados Unidos (32%), que en España (15%) o en Venezuela (13%). Sin embargo tras comparar el valor pronóstico del índice en las 3 poblaciones, los autores confirmaron que su capacidad pronóstica era similar.

La mortalidad global observada fue del 26% a los 28 meses de seguimiento (extremos 4 a 68). La mayoría de los pacientes (61%) fallecieron de insuficiencia respiratoria, mientras que un 14% lo hicieron por infarto de miocardio y un 12% por cáncer de pulmón. Para la mortalidad por todas las causas, el valor del BODE de los pacientes que fallecieron fue claramente superior (5,9 vs 3,7). Esta diferencia fue mayor al considerar sólo la mortalidad por causa respiratoria (6,7 vs 3,6).

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

PEDRO ALMAGRO



La comorbilidad medida por el índice de Charlson no fue un predictor independiente ni en la mortalidad general, ni en la debida a causa respiratoria. Los resultados obtenidos demuestran una capacidad pronóstica superior al FEV₁, tanto en la mortalidad global como en la directamente atribuida a insuficiencia respiratoria. Una de las ventajas de este índice es su facilidad de uso. Las cuatro variables incluidas son sencillas de medir y la simplicidad del sistema de gradación utilizado simplifica su uso en el ámbito clínico, aunque según algunos autores falta por valorar su aplicabilidad en otras poblaciones como la que requiere hospitalización durante el curso de una exacerbación.

Tabla I
Escala analógica de disnea

0. No siento ahogo, excepto con el ejercicio enérgico.
1. Jadeo cuando voy rápido en plano o subo una cuesta.
2. Tengo que caminar más lento que la gente de mi misma edad por ahogo o me tengo que parar para respirar cuando camino a mi propio paso en plano.
3. Me tengo que parar para respirar después de caminar unos 100 metros o después de algunos minutos en plano.
4. Me ahogo al salir de casa o al vestirme o desvestirme.

Tabla II
Variables y puntos de corte utilizados en el índice BODE

Variable	Puntuación			
	0	1	2	3
FEV ₁ (% del teórico)	>65	50-64	36-49	<35
Metros caminados en 6'	>350	250-349	150-249	<149
Escala de disnea MMRC	0-1	2	3	4
Índice de masa corporal	>21	≤21		

Estructura de cada lección

Parte práctica

- Presentación de un caso clínico. Equivalencia a 6 horas de formación.
 - Se presentará un caso clínico estructurado de una extensión entre 1 y 2 páginas. Del mismo se derivarán 2 actividades de aprendizaje y 6 preguntas test.
 - Posteriormente podrá acceder a las respuestas de las actividades de aprendizaje y de las preguntas test (autocorrección). La extensión recomendada del comentario clínico del alumno y del profesor será entre 1 y 2 páginas de 30 líneas.
 - Se proporcionará un correo electrónico con el director del curso para intercambiar comentarios con el profesor.

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

PEDRO ALMAGRO



CASO CLÍNICO

Paciente varón de 80 años de edad, que acude al hospital por aumento de su disnea.

Antecedentes personales:

