

ATENCIÓN AL PACIENTE CON PROBLEMAS CRÓNICOS DE SALUD

Jueves 6 de octubre de 2011. 9:00 a 10:30 h

Aula Profesor Laín Entralgo – Facultad de Medicina

Comunicaciones orales (10 minutos)

Modera: Soledad Márquez

84. EL ABORDAJE CLÍNICO DE LA FIBROMIALGIA DESDE LA PERSPECTIVA DE PACIENTES Y PROFESIONALES DE LA SALUD

E. Briones Vozmediano, C. Vives Cases, E. Ronda Pérez, D. Gil González

Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: En este estudio se examinan tres aspectos implicados en el proceso de abordaje clínico de la fibromialgia: el abordaje diagnóstico, el abordaje terapéutico y la relación médico-paciente, desde dos perspectivas distintas de la enfermedad: la perspectiva profesional y la perspectiva de la experiencia vital de los pacientes, con el objetivo de identificar áreas concretas deficitarias y de insatisfacción en el proceso asistencial.

Métodos: La metodología diseñada para este estudio fue cualitativa y la técnica de recogida de información utilizada fue la entrevista personal semi-estructurada o basada en un guión. Se realizaron un total de 22 entrevistas (10 profesionales de la salud y 12 personas con diagnóstico médico de fibromialgia) en las diferentes provincias de la Comunidad Valenciana. Los profesionales entrevistados procedían de diversos ámbitos implicados en el abordaje de la fibromialgia (medicina de familia, reumatología, fisioterapia, psiquiatría, psicología, miembros del equipo de valoración de la incapacidad laboral). La muestra de pacientes estuvo compuesta por mujeres (= 9) y hombres (= 3) con un rango de edad de 29 a 61 años. La estrategia de análisis fue descriptiva e interpretativa, partiendo de un razonamiento inductivo.

Resultados: El proceso de abordaje de la fibromialgia se ha revelado como insatisfactorio en todas sus etapas tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud entrevistados. Comparando sus discursos, los motivos de insatisfacción de ambos colectivos convergen en la dificultad que encuentran en el diagnóstico y la prescripción de un tratamiento efectivo, derivada de la incertidumbre existente en torno a la etiología de este problema. Los pacientes describen una falta de apoyo moral por parte de los profesionales que les atienden, quienes a su vez se sienten con frecuencia poco útiles para los pacientes. Estas percepciones parecen generar un sentimiento de frustración entre los profesionales y enturbiar la relación con los pacientes.

Conclusiones: Este estudio contribuye a expandir el conocimiento sobre por qué el abordaje de la Fibromialgia no es efectivo ni satisfactorio. Los discursos resultantes sugieren la necesidad de que los servicios de salud ofrezcan un mayor apoyo a los pacientes de fibromialgia a través de recursos específicos —como podrían ser las Unidades de Fibromialgia existentes en España— y profesionales de la salud formados y sensibilizados con esta enfermedad.

Financiación: Observatorio de Salud de las Mujeres, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

403. IEMAC: UN INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE MODELOS DE ATENCIÓN ANTE LA CRONICIDAD

P. Fernández Cano^a, R. Nuño Solinis^b, J.J. Mira Solves^c, N. Toro Polanco^b, O. Solas Gaspar^d, J.C. Contel Segura^e

^aRelaciones Externas MSD; ^bO+Berri; ^cPsicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández; ^dÁrea Innovación SESCOAM; ^eDAP Costa Ponent, ICS.

Antecedentes/Objetivos: La prevención y control de las enfermedades crónicas es uno de los mayores retos de los sistemas sanitarios a nivel mundial. Se han desarrollado marcos conceptuales con mejores resultados que el modelo actual en el manejo de dichos pacientes. El modelo de más reconocimiento internacional es el CCM (Chronic Care Model). CCM muestra los elementos esenciales de los sistemas sanitarios para una atención de calidad a los enfermos crónicos. Pero la identificación y concreción a nivel operativo de dichos elementos en nuestro entorno, facilitando la adaptación del sistema sanitario ante la cronicidad, no se había realizado hasta ahora. Con ese objetivo, tres instituciones (Inst. Vasco de Innovación Sanitaria, U. Miguel Hdez y MSD) y un grupo de profesionales han desarrollado el IEMAC.

