

**XXVIII
CONGRESO**
Comunicación
y Salud



CÓRDOBA

del 11 al 14 de octubre

**"comunicando
compasión,
atendiendo
con pasión"**

LIBRO DE COMUNICACIONES

XXVIII CONGRESO DE COMUNICACIÓN Y SALUD

En Córdoba, del 11 al 14 de octubre de 2017

A) PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

A.1.-COMUNICACIONES ORALES

Viernes, 13 de octubre, de 10 a 14 horas. Sala de Grados. III Foro de Investigación/VI Reunión de la RICyS

Moderadores: Remedios Martín y Luis Pérula

I. Proyectos de investigación presentados al Congreso

ID: 00899

Tipo de comunicación: Proyectos de Investigación Cuantitativos

Formato de presentación: oral

M^a DE LOS ÁNGELES LÓPEZ¹

1) CS EL TORREJÓN

Palabras clave: Dance Therapy; Quality of Life; Burnout Professional

A.1.I.1. EFECTIVIDAD DE LA PRÁCTICA DE BAILE LATINO EN EL SÍNDROME DE BURNOUT Y EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS.

INTRODUCCIÓN: Para disminuir el síndrome de burnout o del profesional quemado y preservar la calidad de vida de los sanitarios pueden ser efectivas medidas no farmacológicas, como la práctica de ejercicio físico aeróbico, yoga, pilates, mindfulness, etc. En relación a las medidas no farmacológicas se ve justificado este estudio de investigación. Con él queremos demostrar que practicar una actividad física y social como es el baile latino también puede ser efectivo.

OBJETIVOS: Determinar la efectividad del baile latino en el síndrome de burnout y en la calidad de vida de los profesionales sanitarios.

DISEÑO: Estudio de intervención sin grupo control.

EMPLAZAMIENTO: Centros de salud urbanos.

SUJETOS Y MÉTODOS: La intervención consiste en impartir talleres de baile latino durante 2 meses, 1 hora a la semana a la muestra seleccionada de profesionales sanitarios.

Análisis de datos: Descriptivo: Porcentajes para las variables cualitativas. Inferencial: mediante intervalos de confianza al 95%. Para comparar medias test de la t de Student para muestras repetidas.

Limitaciones del estudio: Tamaño muestral con una n pequeña: debido a que no pueden impartirse clases muy numerosas si se pretende que sean efectivas. La existencia de voluntarios, suelen estar más implicados en mejorar. Posibles pérdidas: puede que a lo largo del estudio algunos participantes abandonen el estudio por varias razones, imposibilidad de horarios, desmotivación, aparición de un acontecimiento vital inesperado o una enfermedad

que le impida seguir. Poco tiempo de seguimiento. Existencia de variables de confusión, es decir, pueden existir variables circunstanciales que provoquen mejoría y no haber tenido relación con la hipótesis del estudio.

APLICABILIDAD: El baile es una actividad ayuda a nuestra salud física y mental. Considero que podría mejorar el humor de los profesionales, el ambiente de trabajo entre los mismos y la comunicación con los pacientes. En general fluiría toda la actividad asistencial y entre compañeros mucho mejor en los centros de salud.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES: Se respetarán los principios generales de la ética en investigación. Asimismo, se actuará conforme a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, respetando la confidencialidad sobre los datos aportados por los participantes en el estudio. Se entregará un documento informativo para los participantes en el estudio, explicando en que consiste el mismo, como un consentimiento informado. Dichos documentos serán firmados por el participante y la investigadora principal antes de proceder al estudio. El proyecto se enviará al Comité de Ética y de Investigación Clínica de Huelva para su valoración y aprobación.

ID: 00908

Tipo de comunicación: Proyectos de Investigación Cuantitativos

Formato de presentación: oral

MARÍA LOBO MARÍN¹

MARÍA FUENSANTA MICAELA GUZMÁN¹

LAURA FLORES¹

RAQUEL ESCUDER¹

JOSE ANTONIO PRADOS¹

JORGE MARTINEZ¹

1) UGC Lucano

Palabras clave: Contracepción; Share decisions

A.1.I.2. IMPACTO DEL USO DE TARJETAS INFORMATIVAS SOBRE ANTICONCEPCIÓN EN LA SATISFACCIÓN Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LAS PACIENTES

INTRODUCCIÓN: Facilitar una adecuada información sobre el tratamiento a administrar al paciente es una forma reconocida de aumentar la satisfacción de éste y la posterior adherencia a dicho tratamiento. En el campo de la planificación familiar existen múltiples opciones anticonceptivas con distintas características, siendo las mujeres a las que va dirigido un grupo de pacientes relativamente jóvenes y participativas en cuanto a la elección del método. Consideramos a este respecto el sistema de toma de decisiones compartidas basado en tarjetas informativas, como el desarrollado por Víctor Montori y la Clínica Mayo, como una herramienta útil a la hora de aumentar la satisfacción y mejorar la información dada a este grupo de pacientes.

OBJETIVOS: Evaluar el impacto del uso de tarjetas informativas en la satisfacción y la retención de la información dada en pacientes usuarias de anticonceptivos.

DISEÑO: Estudio quasi-experimental

EMPLAZAMIENTO: 3 Centros de Salud Urbanos del Distrito Córdoba-Guadalquivir

SUJETOS Y MÉTODOS: 3 enfermeras encargadas del Programa de Planificación Familiar de cada Centro de Salud junto con 4 médicos de cada Centro. Criterios de inclusión: Residentes de 4º años o médicos adjuntos/enfermeros con contratos de duración superior a un año en el puesto en el que se encuentren. Pacientes que soliciten espontáneamente consejo sobre anticoncepción. Aceptar participar en el estudio. Criterios de exclusión: Médicos que no realicen habitualmente entrevistas de planificación familiar en su cupo. Al inicio de estudio se realizará un curso básico sobre cómo utilizar las tarjetas informativas a los profesionales. De cada paciente que solicite información se utilizará de forma alternante (una paciente estudiada y la siguiente control) información verbal frente al uso de tarjetas. Al final de la entrevista se pasará encuesta corta de satisfacción. A las dos semanas de la entrevista se contactará telefónicamente, previo consentimiento de la paciente, para realizar un cuestionario breve sobre la información que se facilitó durante la entrevista. Se realizará comparación del grupo de intervención frente al grupo control midiendo las variables satisfacción y retención de información. Limitaciones: Tamaño muestral bajo.

APLICABILIDAD: A medida que evoluciona la sociedad y más aún en grupos de paciente jóvenes, la demanda de información ha ido incrementando. Existen múltiples fuentes a las que pueden acudir y que condicionan una mayor participación en la toma de decisiones sobre su salud. Es responsabilidad del profesional sanitario ofrecer información asequible y fidedigna, por lo que estas herramientas adquieren especial relevancia.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES: El proyecto pasará la comisión de Investigación de AP en Córdoba. Los profesionales y pacientes darán su consentimiento escrito y verbal respectivamente, para su participación. Los datos serán tratados de forma anónima y confidencial.

ID: 00931

Tipo de comunicación: Proyectos de Investigación Cualitativos

Formato de presentación: oral

PILAR EZPELETA¹

VICENT MONTALT¹

1) Universitat Jaume I

Palabras clave: Communication Barriers (D003144); Cross-Cultural Comparison (D003431); Role Playing (D012381)

Financiación: Agencia pública

A.1.1.3. La mejora de la comunicación clínica interlingüística e intercultural: nuevas metodologías para la formación de los profesionales sanitarios

INTRODUCCIÓN: La trayectoria investigadora del grupo GENTT nos ha permitido detectar una serie de necesidades en el marco de la comunicación médico-sanitaria. Además, hemos constatado la creciente tendencia a la movilidad de los profesionales sanitarios y a la internacionalización de la comunicación. El proyecto actual gira en torno a los géneros consulta clínica y consentimiento informado, fundamentales en la relación médico-paciente. En el caso

del consentimiento informado, partimos de la hipótesis de que es un género escrito pero que en su uso clínico real plantea situaciones en las que se genera interacción oral. En el caso de la consulta, un género eminentemente oral y fundamental en la comunicación clínica, observamos la importancia de recurrir a la comunicación escrita en el caso de determinados tipos de información.

OBJETIVOS:

- 1) Contribuir a la formación comunicativa de los futuros profesionales sanitarios que ejercerán en el contexto español y/o en contextos multiculturales en los que el inglés se utiliza como lengua vehicular, facilitando así su internacionalización.
- 2) Contribuir a la formación de los traductores y mediadores especializados en los ámbitos médico-sanitarios.

DISEÑO: Investigación cualitativa. Análisis y definición de los géneros consentimiento informado y consulta médica en sus modos oral y escrito.

- Caracterización de los géneros consentimiento informado y consulta médica en los contextos sanitarios español y británico mediante la realización de entrevistas y *focus groups* a profesionales sanitarios, estudiantes de medicina, etc., y análisis de las similitudes y diferencias entre ellos.
- Elaboración de dramaturgias de orientación etnográfica y sociológica relativas a situaciones clínicas concretas enmarcadas en los dos géneros de trabajo.
- Puesta en escena las dramaturgias elaboradas en las que se escenifiquen los géneros objeto de investigación tanto en español como en inglés.
- Elaboración de vídeos, en inglés y en español, de utilidad para estudiantes de medicina y profesionales sanitarios sobre el funcionamiento de los géneros objeto de investigación.
- Transferencia de resultados a los grupos de interés.

EMPLAZAMIENTO: Titulación de Medicina de la UJI, los hospitales del entorno (Hospital Provincial de Castelló, Hospital Clínico de Valencia), National Health Service y Refugee Council (Gran Bretaña).

SUJETOS Y MÉTODOS: Profesionales médico-sanitarios, estudiantes de ciencias de la salud, pacientes. Entrevistas, encuestas, grupos de debate, dramaturgias y puestas en escena.

APLICABILIDAD:

- Se mejorará la formación en comunicación clínica de los futuros profesionales de ciencias de la salud y los traductores y mediadores culturales en el marco del consentimiento informado y la consulta.
- Se llenará el vacío que existe actualmente en la formación universitaria de competencias comunicativas en la relación médico-paciente.
- Se facilitará la internacionalización de los estudiantes de medicina.
- Se generarán pautas para la formación de estudiantes en el uso del inglés en contextos sanitarios.
- Se aportará a la investigación en traducción y comunicación una metodología de investigación novedosa basada en la dramaturgia.
- Se desarrollarán las potencialidades de la dramaturgia como metodología para la socialización profesional.
- Se proporcionarán marcos de reflexión y materiales para los traductores, mediadores e intérpretes en ámbitos médico-sanitarios.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES: Consentimiento informado de los participantes. Declaración de Helsinki.

ID: 00949

Tipo de comunicación: Proyectos de Investigación Cualitativos

Formato de presentación: oral

ANA MARÍA PÉREZ¹

FERNANDO CABALLERO¹

MERCEDES GÓMEZ DEL PULGAR¹

1) Universidad Francisco de Vitoria (Madrid)

Palabras clave: Skills; Communication; Nursing Students

A.1.I.4. CONSENSO IBEROAMERICANO SOBRE CORE CURRICULUM DE COMPETENCIAS COMUNICACIONALES (CCCC) PARA ESTUDIANTES DEL GRADO EN ENFERMERÍA

INTRODUCCIÓN: Las acciones de Enfermería se caracterizan por ser polivalentes, altamente flexibles, con un gran contenido multidisciplinar, y requerir el desarrollo de habilidades de pensamiento crítico y capacidad de análisis. El ejercicio profesional exige, además, adquirir competencias técnicas de muy alto nivel y mantener una gran sensibilidad para el trato humano de los individuos que se encuentran en situaciones de salud –enfermedad y capacidad de comunicación con ellos y con su entorno. Estas habilidades de comunicación responden a las necesidades de seguridad y de información por parte de los pacientes y sus familias. Mejorar las competencias de comunicación es un propósito principal de los profesionales de Enfermería, sustentada por las estrategias formativas necesarias para garantizar el buen desempeño profesional en esta dimensión, teniendo en consideración las aportaciones de usuarios y familias, y deberían integrarse con los propios cuidados de Enfermería.