- Alérgico a la penicilina (shock anafiláctico en una hospitalización 5 años antes)
- Fumador hasta los 78 años, con un total acumulado de 60 paquetes año.
- Diabetes mellitus de 20 años de evolución, en tratamiento con metformina e insulina.
- Cardiopatía isquémica que debutó hace 6 años con un infarto de miocardio inferior. Un MIBI SPECT mostró necrosis inferior que no reperfundía con el reposo. Un Ecocardiograma mostró dilatación ventricular e hipocinesia inferior y una fracción de eyección del 25%.
- Neoplasia de laringe tratada con quimioterapia y radioterapia hace 10 años, actualmente en remisión.
- Resección transuretral de próstata 2 meses antes del ingreso actual.
- Cumple criterios de bronquitis crónica desde hace más de 20 años. Cinco años antes precisó un primer ingreso hospitalario por descompensación, desde entonces ha requerido 5 ingresos más, 3 de ellos en el último año. Al mes del último ingreso se le realizó una espirometría que mostraba un FEV1 post-broncodilatador del 35% sobre el teórico, con un índice de FEV1/FVC del 60 %. En un test de marcha de 6 minutos el paciente caminó 125 metros. Una gasometría basal mostró una pO₂ de 70 mmHg y una pCO₂ de 42 mmHg. El paciente refería disnea de pequeños esfuerzos, que le dificultaba salir de casa así como lavarse y vestirse. Tratamiento habitual: AAS 100 mg/24 horas; Metformina 850 mg/8 horas; Atorvastatina 20 mg/día; Amlodipino 10mg/día; Salbutamol 200 mcg e ipratropium 40 mcg cada 6 horas; insulina NPH 16-0-8 UI y furosemida 40 mg/día. Vive con su esposa, la función cognitiva está conservada y necesita ayuda únicamente para vestirse y lavarse por la disnea. No tiene incontinencia de esfínteres.

Enfermedad actual:

- Aumento de su disnea de dos días de evolución, junto con edemas bimaletales de predominio izquierdo. Dolor en hemitórax izquierdo. No refiere cambios en la expectoración, ni fiebre.

Exploración física:

- Consciente y orientado. FR 24x'; FC 110 x' rítmico; SO₂ basal del 86%. Respiratorio: Hipofonía global, espiración alargada. Cardiovascular: Soplo sistólico 2/6 en apex; No T₄ ni R₄. Subedemas en EEII, de predominio izquierdo. Maniobra de Hoffman negativa. Abdomen anodino. Neurológico normal.

Estructura de cada lección

Autoevaluación:

- El alumno contestará a 20 preguntas de cada lección, cada una con cuatro respuestas posibles.
- Se proporcionará una breve explicación de la argumentación de la respuesta correcta y advertirá de las respuestas incorrectas
- Esta parte tiene una equivalencia a 3 horas de formación y se podrá realizar las veces que el alumno lo considere necesario.

Información

Resultados

Vista previa

Vista previa del cuestionario

Comenzar de nuevo

Los estudiantes verán este cuestionario en una ventana segura

1

Puntos: 1

En el artículo "Assessing Care of Vulnerable Elders-3. Quality Indicators de J Am Geriatr Soc 2007; 55: S464-S487, respecto los indicadores de calidad relacionados con el uso de medicamentos en la Insuficiencia cardiaca, señale la respuesta falsa.

Seleccione una respuesta.

- ☐ a. Se insiste en la utilización de diuréticos como tratamiento sintomático.
- ☐ b. Se enfatiza en la necesidad de mejorar la educación sanitaria del paciente, proporcionar documentación que facilite la optimización, y monitorizar y registrar los medicamentos de riesgo (por ejemplo la digoxina).
- ☐ c. Se insiste en la introducción de medicamentos como los IECAS y Betabloqueantes, que aunque presentan un margen terapéutico estrecho, han demostrado importantes beneficios.
- ☐ d. La mayoría de indicadores van dirigidos a la insuficiencia cardiaca con función ventricular deprimida.

2

Puntos: 1

A partir de la primera versión del ACOVE se analizó en un grupo de personas ancianas vulnerables los indicadores de calidad respecto la utilización de medicamentos. Se definieron 4 grandes grupos: prescripción de medicamentos indicados (underuse), evitación de medicamentos inapropiados (misuse), educación de los

Interactividad

1

Puntos: 1

En el caso clínico, la paciente presentaba.

Seleccione una respuesta.

- ☐ a. Comorbilidad grave.
- ☐ b. Edad muy avanzada.
- ☐ c. Comorbilidad grave y polifarmacia.
- ☒ d. Polifarmacia.