Métodos: Una revisión sistemática de la literatura identificó dos instrumentos de operativización del CCM: el ACIC y la matriz RAND. Doce expertos valoraron su idoneidad para el modelo sanitario español actual y futuro y construyó una nueva matriz considerando qué dimensiones básicas debían conformar el nuevo modelo de atención a la cronicidad. Se categorizaron posibles acciones en cada dimensión, creando una taxonomía de componentes e intervenciones. Se evaluó claridad, pertinencia y nivel de evidencia de cada intervención. El cuestionario resultante se validó por otros 18 expertos. Finalmente, el instrumento IEMAC 1.0 ha sido pilotado a niveles macro, meso y micro.

Resultados: IEMAC consta de 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. Innovaciones importantes introducidas son enfoque poblacional, prevención, nuevos roles de pacientes y profesionales, nuevos canales de comunicación, continuidad de cuidados entre distintos ámbitos asistenciales y proactividad del sistema, apoyándose en información para la gestión. En pilotos, ha mostrado alta puntuación en comprensión, pertinencia y potencial utilidad.

Conclusiones: IEMAC es un instrumento de evaluación, basado en el CCM, que permite evaluar de forma autoadministrada o externa, el nivel basal de la situación y los avances producidos por intervenciones dirigidas a mejorar la prevención y control de las enfermedades crónicas en un sistema nacional de salud. IEMAC puede administrarse a niveles macro, meso o micro, siendo útil para decisores, sanitarios, gestores, clínicos, pacientes e investigadores en la orientación del sistema sanitario hacia la cronicidad.

404. PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS CARDIOPROTECTORES Y CONTROL DE FACTORES DE RIESGO AL AÑO DE UN INFARTO DE MIOCARDIO

F. Recalde^a, M. Guevara^b, N. Álvarez-Arruti^c, C. Moreno-Iribas^b, A. Agorreta^b, F. Irisarri^b, Y. Floristán^b, M.J. Urra^b, J. Berjón^a

^aComplejo Hospitalario de Navarra; ^bInstituto de Salud Pública; ^cServicio de Análisis y Control Asistencial, Servicio Navarro de Salud.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo fue determinar en qué medida se alcanzan las recomendaciones de prevención cardiovascular al año del alta en los pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) en Navarra.

Métodos: En el CMBD de los hospitales públicos de 2007 se identificaron los residentes en Navarra con edad = 70 años y con IAM como diagnóstico principal al alta (n = 225). Del seguimiento se excluyeron los 12 pacientes que fallecieron durante el primer año (9 en el hospital y 3 tras el alta). Los datos demográficos, los factores de riesgo antes y al año se obtuvieron de la historia informatizada de atención primaria y del Registro de Infarto de Miocardio de Navarra. El seguimiento permitió obtener algún dato de 212 de los 213 pacientes que sobrevivieron 1 año (99,5%).

Resultados: Al ingreso por IAM eran fumadores el 55,9% de los pacientes, cifra que descendió a 16,3% al año. Prácticamente 1 de cada 2 fumadores abandonó el tabaquismo después del evento coronario. Sólo en el 55% de los pacientes se obtuvo el índice de masa corporal (IMC) al año del IAM, encontrándose obesidad (IMC = 30 kg/m²) en el 38% de ellos. Los datos de tensión arterial al año se obtuvieron en el 80%, encontrándose cifras óptimas en el 67,2%. Se observó un descenso medio de la tensión arterial sistólica de 6,5 mm Hg y de la diastólica de 6,1 mm Hg. Más del 85% de los pacientes tenían mediciones de colesterol total, LDL, HDL y triglicéridos al año. Las cifras de colesterol total descendieron en promedio 46,4 mg/dl, el colesterol LDL 36,8 mg/dl y los triglicéridos 21,4 mg/dl, mientras que las cifras de colesterol HDL se mantuvieron estables. Al año del infarto prácticamente 7 de cada 10 pacientes presentaban cifras óptimas de lípidos. El control óptimo de la glucemia en diabéticos se alcanzó en el 61,5%. El uso de medicación cardioprotectora al año fue de 95,8% para aspirina, 95,3% estatinas, 93,6% betabloqueantes y 70,4% inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina o bloqueadores del receptor de la angiotensina.

Conclusiones: Los datos del estudio muestran que el modelo de cuidados que se sigue con los pacientes coronarios en Navarra, que contempla el trabajo conjunto de médicos y enfermeras y el seguimiento tanto por atención primaria como por especializada, consigue que una gran proporción de pacientes alcanzan los objetivos de control de tensión arterial, lípidos o glucosa y una alta prescripción de fármacos cardioprotectores. Sin embargo, el abandono del tabaco y el control del peso continúan siendo objetivos no alcanzados en un porcentaje alto de pacientes.