Desde el punto de vista enfermero, las competencias comunicacionales son claves en la relación con el paciente y su entorno. De hecho, están recogidos en diferentes referentes, como son el Libro blanco y la Orden CIN 2134/20085 e internacionales, como lo Directiva Europeo de cualificaciones o el Proyecto Tuning. Por lo que se considera imprescindible que los egresados demuestren durante su formación la adquisición de las competencias de comunicación y se incorporen a la realidad laboral como unos profesionales completos. Sin embargo, basta con realizar una revisión de los planes de estudio del Grado en Enfermería a nivel nacional e internacional, para comprobar que existe una gran disparidad en cuanto a las materias y metodologías utilizadas para su entrenamiento y evaluación.

OBJETIVOS: Definir un conjunto básico (nuclear) de competencias comunicacionales para el Grado en Enfermería, evidenciado como resultados de aprendizaje, consensado a nivel nacional e internacional.

DISEÑO: Es un estudio enmarcado dentro de la metodología cualitativa. Se utilizarán dos técnicos de consenso (presencial y a distancia), en los que participen expertos de ámbito nacional e internacional. Se comenzará realizando un grupo nominal, para definir un listado inicial de competencias y posteriormente, se procederá a la valoración por consenso, mediante un panel Delphi, de forma online (encuesta web), canal por el que se recogerá el posicionamiento y opiniones de cada experto sobre lo propuesto inicial. El proceso se completará mediante dos rondas de interacción con la técnica REMODE (*Remote Delphi Modified*).

EMPLAZAMIENTO: Universidad Francisco de Vitoria.

SUJETOS Y MÉTODOS: Se realizará mediante un trabajo de grupo nominal formado por el grupo inicial (impulsor) de expertos nacionales e internacionales en comunicación.

APLICABILIDAD: El documento resultante se completará con las posibles aportaciones de un grupo revisor externo de ámbito académico y profesional nacional e internacional, con el fin de realizar una aportación a los planes de estudio nacionales e internacionales del Grado en Enfermería.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES: Este estudio no tiene fines lucrativos sino meramente Académicos. Se garantiza la máxima confidencialidad de los datos que se ajusta a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

ID: 00993

Tipo de comunicación: Proyectos de Investigación Cuantitativos

Formato de presentación: oral

SARA FERNÁNDEZ ¹

ESPERANZA M^a ROMERO²

ANA BELÉN GONZÁLEZ¹

JOSE DOMINGO GARCÍA-REVILLO³

MARIA CRUZ LINARES ⁴

JUAN MANUEL PARRAS REJANO⁵

1) HOSPITAL COMARCAL VALLE DE LOS PEDROCHES 2) DISTRITO SANITARIO CÓRDOBA Y GUADALQUIVIR 3) HOSPITAL INFANTA MARGARITA 4) CENTRO DE SALUD DE PEÑARROYA PUEBLONUEVO 5) CONSULTORIO VILLANUEVA DEL REY

Palabras clave: Acute Bronchitis; Shared Decisions; Antibiotics

A.1.I.5. INFLUENCIA DE LA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS EN EL CORRECTO USO DE LA TERAPIA ANTIBIÓTICA EN PACIENTES CON BRONQUITIS AGUDA

INTRODUCCIÓN: Aproximadamente el 90% de las bronquitis agudas son de etiología vírica, debido a esto, los antibióticos no están indicados como tratamiento de la bronquitis y deben de ser usados sólo en pacientes con elevado riesgo de desarrollar neumonía. Las estrategias de comunicación son necesarias para proporcionar una información efectiva sobre las terapias recomendadas y para llegar a un consenso sobre la pauta a seguir, a la vez que se mantiene la satisfacción del paciente. Trabajar la toma de decisiones compartidas puede ser, por tanto, una buena herramienta no solo para mejorar la relación médico-paciente, sino también para disminuir el consumo de antibióticos innecesario y así evitar los efectos negativos derivados de su uso.

OBJETIVOS: Principal: Introducir herramientas de toma de decisiones compartida para disminuir el consumo innecesario de antibiótico. Específicos: Mejorar la relación médico-paciente a través del empleo de técnicas comunicacionales. Implicar al paciente de forma activa en la toma de decisiones referentes a su salud. Evaluar grado de confianza en la información recibida por el paciente. Observar si tras haber recibido una información correcta se disminuye el número de consultas por el mismo motivo.

DISEÑO: PRIMERA FASE: Estudio observacional descriptivo, transversal y multicéntrico.
SEGUNDA FASE: Estudio cuasi-experimental, pre-postintervención comunicacional, antes-después, abierto, multicéntrico.

EMPLAZAMIENTO: Centros de Salud y Urgencias hospitalarias de la provincia.

SUJETOS Y MÉTODOS

PRIMERA FASE (objetivo principal 2.1,2.2): -POBLACION DE ESTUDIO: Pacientes que acuden a Centros de Salud y a Urgencias hospitalarias con síntomas y criterios diagnósticos de bronquitis aguda. -CRITERIOS DE SELECCIÓN: De inclusión: Pacientes mayores de 14 años, Pacientes menores de 55 años. Síntomas y criterios diagnósticos de bronquitis aguda. De exclusión: Fumadores, Asmáticos, EPOC o pacientes con enfermedades respiratorias crónicas. -ANALISIS ESTADISTICO: Uni y bivariado ($p < 0,05$).

SEGUNDA FASE (objetivo principal 1, 2.3, 2.4 y el 3).-POBLACION DE ESTUDIO Y CRITERIOS DE SELECCIÓN: igual que la fase 1. -ANALISIS ESTADISTICO: Uni y bivariado ($p < 0,05$). -INTERVENCIÓN: Se realizará un cuestionario telefónico sobre el uso de antibióticos en el paciente tras la información recibida, así como sobre la evolución clínica.

LIMITACIONES: Sesgos de selección. Sesgos de información. Sesgo Hawthorne. Sesgo de obsequiosidad.

APLICABILIDAD: Los resultados de este estudio nos servirán para conocer el manejo que presentan los profesionales de AP en relación a las técnicas comunicacionales de la toma de decisiones compartidas. Desde el punto de vista formativo, el plan testado, en el caso de demostrar su eficacia, puede ser de utilidad para los responsables docentes de distintos ámbitos del SNS, con vistas a tenerlo en consideración y postular su ejecución (Programas Oficiales de las especialidades de Medicina Familiar y Comunitaria...) y en Guías de Práctica Clínica.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES: El protocolo será enviado al Comité de Ética del Hospital. Se solicitará el consentimiento informado que otorga voluntariedad a la participación en el estudio. El tratamiento de los datos de carácter personal de los sujetos que participan en el estudio se ajustará a lo establecido en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal. No se esperan riesgos de ningún género.

ID: 01006

Tipo de comunicación: Proyectos de Investigación Cuantitativos

Formato de presentación: oral

JOSÉ RODRÍGUEZ¹
MÓNICA LALANDA¹
DAYRO GUTIÉRREZ²
ELENA MUÑOZ¹
MARIANNY GUZMÁN¹
ESTRELLA GIMENO¹

1) Centro de Salud Segovia III; 2 Centro de Salud Segovia II

Palabras clave: Empathy; Cartoons; Education, Medical, Graduate

A.1.I.6. PROYECTO QUINTAESENCIA. Utilidad del cómic para mejorar la empatía de los profesionales en formación.

INTRODUCCIÓN: La empatía se define como la capacidad del profesional para entender las emociones, las perspectivas y las experiencias de sus pacientes, combinada con la capacidad de comunicar dicho entendimiento. La empatía se relaciona directamente con una mejor relación médico-paciente, con mejores competencias profesionales y con una mayor satisfacción profesional. Mostrar empatía y desarrollar habilidades empáticas no es una cualidad innata al profesional. Es una habilidad que se puede y se debe aprender para mejorar la calidad de la atención que se presta a los pacientes. Los profesionales sanitarios en formación (MIR, EIR y FIR) constituyen un grupo de población donde el aprendizaje de esta cualidad es especialmente necesario para su desarrollo profesional. Dicho aprendizaje puede ser llevado a cabo de distintas maneras. Proponemos como método para ello el cómic, que permite al profesional, entre otras cosas, entender cómo se vive la enfermedad, favoreciendo la capacidad de observación, humanizando las situaciones y dando visibilidad al enfermo más allá de la enfermedad, aumentando la empatía del profesional sanitario.

OBJETIVOS: Estudiar la mejoría en la empatía tras el uso del comic como herramienta docente entre los profesionales de la salud en su etapa de formación especializada en nuestra Unidad Docente. Igualmente, analizar la influencia del burnout y del nivel de calidad de vida sentida en el grado de empatía de los profesionales sanitarios durante sus años de formación.

DISEÑO: Estudio Cuasi-Experimental Prospectivo (antes-después).

EMPLAZAMIENTO: Multicéntrico (Centros de Salud Urbanos y Complejo Asistencial)

SUJETOS Y MÉTODOS: Profesionales Internos Residentes de Medicina, Enfermería y Farmacia de cualquier especialidad y año de formación de la Unidad Docente de Atención Primaria y Hospitalaria, que acepten voluntariamente mediante consentimiento informado participar en el estudio. Utilizaremos para el análisis el Cuestionario SF-36 (evalúa la Calidad de Vida Relacionada con la Salud), Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (evalúa el agotamiento o desgaste profesional) y Escala Médica de Empatía de Jefferson (evalúa la empatía) todas ellas validadas en español.

Periódicamente los participantes recibirán un cómic diseñado como elemento docente para incrementar su empatía. Posteriormente se analizará su impacto mediante los cuestionarios señalados. Para todos los análisis estadísticos se usará el Software Stata V11.1.

APLICABILIDAD: Algunos de los estudios publicados hasta ahora, muestran como la empatía decrece durante los años de formación y práctica profesional de los profesionales de la salud. Los estudios relacionados con esta tendencia de la empatía o de su asociación con otros determinantes, son en su mayoría extranjeros. Hasta donde conocemos, no se dispone de un estudio que analice esta situación entre el colectivo de internos-residentes. Tampoco tenemos constancia de que exista ningún estudio que valore la mejoría de la empatía de los profesionales sanitarios en formación a través del cómic.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES: Este estudio cumple con los requerimientos internacionales vigentes en materia de Investigación en Salud (Declaración de Helsinki, Carta de Ottawa, entre otros) y con la aprobación del CEIC del Área de Salud. La participación de los individuos que conforman la población a estudio es completamente voluntaria y se formalizará mediante la firma de un Consentimiento Informado.

ID: 00890

Tipo de comunicación: Proyectos de Investigación Cuantitativos

Formato de presentación: oral

ANA BELÉN GONZÁLEZ³

JUAN ANTONIO PRIETO¹

SERGIO POSTIGO³

ALMUDENA SALAZAR³

LUIS ÁNGEL PÉRULA³

ÁNGELES RUBIO¹

1) Centro de Salud de Peñarroya-Pueblonuevo. UGC Guadiato. ASNC 2) Centro de Salud Pozoblanco. ASNC. 3) Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba.

Palabras clave: EPOC; Agudización; Educación en la técnica de inhalación.

A.1.I.7. Uso de inhaladores en pacientes con EPOC. Estudio cuasiexperimental

INTRODUCCIÓN: El factor que incide fundamentalmente en la evolución de la EPOC son las exacerbaciones, afectando su número y gravedad al pronóstico. Una de las principales causas del mal control del paciente con EPOC es la falta de adherencia terapéutica, debido fundamentalmente a la complejidad del tratamiento.