79 años aun no se puede considerar una edad muy avanzada. En principio la edad muy avanzada sería de 85 o más años. En estos pacientes de edad muy avanzada es donde existen menos evidencias respecto las recomendaciones en el tratamiento de sus enfermedades crónicas. Se trata del colectivo más emergente en el mundo occidental y sin duda serán necesarias mejores evidencias respecto el tratamiento de sus enfermedades. Si que presenta comorbilidad, pero todas ellas de gravedad moderada y valoradas conjuntamente estaríamos delante de una comorbilidad leve - moderada según el Índice de Charlson (puntuación de 2 o 3. Un punto por el EPOC y uno o dos por la diabetes mellitus en función de si hay o no repercusión en los órganos diana. Las otras enfermedades crónicas que presentaba, dos del aparato locomotor y la HTA no puntúan en el Charlson). Se trata de un caso muy claro de polifarmacia (tomaba 12 medicamentos en 19 tomas, 5 veces al día).

Correcto

Puntos para este envío: 1/1.

Pruebas de suficiencia

Pruebas de suficiencia: Son evaluaciones globales teórico-prácticas que se realizan al finalizar cada modulo. La prueba de suficiencia o evaluación global de cada módulo consta de 35 preguntas tipo test con 4 respuestas posibles seleccionadas aleatoriamente por el EVA para cada alumno del total de las 100 preguntas realizadas en la autoevaluación del módulo (20 preguntas por lección).

La prueba de suficiencia equivale a 1 hora de formación.

Alumnos

- 254 alumnos
- 6 bajas iniciales
- 1er Módulo:
 - 206 exámenes de suficiencia
 - 199 aprobados
- 2º Módulo
 - 195 exámenes de suficiencia
 - 195 aprobados
- 3er Módulo
 - 175 exámenes de suficiencia
 - 170 aprobados

Promedio de visita por recurso y visitas totales.

	CONSULTAS MÓDULO 1	CONSULTAS MÓDULO 2	CONSULTAS MÓDULO 3
PROMEDIO AUTOEVALUACIONES	7169	5074	4324
PROMEDIO LECCIÓN TEORICA	3002	2061	2357
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS (3-4 Ref)	5030	3210	3011
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS (3 Com)	5190	3822	2991
CASOS CLÍNICOS (COMENTARIO)	2491	1460	1697
PROMEDIO POR LECCIÓN	4576,4	3125,4	2876
TOTAL DE VISITAS	22882	15627	14380

Utilización de las autoevaluaciones y promedios.

Autoevaluaciones	MÓDULO 1		MÓDULO 2		MÓDULO 3	
	Intentos totales	Relación Estudiante / Intento	Intentos totales	Relación Estudiante / Intento	Intentos totales	Relación Estudiante / Intento
L1	652	3,29	447	2,41	528	2,95
L2	517	2,42	440	2,51	452	2,57
L3	529	2,57	488	2,85	499	2,90
L4	405	2,09	389	2,32	502	2,99
L5	558	2,85	486	2,96	439	2,61
PROMEDIO	532,2	2,64	450	2,61	484	2,80

Calificaciones medias de las autoevaluaciones y pruebas de suficiencia.