517. CANSANCIO Y FACTORES DE RIESGO EN CUIDADORAS INFORMALES

M. Miralles Espí, J. Pérez Panadés, A. López Maside, O. Zurriaga

Àrea d'Epidemiologia, Direcció General Salut Pública, Conselleria de Sanitat, Comunitat Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: El envejecimiento de la población incrementa la dependencia y las necesidades de cuidados de larga duración, que implican la presencia de cuidadores informales que pueden sufrir cansancio, afectando su estado de salud y calidad de vida. Objetivo: Detectar el cansancio de cuidadores informales y factores de riesgo que influyen en él.

Métodos: Datos de 2010 recogidos por enfermeras de atención primaria de la Red Centinela Sanitaria de la Comunitat Valenciana. Casos: cuidadores informales con un paciente familiar a su cargo que requería atención. Se recogieron variables del paciente atendido, del proceso de atención y de estado de salud del cuidador. La valoración del cansancio se realizó mediante el test de Zarit. Se aplicó para hombres y mujeres, una regresión logística múltiple con selección de variables con el método forward. El nivel de significación para la inclusión de una variable en el modelo fue 0,10 y para su permanencia 0,05.

Resultados: Se notificaron 623 casos. El 83% eran mujeres y el 76% cónyuges o hijas de pacientes. La edad media fue de 61 años. La mayoría de los pacientes eran enfermos crónicos (70%) y el 32% presen-

taban demencia. Cuatro de cada diez cuidadoras atendían además a otras personas. Existía otro tipo de cuidador en el 40% de casos. El 14% manifestó aislamiento social y el 28% presentó un grado excesivo de implicación en el cuidado. El 38% de las cuidadoras no tenía conocimientos adecuados para la atención. El 16% de cuidadoras cambió de domicilio para atender al familiar y el 33% tomaba psicofármacos. El 70% de las cuidadoras presentó sobrecarga (20% leve y 50% intensa). En la valoración subjetiva (escala de 0 a 10) de nerviosismo y tristeza, la mediana fue de 7 y 6, respectivamente. En las mujeres el riesgo de sufrir sobrecarga es mayor cuando el tiempo de cuidado era superior al año (2-5 años OR 2,5; IC 1,3-4,8; 6-10 años OR 4; IC 1,8-8,9; mayor de 10 años IC 1,8-8,9). Cuando aumenta el grado de nerviosismo incrementa el riesgo de sobrecarga (5-7 puntos OR 3; IC 1,7-5,4; 8-10 puntos OR 11,6, IC 5,8-23). El riesgo de cansancio es mayor cuando los pacientes son enfermos con demencia (OR 3,4; IC 1,4-8,4) que si son enfermos crónicos y cuando además presentan otros procesos (OR 3,9; IC 1,2-12,5).

Conclusiones: La sobrecarga valorada en estas mujeres es similar o más elevada que la detectada en otros estudios. El grado subjetivo de nerviosismo, como síntoma de la afectación de la esfera psíquica de la cuidadora, junto con la duración de la atención, está relacionado significativamente con el cansancio de estas mujeres.

814. EVALUACION DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A ENFERMOS CRÓNICOS DEPENDIENTES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

J. Hanco-Saavedra, J. Calderón Meza

Unidad Docente MPYSP Aragón.

Antecedentes/Objetivos: La implementación y puesta en marcha del Programa de Pacientes Crónicos Dependientes (PECD) 2006-2009 de Aragón, en los equipos de soporte de atención domiciliaria (ESAD) y hospitales de convalecencia (HC), establece actividades específicas para cada tipo de paciente, en virtud de sus características clínicas y personales. Este programa pretende articular la atención sociosanitaria de los pacientes crónicos dependientes entre los diversos niveles asistenciales de la Comunidad Autónoma, elaborando un sistema que permita definir, agrupar y clasificar tanto los procesos que estos pacientes tienen como las necesidades que presentan y los cuidados que se les debe prestar. El objetivo es evaluar la ejecución e implementación del "Programa de Atención a Pacientes Crónicos Dependientes" en los ESAD y HC de Aragón durante el periodo 2007 a 2009.

Métodos: Estudio descriptivo, longitudinal de tipo evaluativo. Se usó la información de la base de datos de cada ESAD y HC, que incluyen variables del CMBD y del nivel de dependencia, por cada episodio. El análisis de indicadores se realizó agrupando los casos en episodios y el análisis descriptivo en pacientes. Para la construcción de indicadores se usó como denominador la población con tarjeta sanitaria adscrita por cada sector sanitario.