OBJETIVOS: Comprobar si la educación en la técnica de inhalación disminuye el número de agudizaciones presentando nuestros pacientes con EPOC un mejor control de su enfermedad.

DISEÑO: Estudio cuasiexperimental con pretest-postest y grupo único.

EMPLAZAMIENTO: Centros de Salud en medio urbano y rural.

SUJETOS Y MÉTODOS: La población de estudio son un total de 342 pacientes que están diagnosticados de EPOC. Los criterios de inclusión son mayores de 35 años incluidos en el Proceso Asistencial de EPOC que otorguen su consentimiento informado. Los criterios de exclusión son menores de 35 años, fallecimiento y pacientes con deterioro funcional con incapacidad de aprender el manejo de cualquier dispositivo. No se ha utilizado ninguna técnica de muestreo puesto que hemos incluido a todos los pacientes accesibles como parte de la

muestra. A los pacientes reclutados se les aplicará una intervención en el uso de sus dispositivos y se valorará el número de agudizaciones antes y después de la misma.

Algunas limitaciones del estudio son: fallos en el registro, necesidad de colaboración de otros profesionales, pérdida de seguimiento, cambios en el tratamiento por parte de MAP o FEA, diferencia de criterios entre los profesionales para definir agudización, que no exista fenotipación de cada paciente.

APLICABILIDAD: Diversos estudios ponen de manifiesto que, tras una intervención educativa en los pacientes sobre el buen uso de los dispositivos de inhalación, se observa una mejoría significativa en la capacidad funcional medido con el índice BODE, disminución de los ingresos hospitalarios y disminución de la sensación subjetiva de disnea. Sin embargo, no se apreciaron efectos significativos en el número de exacerbaciones de la enfermedad, en las visitas a urgencias, en la función pulmonar, o en la capacidad para el ejercicio.

Es por todo ello, que consideramos oportuno realizar un estudio en el que podamos conocer cuántos de nuestros pacientes realizan correctamente su tratamiento e instruirlos en el uso de los dispositivos de inhalación para conseguir reducir el número de agudizaciones, reducir el fracaso terapéutico, las recaídas y por consiguiente mejorar el control de la enfermedad y la calidad de vida de los pacientes con EPOC.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES: El proyecto cuenta con el informe favorable del Comité de Ética e investigación clínica de Córdoba y con la autorización de la Gerencia del Área Sanitaria Norte de Córdoba.

Se entregará a cada paciente una hoja informativa donde se explicará en qué consiste el estudio. Además, se les entregará un consentimiento informado que nos autorice a utilizar los datos que se recojan durante el estudio.

En el estudio será salvaguardada la confidencialidad, en consonancia con la Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD), así como la de autonomía del paciente, acorde con lo estipulado en la Ley de Investigación 14/2007.

ID: 00996

Tipo de comunicación: Proyectos de Investigación Cuantitativos

Formato de presentación: oral

FRANCISCO CAMPILLO ¹

VANESSA MARTINETTI¹

CARLOS AVILES ¹

FRANCISCA MARIA PARRA¹

MARINA GANDÍA²

PEDRO ALCANTARA¹

1) Cs Jesús Marín 2) Hospital Universitario Morales Meseguer

Palabras clave: Communication; Sanitary Planning; Quality of Life

A.1.I.8. Aplicación del modelo Kayrós, Conversaciones que ayudan®, para la planificación anticipada de la asistencia sanitaria en pacientes con enfermedad crónica avanzada.

INTRODUCCIÓN: La planificación Anticipada de Asistencia Sanitaria (PAAS) es un proceso voluntario de comunicación-deliberación entre una persona capaz y profesionales sanitarios sobre: valores, deseos y preferencias respecto a la atención sanitaria. Resulta imprescindible la participación familiar, personas de confianza, siendo fundamental la figura del representante. El PAAS debe ser expresión de autonomía, tener carácter voluntario y garantizar información sobre límites y consecuencias del proceso. El programa “KAYRÓS–Conversaciones que ayudan” (KCQA), inspirado en Respecting Choices @, ofrece un plan formativo-investigador sobre PAAS. No se ha realizado específicamente en pacientes crónicos complejos (PCC) anteriormente. Los PCC presentan enfermedades con comorbilidad asociada importante y contactos frecuentes con la sanidad, con el consiguiente impacto psico-social. La justificación del PAAS tiene una pertinencia clara en éstos.

OBJETIVOS: Mejorar información, grado de activación y capacitación participativa de PCC en toma de decisiones al final de la vida a través de KCQA.

DISEÑO: Ensayo clínico cuasi-experimental prospectivo antes-después con un solo grupo. Fases: 1-Creación del proyecto y formación de formadores; 2-Paso por comité ético; 3-Reunión informativa con médicos del centro de salud (Cs); 4-Llamada telefónica. Propuesta de participativa a pacientes; 5-Primera entrevista paciente-representante (información y entrega documento KCQA, consentimiento informado, cuestionario activación [pre]). En segundo tiempo, primera entrevista semiestructurada KCQA; 6-Segunda entrevista paciente-representante (paciente acudirá con el documento KCQA rellenado. Resolución de dudas. Derivación a médicos responsables para posibles lagunas no estudiadas y transmisión de datos obtenidos en la experiencia. Cuestionario Activación [post]. Cuestionario de Satisfacción). **Variables:** Sociodemográficas, situación basal, clínicas. Registro en historia clínica previo a experiencia de información referente a atención al final de la vida. Variables de deseos Kayros: representante designado-relación con enfermo, deseos Kayrós cumplimentados (tipos de tratamiento deseado/rechazado, grado de comodidad esperado, cuidados de confort, trato al final de la vida, información a familiares), registro oficial de documento de instrucciones previas (podrá ser documento Deseos Kayrós/otro). Cuestionario de activación auto-cumplimentable [pre y post], el Short American Patient Activation Measure (PAM-13). Recogida de datos: historia clínica electrónica (programas OMI y Selene), base de datos del Programa Regional de PCC, entrevista con paciente.

EMPLAZAMIENTO: Centro de salud

SUJETOS Y MÉTODOS: 92 PCC (definidos como pacientes con deterioro funcional/mala situación sociofamiliar, con >2 patologías del Índice de comorbilidad de Charlson y >2 ingresos en el año previo), registrados en Cs en marzo 2017. Criterios de inclusión: >18 años, ser PCC del Cs, consentimiento informado tras información firmado, ausencia de demencia/enfermedad mental, ausencia de rechazo a participar. Limitaciones: ausencia de grupo control, cada sujeto será su propio control.

APLICABILIDAD: El proyecto tiene como fin buscar alternativas y abrir vías comunicativas que permitan capacitar a profesionales en técnicas que ayuden a proteger la autonomía del paciente, favoreciendo respaldo y comprensión, tanto por el paciente en sí, como por su contexto social, anticipándose a momentos donde la voluntad del individuo pudiera quedar mermada. En este caso, específicamente en PCC.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES: Aceptado por comité de ética asistencial del Hospital de referencia. Actualmente: fase de presentación a médicos del Cs. Prevemos comienzo en septiembre 2017. Los pacientes recibirán consentimiento informado antes de comenzar entrevistas.

ID: 00997

Tipo de comunicación: Proyectos de Investigación Cuantitativos

Formato de presentación: oral

PILAR GAYOSO¹

INÉS VEIGA¹

ALMUDENA GONZÁLEZ¹

IDOSAUDE GRUPO ¹

1) Centro de Salud de Oroso 2) Centro de Salud de Santa Comba 3) Centro de Salud de Dodro
4) Centro de Salud de Bertamiráns 5) Centro de Salud de Fontiñas

Palabras clave: Health-related quality of life; Social support; Elderly people

A.1.I.9. Percepción de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) y el Apoyo Social (AS) en personas mayores de 70 años

INTRODUCCIÓN: El envejecimiento causa una elevada vulnerabilidad. Galicia se sitúa como una de las Comunidades Autónomas con mayor número de individuos en edad avanzada. Esta situación genera un gran impacto, tanto en la calidad de vida de las personas como en la propia sanidad. A su vez, la creación de vínculos interpersonales se encuentra ligada a una buena percepción de salud, tanto física como psicológica. El estudio de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y el apoyo social (AS) permite conocer mejor las necesidades de este grupo de población.

OBJETIVOS: Describir, en población de 70 o más años, la calidad de vida relacionada con la salud y analizar su relación con el apoyo social percibido en un área de salud.

DISEÑO: Estudio cuantitativo transversal descriptivo.

EMPLAZAMIENTO: Cinco centros de salud de Atención Primaria, de ámbito rural y urbano, de una misma área sanitaria.

SUJETOS Y MÉTODOS: El tamaño muestral se ha calculado para estimar una proporción del 5%, para un nivel de seguridad (1- α) del 95%, con una precisión del 3%, resultando un número de 200 sujetos. En previsión de pérdidas de información se incrementó esta cifra en un 15%, lo que supone un total de 235 sujetos captados para el estudio. Criterios de inclusión: población no institucionalizada, Barthel ≥ 90 , sin deterioro cognitivo ni patologías severas que condicionaran una expectativa de vida menor a un año. muestreo aleatorio en la población asignada a los médicos de familia participantes. Las variables estudiadas fueron: **a)** Edad **b)** Sexo **c)** IMC **d)** Morbilidad recogiendo la presencia de Enfermedades crónicas (DM, HTA, EPOC, IC, CI, enf. Osteoarticular, déficits visual y auditivo) **e)** CVRS **f)** AS percibido. Los instrumentos utilizados para la valoración de la CVRS y el AS percibido fueron los cuestionarios EuroQol-5Dy Duke-UNC, respectivamente. Se lleva a cabo un análisis estadístico descriptivo y bivariado; se analizan los posibles factores modificadores de CVRS mediante modelos

multivariados de regresión con variable dependiente CVRS, y variables independientes AS, edad, sexo, y morbilidad. Se utiliza el software R para el análisis.

APLICABILIDAD: Este enfoque asistencial es crucial en Atención Primaria para el estudio integral, valoración y prevención de las personas en edad avanzada. Promoviendo así un envejecimiento activo y saludable mediante programas vinculados con la calidad de vida relacionada con la salud y el apoyo social.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES: Aprobación por el Comité de Ética de la Investigación correspondiente. Código de registro: 2017/060.

ID: 01016

Tipo de comunicación: Proyectos de Investigación Cuantitativos

Formato de presentación: oral

ROSARIO MORALES¹

JOSÉ ARNAU²

GEMA MARTÍN³

1) CS Cartagena-Oeste 2) CS Vistabella 3) Dir. Gral. Planificación, Farmacia e Investigación

Palabras clave: Inappropriate Prescribing; Pediatrics; Health Communication

A.1.I.10. Influencia de la formación en método clínico centrado en el paciente en la prescripción de antibióticos en la primera infancia

INTRODUCCIÓN: La utilización de antibióticos en España es una de las más elevadas de Europa. En el uso inadecuado de antibióticos en niños menores de tres años, influye la relación entre profesionales y familiares de forma que la presión ejercida por éstos contribuye al aumento de la prescripción. Las creencias de los padres sobre manejo y utilidad de los antibióticos, la percepción de gravedad, así como su propia confianza en el manejo de la enfermedad en casa contribuyen en la presión que ejercen sobre el profesional. Respecto a los profesionales, se han detectado como causas, entre otras, inseguridad en la prescripción y miedo a la prescripción necesaria no realizada. Demandan, entre otras medidas, formación en protocolos clínicos y habilidades y pautas relacionales con la familia. La familia de niños/as que acuden a consulta de Pediatría actúan en su representación y conjuntamente con los profesionales deciden, según criterios de beneficencia para los menores. Esto conlleva la necesidad de intervenir con la familia, desarrollando una adecuada comunicación que favorezca la confianza mutua.