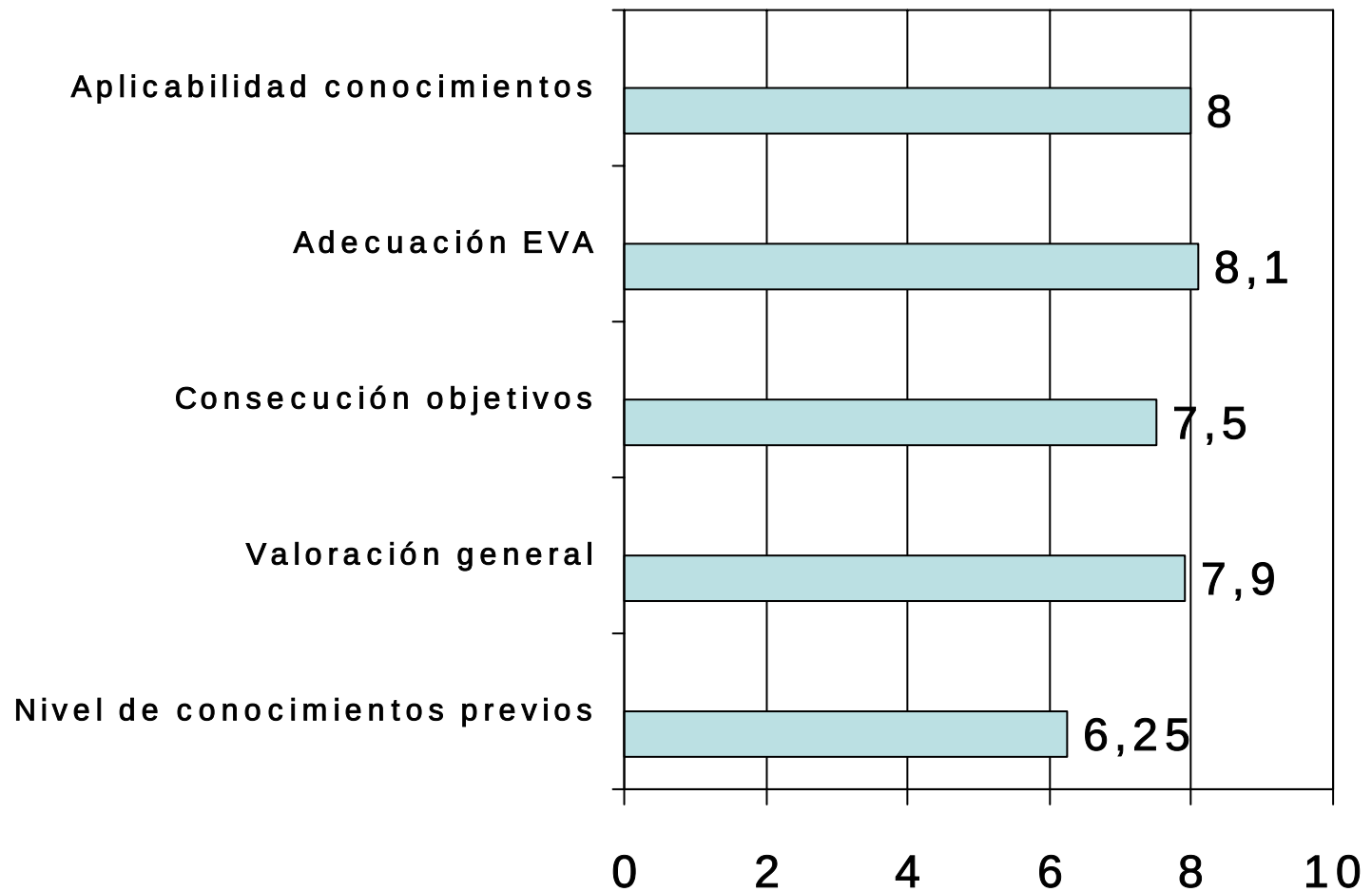
Autoevaluación	Media MÓDULO 1	Media MÓDULO 2	Media MÓDULO 3
Lección 1	9,42	9,51	9,65
Lección 2	9,45	9,49	9,42
Lección 3	9,41	9,42	9,51
Lección 4	9,63	9,55	9,2
Lección 5	9,45	9,34	9,6
TOTAL Autoevaluaciones	9,47	9,46	9,48
TOTAL Ex. SUFICIENCIA	9,52	9,69	9,50

Encuesta de satisfacción

- Encuesta online desde el EVA
- Realizada durante el segundo módulo
- 21 preguntas cerradas y 3 abiertas
- Baja participación: 88 alumnos