Resultados: En los ESAD, el 56,5% fueron varones, la media de edad fue de 76 años, el 63,7% fue derivado por los Centros de AP, el 79,6% recibió cuidados paliativos, el diagnóstico de neoplasia fue del 77,5%, el 40,9% tenía un nivel de dependencia total y 55,8% fallecieron. En los HC el 56% de los pacientes fueron mujeres, la edad media fue de 81 años, el 80% ingresó por urgencias, el 86% fue derivado de los hospitales agudos, el 46,5% recibió cuidados agudos con internamiento, el 19% tenía diagnóstico de enfermedades del sistema circulatorio, el 60,7% tenía un nivel de dependencia total y 25,9% fallecieron. Los indicadores de recursos de los ESAD y HC cumplieron lo propuesto en el PECD, la estancia fue de 23 y 16 días, respectivamente. La mortalidad domiciliaria en los ESAD se incrementó un 1%, y un 1,4% la proporción de visitas y atención telefónica.

Conclusiones: La evaluación de los subprogramas ESAD y hospitales de convalecencia ha sido satisfactoria. Se han implementado progresivamente los servicios y cuidados a los pacientes con enfermedades crónicas dependientes.

973. EL PROCESO ASISTENCIAL EN LA DIABETES MELLITUS. ¿PUEDE ASEGURAR RESULTADOS EN SALUD?

M.T. Alonso Salazar^a, J.J. Muñoz González^b, M.S. Ochandorena Juanena^c

^aContinuidad Asistencial, Hospital Universitario Fundación Alcorcón;

^bContinuidad Asistencial, Hospital Universitario Santa Cristina;

^cAsistencial Enfermera, DA Noroest.

Antecedentes/Objetivos: La cartera de servicios de atención primaria (CSAP) ha facilitado la oferta homogénea y explícita de servicios y su calidad. Informa actividad asistencial de proceso pero no evalúa su impacto en salud. En Madrid se ha revisado, estandarizado sus indicadores, incorporado a la historia informática y explotado automáticamente, y desde 2009 el Contrato Programa de los Centros de Salud (CS) incluye objetivos de efectividad. **Objetivos:** Describir un servicio de la CSAP desde la variabilidad entre CS y explorar la relación entre sus indicadores y los de efectividad relacionados.

Métodos: Se analizan los datos del servicio Atención a Pacientes Adultos con Diabetes Mellitus del año 2009 de 27 CS con una población de 625817 mayores de 14 años. Las variables de estudio son los indicadores de: Cobertura (> 14 años con DM/población diabética estimada). Criterios de buena atención (CBA): valoración inicial (VI), exploración física (EF), seguimiento clínico-analítico (S), control del plan de cuidados (C). Adecuación del tratamiento de pacientes diabéticos con nefropatía (ATDN). Control de pacientes diabéticos (CPD). Se utilizan estadísticos descriptivos, las razones de variación, bruta y ajustada (RVA) y los coeficientes de correlación lineal (r).

Resultados: La población diana son 47.221 diabéticos. La cobertura es óptima en 24 CS, pero ninguno alcanza los estándares mínimos de los CBA. Los valores medios de los CBA oscilan entre el 37,47% de VI y el 6,18% de C. Contrasta el elevado valor medio del indicador ATDN (61,02%) y el bajo nivel medio del CPD (17,75%). La variabilidad observada (RVA) es baja respecto a la cobertura y VI, (1,75 y 1,82, respectivamente), media en EF (2,7) y S (2,35) y alta en C (12,01). La variabilidad en ATDN es baja (1,38) y media en CPD (3,74). La correlación es muy débil en todas las asociaciones con r entre 0,07 y 0,50. Las correlaciones más altas son entre la ATDN y C (r = 0,5) y S (r = 0,46). La cobertura y la VI no se correlacionan con los indicadores de efectividad. El buen control de los diabéticos no se asocia a ninguno de los indicadores del servicio de la CSAP (r entre 0,07 y 0,26).

Conclusiones: La protocolización a través de la CSAP no ha controlado la variabilidad de la práctica clínica. La alta cobertura convive con bajos resultados en los CBA en un servicio de larga trayectoria. El buen control de la diabetes se muestra poco dependiente del proceso medido a través de la CSAP, tal vez porque se requiere de alta implicación del paciente. Los indicadores de efectividad pueden estimular la orientación hacia resultados en salud y su correlación con los CBA orientar las mejoras del proceso asistencial.