OBJETIVOS: Mejorar el uso de antibióticos en infecciones de niños/as y niñas 0-3 años. Realizar una intervención formativa sobre habilidades de comunicación dirigida a profesionales de Medicina Pediátrica. Valorar el impacto en la prescripción de dicha actividad formativa.

DISEÑO: Estudio experimental, longitudinal, prospectivo, controlado, multicéntrico regional, aleatorizado por grupos.

EMPLAZAMIENTO: Centros Salud Atención Primaria(AP).

SUJETOS Y MÉTODOS: Población: Profesionales especialistas en Pediatría y Medicina Familiar y Comunitaria con atención a población infantil. Criterios inclusión: Disposición a participar. Permanencia en cupo el año previo al estudio. Criterios exclusión: Probabilidad falta de continuidad en cupo 1 año posterior a intervención formativa. Muestra: Profesionales, de dieciséis centros de salud de cuatro áreas sanitarias, asignación aleatoria: ocho centros a cada brazo (control, experimental). Mediciones e intervenciones: **Primera Fase**: Determinación de tasa de prescripción antibióticos por niño/a 0-3 años/año en grupo experimental y grupo control, extrayendo datos del programa OMI-AP (soporte informático historia clínica electrónica (HCE) de Atención Primaria (AP) durante año previo a actividad formativa. **Segunda fase**: Se realizará un taller de formación impartido por dos miembros del Grupo Comunicación y Salud (SEMFYC) dirigido al grupo experimental sobre: habilidades de comunicación con paciente y familia, toma de decisiones en base a valores/gestión de conflictos, competencias para aplicar el método clínico centrado en el paciente y la toma de decisiones compartida. **Tercera fase**: Determinación de tasa de prescripción de antibióticos por niño/a 0-3 años/año ambos grupos, durante año posterior a intervención formativa. Análisis estadístico: Programa SPSS: media, desviación estándar y t de Student para muestras independientes.

Limitaciones: Probablemente los profesionales dispuestos a participar sean los más sensibilizados/colaboradores. Pueden existir dificultades de generalización debido a las características propias de la intervención.

APLICABILIDAD: Dotar a los/as Pediatras herramientas para decidir sobre la prescripción de antibióticos en condiciones de presión asistencial y en un contexto organizativo y sociocultural que promueve la mecanización más que la reflexión. Conocer si estas herramientas sirven para favorecer el uso racional de los antibióticos en la primera infancia.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES: Sujeto a normas éticas/legales de investigación. Se informará a los participantes por escrito sobre el objeto del estudio, y procedimiento, solicitando su firma en el Consentimiento Informado. Este proyecto se enviará para su aprobación al Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Clínico Universitario de referencia

II. Proyectos de investigación presentados a la 3ª convocatoria de la Beca Francesc Borrell

A.1.II.1. Efectividad de un entrenamiento físico multi-componente integrado en una programa multimodal basado en la evidencia en mayores hiperfrágiles: Un ensayo clínico aleatorizado

Juan José Bedoya Belmonte

Resumen

Objetivo general

Evaluar a corto, medio y largo plazo la eficacia de un programa de entrenamiento físico en ancianos hiperfrágiles, basado en la mejora de la fuerza muscular y resistencia, sobre la frecuencia de caídas.

Objetivos específicos

1. Conocer el nivel de fuerza muscular y resistencia en población anciana hiperfrágil
2. Conocer el impacto de un programa de entrenamiento físico en población anciana hiperfrágil sobre indicadores de fuerza muscular y resistencia.
3. Analizar la frecuencia de caídas en ancianos hiperfrágiles en un año de seguimiento y el beneficio aportado por un programa de entrenamiento.
4. Analizar el uso de servicios sanitarios, medido por ingresos hospitalarios.

Diseño: Ensayo clínico controlado y aleatorizado.

Sujetos de Estudio/Ámbito: Mayores hiperfrágiles/UGC Tiro de Pichón, Málaga.

Metodología: La muestra será aleatorizada e incluida en dos grupos: un grupo control (recomendación de actividad física habitual propuesta por la Organización Mundial de la Salud) y un grupo experimental (programa de ejercicio físico terapéutico intensivo, supervisado). Variables sociodemográficas, clínicas y de seguimiento serán recogidas al inicio del estudio, a los 2 y 6 meses del inicio y a los 3 y 6 meses del fin de la intervención. Las variables de seguimiento a medir serán: Inventario de caídas, Índice de Masa corporal, Estado general de salud, Atención – Concentración – Memoria, Memoria Motriz, Orientación espacial, Fuerza prensil, Equilibrio (estático, semi– dinámico) y Metabolómicas.

A.1.II.2. EL USO DEL ARTETERAPIA CON PROFESIONALES SANITARIOS PARA LA MEJORA DE SU COMUNICACIÓN INTRA E INTERPERSONAL.

José Luis Hernández Galán (IP), María Pilar Bohórquez Colombo, Antonia Farias Tejero

Resumen

Este proyecto trata de abrir una puerta a la puesta en práctica de espacios de autoconocimiento, expresión y desarrollo personal de las personas que trabajan en el ámbito de la salud, precisamente para el autocuidado de la propia salud emocional, física y mental. Nos hacemos la pregunta de si el trabajo terapéutico con arteterapia en formato grupal, para profesionales sanitarios, influiría notablemente en la mejora de su comunicación intra e interpersonal, con todo lo que conllevaría eso, es decir, en lo que revertería para su calidad de vida en todos los aspectos: personal, social y profesionalmente, tanto para sí mismos como para sus entornos. A través del Arteterapia, apoyada en otras disciplinas como la terapia Gestalt, la terapia corporal integrativa, mindfulness, técnicas de yoga y respiración, entre otras, el grupo de profesionales que participen en este proyecto podrán ir poco a poco descubriendo nuevas maneras de comunicación, tanto internas como hacia los demás y los acontecimientos de la vida laboral, social y personal.

El proyecto de investigación se desarrollará con un encuadre grupal, con sesiones semanales programadas previamente, dirigido a médicas/os de familia en activo profesionalmente que tendrían que pasar por un proceso de selección, según motivación y compromiso. Se valorarán mediante cuestionarios y entrevistas personales los estados iniciales, con los que partirán las personas que formen el grupo de investigación, para al finalizar cotejar con los estados de ese momento; así como el proceso dentro del período de duración del proyecto.

En este tipo de investigación cualitativa tendremos muy en cuenta el factor humano y el carácter “vivo” del grupo, que funciona como espejo y sostén de cada uno de los participantes, además del profesional arteterapeuta, para ofrecer un espacio de reflexión seguro, responsable y confidencial donde poder soltar el rol de “sanadores” hacia fuera y volcar en este espacio sentimientos, emociones y pensamientos que pueden resonar en las demás personas y por consiguiente un posible alivio de peso emocional y estrés.

A.1.II.3. Efectividad de una intervención no farmacológica multicomponente para reducir el aislamiento social y la soledad de mayores residentes en su domicilio

Ana Roldán Villalobos (IP), Jose Angel Fernández García, Manuel Rich Ruiz, Luis Angel Pérula de Torres, Rodrigo Fernández Márquez, Rafael Jesús Reyes Vallejo, Isabel María Gómez Martín, Carlos Alvarez López, Gaspar Ortiz Quintana, Miguel Angel Gómez Torres, Angeles Pastor López, Manuela Urbano Priego, Antonia Martínez Orozco, Caridad Dios Guerra, Rafaela Muñoz Gómez, Carlos Pérula de Torres.

Resumen

-Objetivos: Evaluar la efectividad, en términos de reducción del aislamiento social y mejora de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), de una intervención no farmacológica multicomponente en personas mayores usuarios de teleasistencia.

-Diseño: Ensayo clínico controlado aleatorizado por clúster, multicéntrico.

-Emplazamiento: Diez centros de salud de SAS en una provincia andaluza.

-Sujetos y métodos: Edad de 65 años o más. Residentes en su domicilio. Usuarios de teleasistencia. Serán excluidas aquellas personas con deterioro cognitivo o demencia, dificultad para responder a las escalas, incapacitación legal o por no otorgar consentimiento. Los centros de salud serán asignados aleatoriamente a los grupos intervención y control. Las personas del grupo de intervención serán evaluadas a nivel basal, a los 3 y a los 6 meses, mientras que las del grupo control serán evaluadas al inicio y al final del período de estudio.

Son necesarios 57 sujetos en cada grupo (n=114). Variables: a) Independientes: sociodemográficas, asistenciales, morbilidad, intervención realizada (multicomponente vs. no intervención). b) Dependientes: apoyo social, soledad y

CVRS. La intervención comprende 8 sesiones en casa [1 hora] y 4 telefónicas [30 minutos]. Para medir la efectividad de la intervención se utilizará el Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC (DUFSS), la Escala De Jong-Gierveld de Soledad, y el EuroQol-5D para medir la CVRS. Análisis estadístico univariado, bivariado y multivariado (regresión lineal múltiple).

-Aspectos ético-legales: Normas de buena práctica clínica y principios éticos de la Declaración de Helsinki. Consentimiento informado. Solicitud de autorización a la gerencia del Distrito Sanitario.

A.1.II.4. Atención plena (mindfulness) y autocompasión en residentes y tutores de Medicina Familiar y Comunitaria: evaluación de la eficacia de un programa de entrenamiento para mejorar su atención plena y reducir el estrés laboral y el burnout

Juan Carlos Verdes-Montenegro Atalaya (IP), Luis Angel Pérula de Torres, Ana Roldán Villalobos, Raquel Arias Vega, Carmen Morillo-Velarde Moreno, Ana Fontans Salguero, Inmaculada Aguilar López, Herminia Moreno Martos, Nur Hachem Salas, Norberto Liétor Villajos, Francisco Javier Valverde Bolívar, Antonio Cabezón Crespo, Luis Alberto Rodríguez, Cruz Bartolomé Moreno, Elena Melús Palazón, Rosa Magallón Botalla

Resumen

- Objetivos: Determinar el nivel de atención plena (*mindfulness*) y su relación con el grado de estrés en tutores y residentes adscritos a Unidades Docentes (UDD) de Medicina Familiar y Comunitaria; 2) Comprobar la efectividad de un programa de entrenamiento en *mindfulness* y autocompasión para la mejora de la atención plena, la autocompasión y la reducción del estrés y el *burnout*.

-Sujetos y métodos: Estudio híbrido con dos fases para responder a los dos objetivos principales: 1) Observacional descriptivo, transversal; 2) Ensayo clínico controlado, aleatorizado por clúster, dos brazos paralelos, multicéntrico. 1ª fase: encuesta autocumplimentada a al menos 220 tutores y residentes de 6 UDD del SNS (Córdoba, Jaén, Almería, Burgos, Ponferrada y Zaragoza); 2ª fase: Se aleatorizarán las UDD a uno de los dos grupos de estudio; participarán al menos 96 tutores/residentes, 48 en el grupo experimental y 48 en el grupo control. Se utilizarán los cuestionarios FFMQ (*mindfulness*), SCS (autocompasión), escala visual analógica (0-10) y cuestionario PSQ (estrés percibido) y MBI (*burnout*). Se realizará un análisis estadístico descriptivo e inferencial, bivariado y multivariado. Se evaluará el efecto de la intervención controlando los factores predictores y/o confusores y realizando un análisis por intención de tratar. La intervención se basará en el programa MBSR (*Mindfulness Based Stress Reduction*) al que se añadirán algunas de las prácticas de autocompasión que integran el programa MSC (*Mindful Self-Compassion*). La intervención se llevará a cabo durante 8 sesiones semanales presenciales de 2,5 horas. Los participantes deberán realizar prácticas en casa durante 45 minutos al día.

A.1.II.5. “Unlucky Communication”: Frases o actitudes desafortunadas en medicina. Impacto emocional, en la confianza terapéutica y adherencia al tratamiento.

Cantarero García, A., Postigo Sánchez, J., Seguil Sandoval C.C., García Sola, J.L., Pardos Cañardo, A, Fortit García, J.