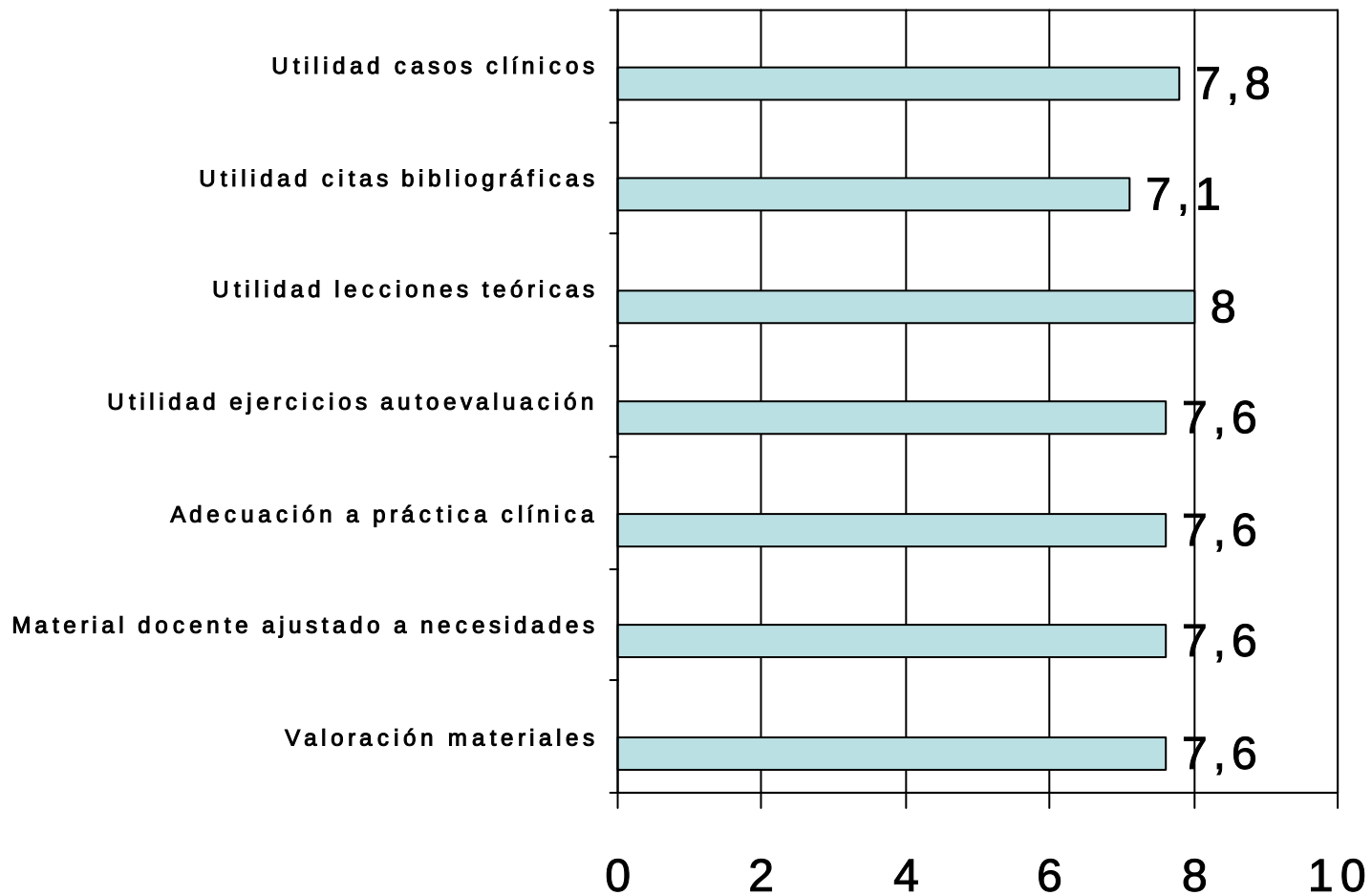
Encuesta de satisfacción

Valoración general



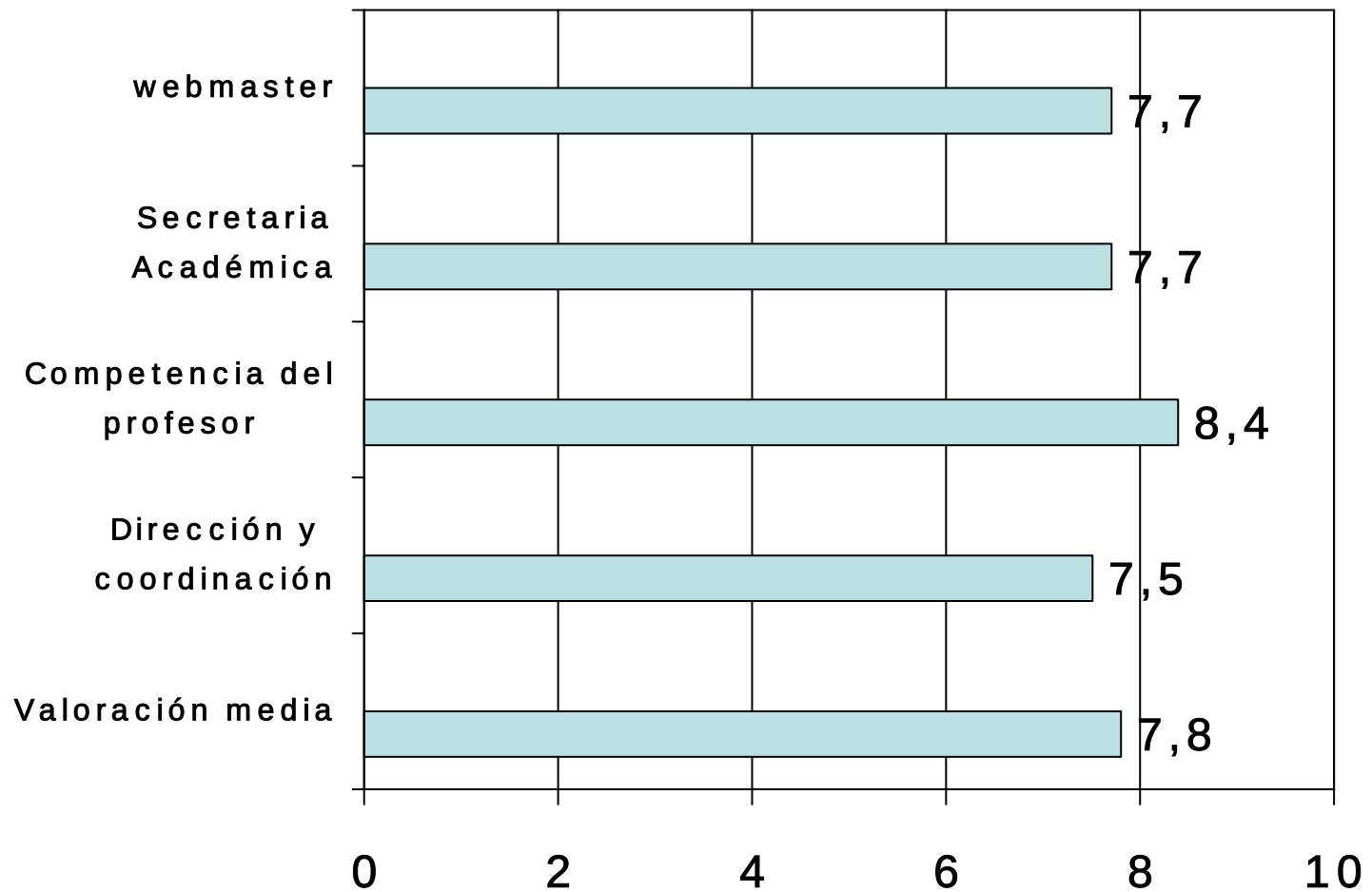
Encuesta de satisfacción