Resumen

Una buena relación médico paciente es fundamental para el buen desarrollo del proceso terapéutico. La manera en que transmitimos las noticias, o interactuamos con el paciente son esenciales para generar confianza, lo que sin duda repercute en la cumplimentación entre otros. Por ende, una comunicación desafortunada, en términos incorrectos, o no deseados para el paciente, produce efectos adversos en la relación médico-paciente.

Así, no solamente son imprescindibles las habilidades en comunicación en el ámbito de dar malas noticias, sino que es necesario que las habilidades y cualidades de comunicación estén presentes en cualquier entrevista clínica.

Sin embargo, diariamente en la práctica clínica, sin darnos cuenta somos testigos, víctimas y ejecutores de esta comunicación desafortunada.

Nuestro objetivo es describir la comunicación desafortunada en la relación profesional-paciente, su impacto emocional y sobre todo demostrar si repercute en la relación de confianza en el profesional, además de la adherencia al tratamiento.

Para ello nos proponemos realizar un estudio transversal descriptivo, con componente cualitativo, en el que registraremos los episodios acontecidos, cómo se sintieron los pacientes, qué esperaban del profesional sanitario, qué les hubiera gustado que sucediera.

A.1.II.6. ABORDAJE DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ATENCIÓN PRIMARIA: SITUACIÓN ACTUAL E IMPACTO DE UN PROGRAMA FORMATIVO BASADO EN HABILIDAD DE COMUNICACIÓN

Esperanza Romero Rodríguez (Investigadora principal), Jose Angel Fernández García, Juan Manuel Parras Rejano, Ana Roldán Villalobos, Celia Jiménez García

Resumen

-JUSTIFICACIÓN: El alcohol es el tercer factor de riesgo más importante de muerte prematura, después del tabaquismo y la hipertensión arterial, por delante de la hipercolesterolemia y el sobrepeso. Los profesionales de Atención Primaria (AP) desarrollan un papel primordial en el manejo de los problemas relacionados con el consumo de alcohol, dado que constituyen la primera línea de asistencia sanitaria y son un referente en la transmisión de las recomendaciones sobre el consumo responsable del mismo.

Actualmente no existen estudios en España que indiquen el grado en que los profesionales de Atención Primaria (AP) conocen, actúan y practican en ellos mismos y con sus pacientes las recomendaciones preventivas en relación al consumo de alcohol. De igual forma, no se disponen de ensayos que desarrollen un plan formativo que permita evaluar el impacto en el nivel de conocimiento y habilidades de comunicación pertinentes en el abordaje de alcohol.

-OBJETIVOS: Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos y enfermeras de AP hacia la implementación de las intervenciones preventivas sobre el abordaje de pacientes con consumo excesivo de alcohol postuladas por el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud –PAPPS-, así como la elaboración de un Plan de formación que evalúe las habilidades comunicacionales en el abordaje de alcohol y potencie dichas recomendaciones en el ámbito de AP.

-MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional descriptivo, transversal. Ámbito: Centros de Salud del SNS. Participantes: médicos y enfermeras. Para un error alfa del 5%, una precisión del 3% y una proporción del 50%, sería necesario incluir a 1068 profesionales. Basándonos en los resultados obtenidos, se elaborará un Plan de entrenamiento de los profesionales de AP, comprobando posteriormente su efectividad mediante un estudio cuasi-experimental reclutando al menos a 30 médicos y 30 enfermeras (n=60). Se hará un análisis descriptivo e inferencial, con aplicación de pruebas estadísticas para muestras independientes (primera fase) como apareadas (segunda fase) –Ji-cuadrado, T test de Student, ANOVA, así como pruebas no paramétricas.

A.1.II.7. Comunicación de mala noticias en el ámbito de la medicina familiar y comunitaria desde dos perspectivas culturales

Alba Gállego Royo (IP), María Teresa Delgado Marroquín, Mercedes Febrel

Resumen

El presente proyecto de investigación desea conocer la forma de la comunicación de malas noticias (CMN) por parte de los profesionales de atención familiar y comunitaria aragoneses y sus diferencias con otros ámbitos multiculturales. Además, intentará averiguar las causas y los factores que modifican el modo de comunicación, y a su vez las preocupaciones de los profesionales de ambos ámbitos culturales en relación este tema.

Estará compuesto de dos partes: una fase cuantitativa con análisis descriptivo y analítico de una base de datos sobre el conocimiento del diagnóstico y el pronóstico en relación a variables sociodemográficas y clínicas en Aragón; y una fase cualitativa en base a un conjunto de entrevistas semiestructuradas y grupo de discusión en dos perspectivas culturales, Nijmegen (Países Bajos) y Aragón (España). A través de las técnicas de investigación cualitativa, deseamos averiguar las representaciones sociales y colectivas en relación con la información y comunicación de malas noticias.

A) PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

A.2.-POSTER (pantallas expositoras, hall principal de la Facultad)

ID: 00858

Tipo de comunicación: Proyectos de Investigación Cualitativos

Formato de presentación: poster

LUCIA MENDEZ¹

ANA CORAZON¹

CRISTINA MARTINEZ¹

ELVIRA CALLEJO¹

INMACULADA JUAREZ¹

1 CIRCUNVALACION

Palabras clave: NEOPLASMS; COMMUNICATION; EMOTIONS

ABORDAJE DE MALAS NOTICIAS EN PACIENTE ONCOLÓGICO

INTRODUCCIÓN: La justificación de este proyecto radica en que consideramos que hablar de una experiencia difícil, como es el diagnóstico de cáncer, puede ayudar a los pacientes a aceptar mejor el proceso de la enfermedad, permitiéndoles expresar con libertad sus sentimientos, sus miedos y cómo les gustaría haber sido atendidos y tratados.

OBJETIVOS: El objetivo principal es conocer la experiencia que han tenido los pacientes diagnosticados de cáncer, conocer sus reacciones desde el momento en el que reciben la noticia; cómo fueron tratados por el profesional sanitario, si han sentido apoyo de sus familiares y del profesional sanitario, cómo han vivido la evolución de la enfermedad. Objetivar qué importancia tiene en los pacientes una buena comunicación, cómo les condiciona para adquirir una actitud u otra en el proceso de su enfermedad. Buscar oportunidades de mejora en el profesional sanitario relacionadas con habilidades para dar malas noticias y ayudar al paciente oncológico.

DISEÑO: Para el estudio nos hemos inspirado en encuestas ya realizadas por sociedades, basadas en qué sienten los pacientes oncológicos. Se trata de un estudio observacional, descriptivo, cualitativo.

EMPLAZAMIENTO: Centro de salud urbano.

SUJETOS Y MÉTODOS: Los sujetos son pacientes diagnosticados de cualquier tipo de cáncer (excepto cáncer de piel no melanona) en el último año en 3 cupos médicos de un centro de salud urbano. Métodos: realizar una encuesta con 10 preguntas tipo test con respuesta única y 2 preguntas a desarrollar. Las preguntas se centrarán principalmente en temas como el recibimiento de la noticia, sentimientos ante el diagnóstico de enfermedad, cambios en la percepción de la vida, qué atención les gustaría haber recibido. Asimismo, se entrega un pequeño cuestionario a los profesionales sanitarios que participan en el estudio que incluye 4 preguntas tipo test de respuesta única y una pregunta de desarrollo, con las que pretendemos conocer cómo se sintieron ellos en el momento de dar la noticia y en el acompañamiento del paciente.

APLICABILIDAD: Conocer las sensaciones de las personas diagnosticadas de cáncer y aplicar mejoras en lo que, a trato, forma de comunicar y acompañar al paciente se refiere; conocer si

hablar de la experiencia les alivia o no, y valorar diseñar algún proyecto o terapia que se pueda aplicar dirigida al paciente oncológico. Qué habilidades podría adquirir el profesional sanitario para sentirse más seguro ante estas situaciones.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES: Entrega de consentimiento informado a los pacientes.

ID: 00876

Tipo de comunicación: Proyectos de Investigación Cuantitativos

Formato de presentación: poster

MARIA JOANA GARCIA¹

LAURA CARBAJO¹

JULIA CRISTINA CHAVEZ³

FRANCISCO JOSE RUIZ²

ROSA MARIA CALZADO¹

1) AREA DE GESTIÓN SANITARIA SEVILLA SUR

2) ADEA SEVILLA

3) HOSPITAL ALTA RESOLUCION

Palabras clave: Advance care planning; Advance directives; Critical care

¿Que saben los profesionales de urgencias extrahospitalarias sobre el documento de voluntades anticipadas?

INTRODUCCIÓN: Los documentos de voluntades anticipadas (DVA), son documentos que permiten a una persona dejar constancia por escrito de los tratamientos y cuidados sanitarios que desea recibir si, llegado el momento de tomar decisiones, no se encontrara capacitado para hacerlo por sí mismo. Estos documentos también permiten designar un representante, que decidirá por el paciente en las situaciones en las que no pueda expresar su voluntad y permiten pronunciarse con respecto a la donación de órganos; además, se pueden modificar o revocar en cualquier momento. Desde la implantación de la historia clínica de movilidad digital a través de dispositivos electrónicos portátiles (tablets) en los dispositivos de cuidados críticos y urgencias de nuestra área, estos profesionales tienen acceso al DVA de aquellos pacientes que lo hayan registrado.

OBJETIVOS: Determinar los conocimientos de los profesionales sanitarios de urgencias extrahospitalarias sobre el documento de voluntades anticipadas

DISEÑO: Estudio descriptivo y transversal.

EMPLAZAMIENTO: Urgencias extrahospitalarias.

SUJETOS Y MÉTODOS: La muestra del estudio estará formada por los médicos y enfermeros de los dispositivos de cuidados críticos y urgencias de nuestra área. Para la recogida de datos se utilizará una encuesta de elaboración propia que se difundirá a los profesionales a través de correo electrónico. Se diseñará una encuesta on-line utilizando una de las herramientas disponibles en la web 2.0, la aplicación Google Docs. Este programa permite, una vez diseñado el cuestionario, su difusión a través de correo electrónico, incluyendo el enlace para contestarlo de forma absolutamente anónima. La encuesta registrará la edad, el sexo y la profesión, así como los conocimientos y las aptitudes sobre utilidad y respeto de las voluntades anticipadas. La solicitud de participación se realizará durante el mes de octubre de 2017. Los datos se

exportarán a una hoja de Excel. Se realizará análisis descriptivo de las variables del estudio, los resultados se expresaron con tablas de frecuencias y porcentajes. La principal limitación del estudio es que al tratarse de una encuesta voluntaria desconocemos a priori cual será la participación de los profesionales. Para facilitar esta participación serán informados sobre el anonimato de los datos.

APLICABILIDAD: La realización del DVA y su utilización por parte de los profesionales sanitarios es relativamente reciente. Explorar los conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios sobre estos documentos para que garanticen el uso por los ciudadanos de este derecho debería ser un objetivo preferente como paso previo a planificar estrategias concretas en nuestros centros sanitarios. Con los resultados del presente estudio podremos describir los conocimientos y las actitudes de los profesionales sanitarios de urgencias extrahospitalarias de nuestra área sanitaria respecto al DVA para establecer una estrategia de mejora en caso necesario.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES: La participación en esta encuesta es libre y voluntaria. En el correo donde se enviará el enlace a la encuesta se ofrecerá información en la que se explican los objetivos del estudio y se asegura la confidencialidad y el anonimato.

ID: 00889

Tipo de comunicación: Proyectos de Investigación Cuantitativos

Formato de presentación: poster

ANA BELÉN GONZÁLEZ ³

JUAN ANTONIO PRIETO¹

HAMADI HASSAN MOHAMED ²

LIZDEINY WAITOTO³

FRANCISCO ÁNGEL MÁRQUEZ ³

JAIME SAÍZ ³

1) Centro de Salud de Peñarroya-Pueblonuevo. UCG Guadiato. ASNC.

2) Centro de Salud Pozoblanco. ASNC.

3) Unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba. DSAP Córdoba y Guadalquivir.

Palabras clave: EPOC; Técnica de inhalación; Adherencia terapéutica

Uso de inhaladores en pacientes con EPOC. Estudio observacional descriptivo.

INTRODUCCIÓN: La EPOC se caracteriza por una limitación crónica, progresiva y no totalmente reversible del flujo aéreo. El factor más determinante en la evolución de la enfermedad son las agudizaciones. En España, las exacerbaciones generan entre el 10-12% de las visitas a atención primaria. Las principales causas del déficit en el manejo del paciente con EPOC son: el tratamiento no administrado conforme a las recomendaciones de las guías de práctica clínica y la falta de adherencia por parte del paciente. Entre el 20% y el 60% de los pacientes con EPOC no son adherentes. Los factores asociados a una menor adherencia son la edad, el hábito tabáquico y la complejidad del tratamiento.

OBJETIVOS: Comprobar la adherencia al tratamiento y el uso correcto de los dispositivos de inhalación de los pacientes con EPOC.

DISEÑO: Estudio observacional descriptivo.

EMPLAZAMIENTO: Centros de Salud en medio urbano y rural.

SUJETOS Y MÉTODOS: La población de estudio son un total de 342 pacientes que están diagnosticados de EPOC. Los criterios de inclusión son mayores de 35 años incluidos en el Proceso Asistencial de EPOC que otorguen su consentimiento informado. Los criterios de exclusión son menores de 35 años, fallecimiento y pacientes con deterioro funcional con incapacidad de aprender el manejo de cualquier dispositivo. No se ha utilizado ninguna técnica de muestreo puesto que hemos incluido a todos los pacientes accesibles como parte de la muestra. A los pacientes reclutados se les realizará una entrevista para ver el grado de cumplimiento terapéutico y la técnica en el uso de sus dispositivos de inhalación. Además, se registrarán datos relativos al diagnóstico, factores de riesgo, gravedad, tratamiento y agudizaciones, recogidos en Historia Clínica Digital DIRAYA.

Algunas limitaciones del estudio son: fallos en el registro, necesidad de colaboración de otros profesionales, acceso a historias clínicas y bases de datos, pérdida de seguimiento, cambios en el tratamiento por parte de MAP o FEA, diferencia de criterios entre los profesionales para definir agudización, y que no exista fenotipación de cada paciente.

APLICABILIDAD: La base del tratamiento farmacológico de la EPOC son los broncodilatadores de larga duración, que se administran a través de distintos dispositivos de inhalación, que precisan un adecuado conocimiento técnico para su adecuada utilización. Por todo ello, consideramos oportuno conocer si nuestros pacientes presentan una buena adherencia al tratamiento y si realizan correctamente la técnica de inhalación de sus dispositivos.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES: El proyecto cuenta con el informe favorable del Comité de Ética e investigación clínica de Córdoba y con la autorización de la Gerencia del Área Sanitaria Norte de Córdoba. Se entregará a cada paciente una hoja informativa donde se explicará en qué consiste el estudio. Además, se les entregará un consentimiento informado que nos autorice a utilizar los datos que se recojan durante el estudio. En el estudio será salvaguardada la confidencialidad, en consonancia con la Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD), así como la de autonomía del paciente, acorde con lo estipulado en la Ley de Investigación 14/2007.

ID: 00927

Tipo de comunicación: Proyectos de Investigación Cuantitativos

Formato de presentación: poster

VANESSA MARTINETTI¹
FRANCISCO CAMPILLO¹
CARLOS AVILÉS ¹
FRANCISCA MARÍA PARRA ¹
JUAN FRANCISCO MENÁRGUEZ¹
JULIÁN CABALLERO²

1) Centro de Salud Jesús Marín.

2) Hospital Universitario Morales Meseguer

Palabras clave: Health Education; Deprescriptions; Sleep Hygiene

Propuesta de proyecto municipal para una escuela de sueño: la educación sanitaria como herramienta de empoderamiento.

INTRODUCCIÓN: En nuestro EAP hay gran sensibilidad sobre prevención cuaternaria y desmedicalización de problemas de la vida cotidiana. En los últimos años ha aumentado en nuestra Comunidad el uso inadecuado de tranquilizantes e hipnóticos entre personas sin enfermedad mental. En 2012 y después de confirmar ese uso excesivo mediante un estudio representativo de ámbito municipal, el Consejo de Salud propuso la creación de un Grupo de Trabajo multiprofesional de deprescripción de benzodiazepinas, que diseñó esta estrategia Trabajo multiprofesional que diseformarnosuna estrategia global inspirada en el modelo salutogénico. Tras una primera fase de información y sensibilización se han puesto en marcha diversas actividades que ofrecen alternativas al uso de fármacos. Esta escuela de sueño es una nueva propuesta.

OBJETIVOS: Mejorar conocimientos sobre calidad del sueño en personas mayores de 65 años de nuestro municipio, mediante un proceso de educación sanitaria, ofreciendo alternativas con el objetivo final de favorecer la deprescripción de benzodiazepinas como hipnóticos.

DISEÑO: Experiencia piloto de educación sanitaria grupal.

EMPLAZAMIENTO: Estrategia municipal de base comunitaria

SUJETOS Y MÉTODOS: Inicialmente dirigido a grupos de 25-30 personas mayores de 65 años del municipio, captados a través de centros de mayores y mujeres, centro de salud, farmacias y radio local. El programa constará de 3 sesiones de intervalo semanal. Durante el pilotaje se realizará en dos períodos (Noviembre-2017/Marzo-2018) para posteriormente aumentar la frecuencia según demanda que genere la actividad, ya incorporada como actividad municipal y desarrollada por personal del ayuntamiento. Este pilotaje permitirá mejorar el proceso mediante análisis estructurado de la experiencia. Las sesiones seguirán un modelo informativo con dinámicas de interacción con los participantes. Se utilizará soporte gráfico powerpoint, posters y folletos. En la primera sesión se realizará cuestionario de calidad de sueño de Pittsburg, se recogerán datos sobre uso de medicación y enfermedades crónicas. Se informará sobre aspectos teóricos acerca del sueño (importancia, factores modificadores, etapas,...). En la segunda sesión se desarrollarán los aspectos básicos de la higiene del sueño. La tercera sesión estará dirigida por un profesional psicólogo y se centrará en la enseñanza de técnicas de relajación apropiadas para mejorar la calidad del sueño. Se entregará un CD sobre relajación. A los tres meses del inicio se volverá a citar a los participantes para valorar nuevamente el cuestionario de Pittsburg y evaluar cambios producidos. El desarrollo de esta escuela será llevado a cabo por médicos residentes de MFyC durante los seis primeros meses de pilotaje. El segundo año, mediante una estrategia de formación de formadores, impartida por estos médicos residentes, se incluirá a personal de plantilla del ayuntamiento para incorporar esta escuela como actividad municipal, con vistas a la viabilidad del proyecto a largo plazo.

APLICABILIDAD: El empoderamiento poblacional ocupa un papel primordial para evitar la medicalización y una manera de conseguirlo es mediante la educación sanitaria a través de programas comunitarios como el que se propone.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES: La población captada será informada e invitada a participar libremente con posibilidad de abandonar en cualquier momento si así lo desea. Los datos de carácter personal serán anonimizados y usados exclusivamente con finalidad investigadora.

B).-RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

B.1.-COMUNICACIONES ORALES

Viernes, 13 de octubre, de 16,45 a 18,30 horas. Sala de Juntas.

Moderadores: Jesús Serrano y Luis Pérula

ID: 00963

Tipo de comunicación: Resultados de Investigación Cualitativa

Formato de presentación: oral

MANUEL CAMPÍÑEZ¹ ; REMEDIOS MARTÍN¹ ;MARIONA PORTELL² :LORENA RUIZ²;
ESTHER GARCÍA² ;SONIA BEATRIZ MORETA²

1) CAP Vallcarca 2) Universitat Autònoma de Barcelona

Palabras clave: motivational interviewing; reliability; communicative skills training

B.1.1. Evaluación de un programa formativo en el uso de la escala EVEM para evaluar la calidad de la Entrevista Motivacional en Atención Primaria

OBJETIVOS: La escala EVEM (Escala Valoración Entrevista Motivacional) ha sido validada para medir el grado de adherencia a la Entrevista Motivacional (EM) de un encuentro clínico. No se había testado hasta ahora la efectividad del entrenamiento de un observador entrenado (OE) en la práctica continuada. **Objetivos**

1. Evaluar la efectividad de una estrategia formativa para el uso de la escala EVEM.
2. Establecer el número de entrevistas necesarias para conseguir una fiabilidad aceptable en el uso de dicha escala.

SUJETOS Y MÉTODOS: Diseño. Primera fase: formación y entrenamiento en la escala EVEM por parte de un experto en EM. Segunda fase: evaluación de videograbaciones. Material. Formación 4 psicólogas como OE. Evaluación de 158 videograbaciones con paciente estandarizada realizadas por profesionales de Atención Primaria en el desarrollo del estudio EIRA-3, en diversas CCAA. Mediciones. Coeficientes de correlación intraclass (CCI) de las OE vs el experto. Valoración de generalizabilidad para la que se estableció como aceptable un $CCI > 0.75$ (IC 95%, $p < 0.05$) en dos entrevistas consecutivas. Análisis de fiabilidad de las OE en ambas fases del proyecto, con visualización y puntuación de 4 entrevistas al inicio del proceso evaluativo.

RESULTADOS: El CCI entre experto y OE fue de 0,89 (IC95% 0,77-0,96) al finalizar el proceso formativo. Fueron necesarias 10 entrevistas para un $CCI > 0.75$. En el proceso evaluativo se mantuvieron los $CCI > 0.75$ entre el experto y las OE.

CONCLUSIONES: La estrategia formativa para entrenar en el uso de la escala EVEM es adecuada y factible. Es necesario que un OE visualice un mínimo de 10 entrevistas para poder adquirir las habilidades en el manejo de la escala y la evaluación de la calidad en EM. Se comprueba que dicha fiabilidad se mantiene en la aplicación en la práctica posterior.

ID: 00977

Tipo de comunicación: Resultados de Investigación Cualitativa

Formato de presentación: oral

CARMEN GERVILLA¹

PILAR GUTIERREZ²

JUANA PUIDO³

ANTONINA RODRIGUEZ⁴

FRANCISCA PEREZ⁴

1) Línea IAVANTE Fundación Progreso y Salud 2) Hospital Universitario Virgen de las Nieves
3) Centro de Orientación Educativa Consejería de Educación 4) Centro de Salud San José

Palabras clave: Communication; Oncology; Focal Groups

Financiación: entidad_privada

B.1.2. LA COMUNICACIÓN 3D EN ONCOLOGÍA: PROFESIONALES, PACIENTE Y FAMILIA

OBJETIVOS: Conocer la valoración de profesionales, pacientes con cáncer y familiares sobre su comunicación en los diferentes estadios de la enfermedad. Conocer las creencias y opiniones de profesionales y pacientes sobre los elementos de calidad en la comunicación. Conocer las expectativas de profesionales, pacientes y familiares sobre la comunicación y la cantidad y calidad de la información en diferentes estadios del cáncer

SUJETOS Y MÉTODOS: Se realizaron 2 grupos focales: 1. Con 11 pacientes y Familiares. diferentes estadios del cáncer. 4 hombres 7 mujeres. Edades entre 38 y 61 años. 2. Con 13 profesionales de hospital y primaria. Especialidades: oncología médica, radioterápica, cuidados intensivos, paliativos, ginecología y MFyC. 4 Hombres y 9 mujeres entre 42 y 65 años. Selección: muestreo discrecional marzo 2017. Sesiones grabadas. Transcripción y análisis posterior mediante proceso deductivo por códigos y categorías en base a objetivos y bibliografía. Apoyo Software NVivo para análisis de textos

RESULTADOS: Se identificaron 4 bloques de Categorías: Comunicación, Información, Contexto, y Emociones, creencias, actitudes, necesidades y expectativas. Profesionales y pacientes reconocen importantes áreas de mejora en la comunicación asistencial. Los pacientes reconocen el valor de una relación personalizada con "su" oncólogo u oncóloga. La importancia de compartir emociones y vivencias. El profesional como facilitador dentro del sistema. La importancia de la comunicación entre profesionales y la calidad de la información que se comparte en su tránsito dentro del sistema. El cáncer genera en los profesionales una carga añadida de sufrimiento y desgaste que provoca mecanismos defensivos de huida o evitación y dificulta una comunicación de calidad. La distancia es un equilibrio complejo fuente de satisfacción cuando el vínculo es idóneo y se adapta a las necesidades mutuas. Los pacientes demandan una mayor implicación de los profesionales en su proceso de sufrimiento y adaptación a la enfermedad

CONCLUSIONES: Se han identificado amplias áreas de mejora en la comunicación entre

profesionales y pacientes con cáncer en los diferentes estadios de la enfermedad
Se hace necesario el desarrollo de competencias emocionales y técnicas de comunicación en los cv de los profesionales de oncología, incorporando la perspectiva tridimensional, con objeto de mejorar la relación terapéutica y la satisfacción, junto a un nuevo enfoque del tratamiento hacia una atención integral.