Formación y materiales lectivos



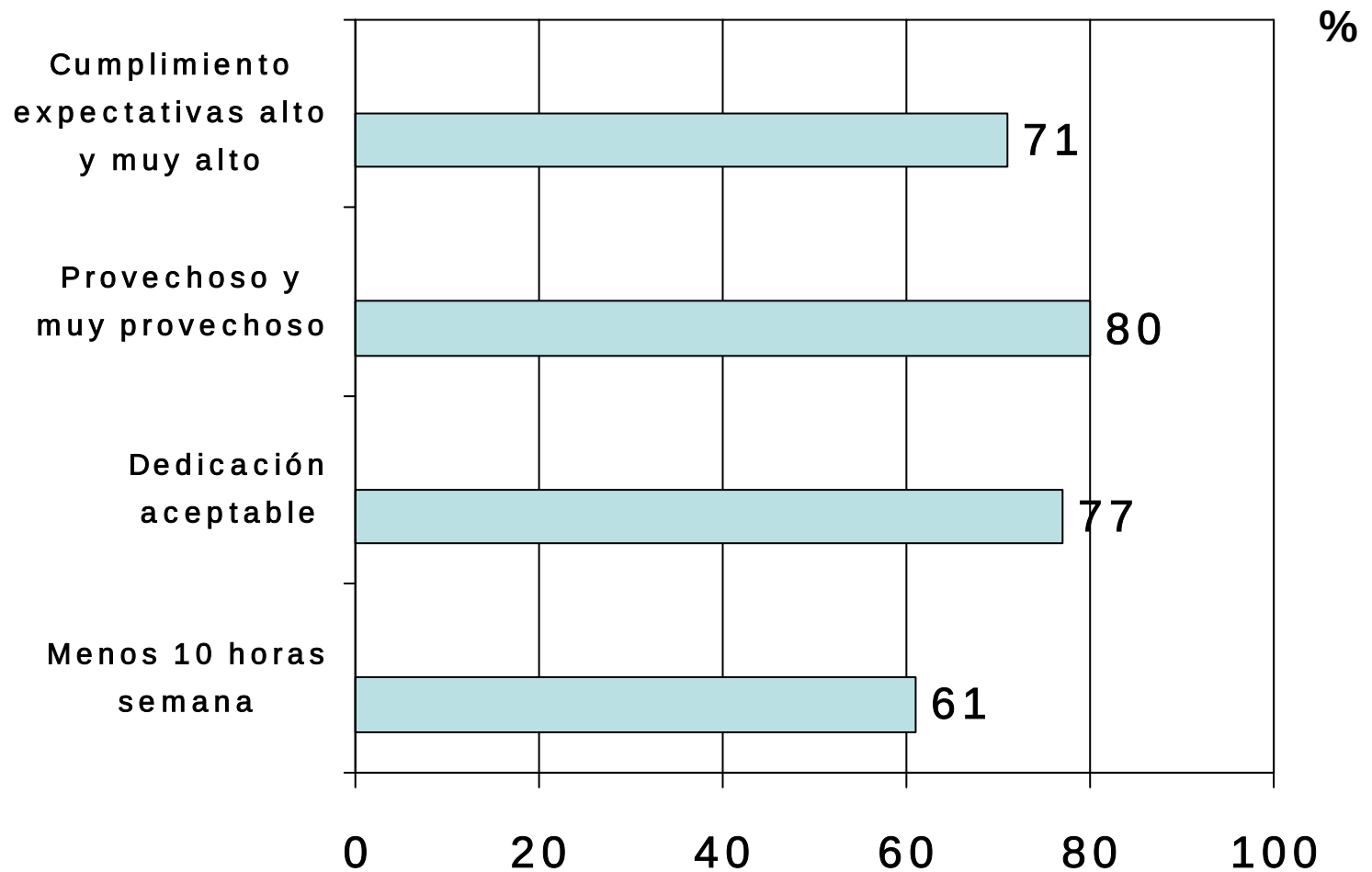
Encuesta de satisfacción

Equipo docente

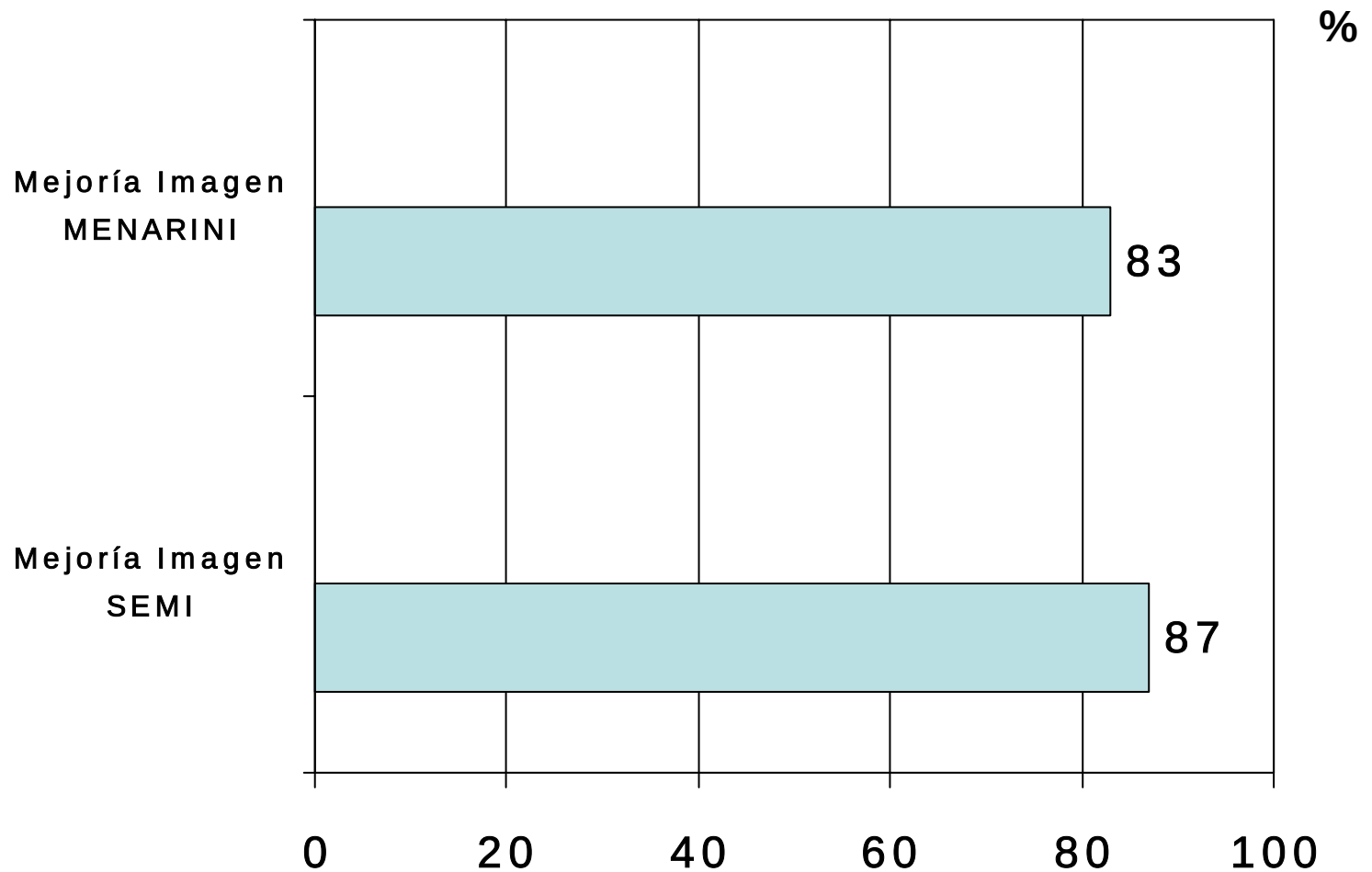


Encuesta de satisfacción

Tiempo en formación



Encuesta de satisfacción Imagen SEMI y Menarini



Nueva Edición

- Diplomatura de postgrado europea por la UAB (30 créditos)
- 5 módulos de 6 lecciones
- Módulo puente para alumnos de la primera edición
- Inicio Abril – Mayo 2009