ID: 01009

Tipo de comunicación: Resultados de Investigación Cualitativa

Formato de presentación: oral

JOSE IGNACIO MOSCOSIO ¹

ROGER RUIZ⁴

MIRIAM LÓPEZ ²

SONIA GONZALEZ²

ANTONIO RANCHAL ³

SARA PALENZUELA ⁵

1) Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba 2) Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir 3) Facultad de Medicina y Enfermería de Córdoba 4) Facultad de Medicina Francisco de Vitoria 5) Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Ceuta

Palabras clave: Código Europeo contra el Cáncer; Prevención del cáncer; Educación para la salud

B.1.2. ¿Qué conocimientos, actitudes y prácticas tienen los médicos residentes de Medicina Familiar y los estudiantes de Medicina y Enfermería en relación con el Código Europeo contra el Cáncer?

OBJETIVOS: Estudiar el grado en que los médicos internos residentes (MIR) de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) y los estudiantes de medicina y enfermería conocen y practican los consejos del Código Europeo contra el Cáncer (CECC).

SUJETOS Y MÉTODOS: Estudio observacional descriptivo, transversal, multicéntrico. Ámbito: 2 unidades docentes de MFyC y dos Facultades, una de Medicina y Enfermería, y otra de Medicina. Sujetos: MIR de MFyC y estudiantes de medicina y enfermería. Para un error alfa del 5%, precisión del 5% y proporción del 50%, la muestra debería ser de 377 participantes. Método: cuestionario que recogía variables socio-demográficas, conocimiento de las recomendaciones del CECC, autoaplicación de las mismas, y actitud ante pruebas de cribado. Análisis estadístico descriptivo e inferencial ($p < 0,05$).

RESULTADOS: Respondieron 651 sujetos con una edad media de 22.34 ± 4.7 años, el 75% mujeres. El 80.8% no fumadores. Un 13% percibe sobrepeso/obesidad, mayor entre los MIR (24.7%) y los varones (17%). El 49.5% practica actividad física 2 veces por semana a todos los días, 56.7% de la población femenina nunca o solo de vez en cuando. El 52.2% consume verduras/hortalizas y 57.6% frutas regularmente. El 23.5% consume carne roja regularmente (mayor en varones), un 77% alcohol esporádicamente (mayor porcentaje de enfermeras no

bebedoras, 25.5%). El 30% evita exposiciones prolongadas al sol y 51.3% usa siempre protección solar. El 76.8% no conoce el CECC, más conocido entre los MIR (37.1%). Los estudiantes de medicina lo conocen a través de asignaturas (52.9%), de enfermería dividido entre asignaturas (20.9%) y medios de comunicación (22.4%) y entre los MIR por compañeros (33.3%). Más del 80.3% de los encuestados estaba de acuerdo con la realización de las pruebas de cribado del CECC; los MIR se cuestionan más su realización (6.7%-24.7%). Creencias erróneas sobre la conveniencia de la determinación del PSA para el cribado de cáncer de próstata (96.5%).

CONCLUSIONES: Tanto los MIR como los futuros médicos parecen estar más concienciados en cuanto a hábito tabáquico y sobrepeso que generaciones anteriores, practicando consejos de dieta en más de la mitad de los casos. La mayoría consume alcohol esporádicamente. Prevalece la poca concienciación respecto al riesgo solar. Desconocimiento del CECC en 3 de cada 4. Acuerdo mayoritario sobre pruebas de cribado, y creencia errónea sobre la recomendación del cribado con el PSA.

ID: 01011

Tipo de comunicación: Resultados de Investigación Cualitativa
Formato de presentación: oral

SAIOA GARCIA¹
VANESA ALVAREZ²
ANA CID²
ESTELA SAEZ¹
MARIAJESUS SERNA²
SHEILA SANCHEZ³

1) HUA TXAGORRITXU 2) C.S SAN MARTIN 3) UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Palabras clave: communication skill; competence-based education; tape recording

B.1.3. EVALUACIÓN DE LA UTILIDAD DEL ANÁLISIS DE LAS VIDEOGRABACIONES DE CONSULTAS

OBJETIVOS: Evaluación, mediante un grupo focal de cuatro residentes y cinco tutores, de la experiencia de aprendizaje llevado a cabo a través del uso de videograbaciones de consultas reales.

SUJETOS Y MÉTODOS: Cuatro residentes de 4º año, se grabaron durante cinco mañanas de consulta, a lo largo del último año de residencia. Previa a la videograbación, se pasó un consentimiento informado al paciente. Las residentes clasificaban las entrevistas de la mañana en fáciles y difíciles, posteriormente, seleccionaban de forma aleatoria una de cada grupo. Dichas entrevistas, se analizaron de forma **individual**, los tutores las visualizaban por separado y cumplimentaban el cuestionario CICCA y de manera **grupal**, en una sesión presencial donde se realizaba un feed-back oral por parte de los tutores y los compañeros residentes, de los aspectos positivos y los aspectos a mejorar en dicha entrevista. Se analizaron un total de 10 entrevistas por residente, 5 fáciles y 5 difíciles. Para la investigación cualitativa: se realizó un

grupo focal con los tutores y residentes que habían participado en las sesiones de videograbación. Los datos obtenidos se analizaron mediante el programa Atlas-ti.

RESULTADOS: Emergen **2 metacategorías:** **1. Aprendizaje:** Las residentes, destacan que gracias a la videograbación y al feed-back posterior, han adquirido habilidades de comunicación y profesionalismo. Por su parte, los tutores refieren que les ha ayudado a desarrollar competencias docentes relacionadas con ofrecer un feed-back constructivo. Tutores y residentes subrayan la utilidad de este trabajo de investigación para adquirir y mejorar habilidades en comunicación. **2. Análisis del método:** El feed-back oral, es valorado por el grupo como elemento enriquecedor. Por otro lado, el cuestionario CICCAs, se considera una herramienta útil como soporte, pero insuficiente para medir algunos aprendizajes.

CONCLUSIONES: Tras la reflexión del grupo focal podemos concluir que la videograbación en consulta y el feed-back posterior, es una herramienta muy útil para adquirir y mejorar las habilidades de comunicación, tanto para tutores como para residentes. Además, enriquece la relación entre tutores y residentes. Se ha valorado el cuestionario CICCAs, como una herramienta útil pero con limitaciones para medir algunas dimensiones del aprendizaje.

ID: 00850

Tipo de comunicación: Resultados de Investigación Cuantitativa

Formato de presentación: oral

FERNANDO MORENO¹

ANA PAREJA-OBREGÓN²

DAVID LEÓN³

JUAN MORENO⁴

LUCÍA MORENO⁴

MIGUEL PEDREGAL⁵

1) C.S. Cartaya, Hospital Infanta Elena. 2) UGC Urgencias, Hospital Universitario Virgen Rocío. 3) UGC Medicina Interna, Hospital Universitario Virgen Macarena. 4) C.S. Estepa, Hospital de la Merced. 5) Técnico Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria.

Palabras clave: cell pone; emergency; hospital

B.1.4. EL TELÉFONO MÓVIL EN LA ENTREVISTA CLÍNICA EN URGENCIAS.

OBJETIVOS: Describir las notificaciones sonoras recibidas en el teléfono móvil durante la entrevista clínica y su relación con las variables recogidas.

DISEÑO: Estudio observacional descriptivo.

EMPLAZAMIENTO: Consulta de Urgencias de hospital de nivel II.

SUJETOS Y MÉTODOS: Elección aleatoria de 4 a 6 días al mes durante 7 meses consecutivos. Para una frecuencia del 50%, nivel de confianza del 95% y precisión del 5% se requiere una

muestra de 385 actos médicos. Finalmente, fue de 646. Variables recogidas: notificación (llamada o WhatsApp/SMS); actitud (responde/no); usuario (edad) o acompañante; género (hombre/mujer); nacionalidad (española/otra) y nivel de triaje (1-5). Análisis estadístico con el programa SPSS 21.0. Consentimiento informado oral.

RESULTADOS: Incidencia sonora del teléfono durante la entrevista clínica: 27.1% (175/646). Existen diferencias en la actitud adoptada en función de la notificación recibida: llamada o WhatsApp/SMS ($p=0.001$), así como si quien recibe la notificación es el paciente o acompañante ($p=0.007$). También, hay diferencias ($p=0.018$) entre el nivel de triaje y la notificación recibida. Sin embargo, no observamos diferencias entre hombres o mujeres ($p=0.330$) y tampoco según la nacionalidad ($p=0.943$). El grupo pacientes que reciben WhatsApp/SMS tienen edad media: 34.63 años con desviación típica: 16.38 años (IC 95%: 25.90 - 43.35); para el grupo que recibe llamadas edad media: 46.22 años con desviación típica: 17.42 años (IC 95%: 39.33 - 53.12) existiendo diferencias entre ambos grupos ($p=0.037$).

CONCLUSIONES: No existen diferencias en cuanto a género ni nacionalidad: el uso del teléfono móvil es inherente al ser humano. Reciben más notificaciones los acompañantes: no es el sujeto de la entrevista clínica y es más probable que responda. Cuanto más joven más notificaciones vía WhatsApp se reciben: mayor uso y manejo de las nuevas tecnologías. A mayor gravedad según el triaje más suena el teléfono por una llamada: obtener una respuesta rápida ante una mayor situación de gravedad del paciente.

ID: 00983

Tipo de comunicación: Resultados de Investigación Cuantitativa

Formato de presentación: oral

JOSÉ RODRÍGUEZ ¹
DAYRO GUTIÉRREZ ²
ESTRELLA GIMENO¹
ELENA MUÑOZ¹
MARIANNY GUZMÁN ¹

1) C.S. Segovia 3. GAP de Segovia 2) C.S. Segovia 2. GAP de Segovia

Palabras clave: Empathy; Burnout Professional; Health-related Quality of Life

B.1.5. EMPATIA, CALIDAD DE VIDA Y BURNOUT ENTRE PROFESIONALES DE SALUD EN FORMACION - CORTE TRANSVERSAL. ESTUDIO QUINTAESENCIA. (EMPATHY, QUALITY OF LIFE AND BURNOUT AMONG HEALTH'S PROFESSIONALS IN FORMATION – CROSS SECTIONAL. FIFTH-ESSENCE STUDY)

OBJETIVOS: Estudiar la asociación entre calidad de vida, burnout y empatía, en profesionales de salud en Formación Sanitaria Especializada.

DISEÑO: Estudio Observacional Analítico de Corte Transversal.

EMPLAZAMIENTO: Estudio multicéntrico (3 centros de salud urbanos y 1 hospital provincial)

SUJETOS Y MÉTODOS: Incluimos Profesionales Internos Residentes en formación, de cualquier especialidad y año de residencia, de los centros participantes, colegiados a Marzo 1/2017 y que aceptaron participar. Excluimos sujetos con cumplimentación de las herramientas de medición (Cuestionario SF-36, Maslach Burnout Inventory-MBI y Escala Médica de Empatía de Jefferson-EMEJ) <50%. Las herramientas fueron autocumplimentadas en físico o digital.

Realizamos análisis bivalente con pruebas de T-Student, Wilcoxon y Coeficiente de Correlación de Spearman para comparar grupos; y análisis multivariante mediante Regresión Lineal Múltiple para controlar factores confusores. Utilizamos Stata-V11.1. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica correspondiente.

RESULTADOS: Obtuvimos una tasa de respuesta del 57%, para un tamaño muestral de 69. En la EMEJ, encontramos mayor empatía en residentes españoles comparado con extranjeros (124.6 vs 116.0, $p<0,01$), mayor empatía entre residentes aprendices comparados con expertos (124.5 vs 117.7, $p<0,05$). Dominios de la Calidad de vida, como ausencia de dolor corporal ($Rho=0.3255$, $p<0.01$) y buena autopercepción de la salud general ($Rho=0.2612$, $p<0.05$) mostraron una correlación significativa pero débil con mayor empatía. La Regresión Lineal Múltiple encontró menor empatía en residentes extranjeros (-9.8 puntos en la EMEJ, $p<0.001$, IC95%:-14.36,-5.24) y en residentes con mayor despersonalización (-0.65 puntos en la EMEJ con cada punto de incremento de la despersonalización $p<0.01$, IC95%:-1.10,-0.21); y más empatía en residentes con mayor realización personal (+0.38 puntos en la EMEJ con cada punto de incremento de realización personal $p=0.01$, IC95%:0.09,0.67).

CONCLUSIONES: Estudios preliminares describen múltiples variables que influyen en la empatía de residentes en formación, en nuestros datos, solo el hecho de ser extranjero y componentes de un síndrome de burnout como mayor despersonalización y menor realización personal se asociaron significativamente con menor empatía en este colectivo.

ID: 00885

Tipo de comunicación: Resultados de Investigación Cuantitativa

Formato de presentación: oral

NUR HACHEM¹

FRANCISCO BERBEL³

ANA ISABEL RECHE⁴

JOSÉ EMILIO SALVADOR²

HERMINIA MARÍA MORENO²

TERESA DE JESÚS GONZÁLEZ²

1) Centro de Salud Mediterráneo -Torrecárdenas 2) Centro de Salud Retamar 3) SAS Distrito Almería 4) Centro de Salud San Leonardo

Palabras clave: Assertiveness; Residents; Ability

B.1.6. La Asertividad en los Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria

OBJETIVOS: Evaluar el nivel de Asertividad de los Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC).

DISEÑO: Estudio descriptivo transversal

EMPLAZAMIENTO: Unidad Docente (UD) de MFyC

SUJETOS Y MÉTODOS: Sujetos: residentes de MFyC. Criterios de inclusión: residentes de primer y cuarto año de la UD. Criterios de exclusión: no querer participar. Mediciones e intervenciones: se aplicó el instrumento denominado “Escala Multidimensional de Asertividad (EMA)” que mide tres dimensiones: Asertividad, Asertividad indirecta, No asertividad. El instrumento consta de 45 afirmaciones tipo Likert, 15 reactivos para cada dimensión. Variables: edad, sexo, año de residencia. Análisis estadístico: univariable: V.cualitativas: frecuencias. V.cuantitativas: media, mediana, rango, desviación estándar (DE), intervalo de confianza 95%. Bivariable: el análisis de la varianza (ANOVA) siempre que la muestra siga una distribución normal, si no es así, se aplicaran test no paramétricos.

RESULTADOS: 42 residentes, 75% mujeres, 57% R4, edad media 28,47 años. Medias: Asertividad: 41,07 (puntuación por debajo de la media, lo que indica que tienen problemas de expresión en sus relaciones interpersonales). Asertividad Indirecta: 36,42 (puntuación sobre la media, por lo que se puede interpretar que son personas que pueden expresar sus opiniones, pero utilizan métodos indirectos como teléfono, mensajes). No Asertividad: 33,95 (puntuación por debajo de la media, por lo que son capaces de expresar sus deseos, opiniones y sentimientos). No hay diferencia en cuanto al sexo ni a la edad ni al año de residencia.

CONCLUSIONES: Los resultados muestran que las puntuaciones obtenidas en la dimensión asertividad están por debajo de la media, por lo tanto, la mayoría de los residentes son poco asertivos. Pueden ser poco hábiles para expresar sus sentimientos, emociones, deseos u opiniones de forma directa y hacen uso de los medios indirectos para relacionarse.

ID: 00886

Tipo de comunicación: Resultados de Investigación Cuantitativa

Formato de presentación: oral

FRANCISCO JAVIER VALVERDE¹

1) unidad docente MFyC de Jaén

Palabra clave: Physician-Patient Relations; Patient-centred communication; Communication

Financiación: agencia_pública

B.1.7. Factores del médico asociados a un perfil centrado en el paciente

OBJETIVOS: Conocer los factores del médico de familia asociados a un perfil centrado en el paciente (PCP).

DISEÑO: estudio observacional descriptivo multicéntrico

EMPLAZAMIENTO: centros de salud docentes de cuatro provincias de Andalucía

SUJETOS Y MÉTODOS: médicos de familia (tutores y residentes de cuarto año) en activo. Videograbación en consulta habitual, selección de 4 entrevistas al azar y valoración de la comunicación mediante la escala CICAA, que se compone de 29 ítems estructurados como escala tipo Likert evaluativa en tres grados: 0 puntos (no logra las tareas), 1 punto (logra de forma aceptable las tareas) y 2 puntos (logra totalmente/casi totalmente las tareas). Se definió PCP mediante la agrupación de los ítems 5,10,11,12,13,14,15,16,18 y 26, considerando que el médico tenía PCP si obtenía 7 o más puntos (calculado según los valores de la media y la mediana de esa variable). Se midieron otras variables profesionales y de la consulta. Análisis descriptivo mediante medidas de tendencia central y dispersión. Análisis bivalente mediante la J_i^2 . Análisis de regresión logística múltiple (PCP si/no)

RESULTADOS: 119 profesionales, 60 residentes, 436 entrevistas válidas. PCP 46,6% de las consultas, más frecuente cuando es tutor (51,7% frente 41,9%; $p<0,05;J_i^2$), en las visitas de revisión frente a las iniciales (51,9% frente 33,6%; $p<0,05;J_i^2$), y cuando el paciente participa en la toma de decisiones (65,3% frente 24,1%; $p<0,05;J_i^2$). La puntuación total en la escala es mayor en los profesionales que tienen un PCP (25,69 puntos \pm 4,85 frente 17,72 puntos \pm 3,91; $p<0,005;t$ -Student). En la regresión se relaciona con ser tutor (OR=1,56), consultas de revisión (OR=1,83) y tiempo de consulta (OR=1,25).

CONCLUSIONES: Una consulta centrada en el paciente se produce en la mitad de las ocasiones; se relaciona con ser tutor, consultas de revisión y toma de decisiones compartida. También con un mayor tiempo de consulta y una puntuación mayor en la escala CICAA.

ID: 00887

Tipo de comunicación: Resultados de Investigación Cuantitativa

Formato de presentación: oral

JUANA MARÍA MARÍN ¹

ROSARIO MORALES ²

ANTONIA DEL AMOR CANTERO ¹

ROXANA ROJAS¹

MARIA EUGENIA TORRES¹

PABLO RAMIREZ¹

1) Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca 2) Centro de Salud de Cartagena Oeste

Palabras clave: Communication; Students; Clinical training

B.1. 8. Autoevaluación Emisor-Receptor en estudiantes de medicina

OBJETIVOS: Identificar los logros y limitaciones en comunicación de los estudiantes de medicina mediante la autoevaluación como emisor y receptor.

DISEÑO: Observacional transversal descriptivo.

EMPLAZAMIENTO: Hospital Clínico Universitario y Universidad.

SUJETOS Y MÉTODOS: Estudiantes de tercer año del grado de medicina en el seminario habilidades en comunicación. Encuesta autoadministrada, autoevaluación de Uz Herrera formada: 31 ítem tipo Like (Frecuente, a veces, casi nunca), 15 ítem receptor, 16 ítem emisor, edad y sexo. Validas 30 ítems. Fiabilidad del test: 6 coincidencias de 8 entre los resultados en respuestas 1, 3, 6 y 13 de receptor y concordancia receptor-emisor: 8-10, 2.5, 10-15, 11-12 Buen receptor 11 aciertos, buen emisor 12 aciertos buen comunicador si coinciden
Análisis estadístico: SPSS Significativo $p < 0.05$.

RESULTADOS: Muestra 120, Válidas 116, Tasa de respuesta 93%. Edad 21,5%. Mujeres 75%. Globalmente Buen receptor 37,9%, Buen Emisor 26,7%, Buen comunicador 18,1%, Muestra con fiabilidad, 46,6%, Buen Receptor 64, 8%, Buen Emisor 33,3%, Buen Comunicador 31,5%. - Emisor, Mas del 50% no realiza "casi nunca": Hago preguntas para asegurar que he comprendido bien, Puedo conservar la calma, aunque el otro se muestre excitado, Me decido a escuchar en vez de ocuparme de ir elaborando mi respuesta. Receptor, Menos del 7% "casi nunca" realiza alguno de los ítems, 4 ítems "frecuente" > 90%.

CONCLUSIONES: Encontramos déficit en habilidades de comunicación en los estudiantes de medicina, un 31% de la muestra fiable muestra niveles adecuados. Globalmente menos del 20% muestras habilidades adecuadas. Presentan más dificultades como emisores que como receptores. La falta de fiabilidad de más del 50% de la muestra probablemente puede deberse a la falta de percepción de coherencias en los comportamientos de receptor y emisor más que a querer alterar el resultado del test. La reflexión con los estudiantes de los resultados permite sensibilizarlos sobre las necesidades de mejora. Realizar autoevaluación como herramienta pedagógica permite detectar déficit específicos que posteriormente pueden planificarse su formación.

ID: 00870

Tipo de comunicación: Resultados de Investigación Cuantitativa

Formato de presentación: oral

NUR HACHEM²

CARMEN MORILLO-VELARDE ¹

ANA SERRANO³

CRUZ BARTOLOMÉ⁴

HERMINIA MORENO⁵

GRUPO COLABORATIVO ESTUDIO MINDUDD MINDUDD⁶

1) UNIDAD DOCENTE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA 2) UNIDAD DOCENTE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA 3) UNIDAD DOCENTE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA 4) UNIDAD DOCENTE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA 5) CENTRO SALUD RETAMAR 6) GRUPO COLABORATIVO ESTUDIO MINDUDD

Palabras clave: MINDFULNESS; ATENCION PLENA; MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Financiación: SAMFyC.

B.1.9. Mindfulness y relación con su práctica en profesionales de unidades docentes de Medicina Familiar y Comunitaria

OBJETIVOS: Estimar el nivel de *mindfulness* (atención plena) de los profesionales de Unidades Docentes (UU.DD.) de Medicina Familiar y y Comunitaria (MFyC) y su relación con su práctica actual.

DISEÑO: Observacional descriptivo, de prevalencia

EMPLAZAMIENTO: 6 UU.DD. de MFyC del Sistema Nacional de Salud

SUJETOS Y MÉTODOS: Tutores, colaboradores docentes y residentes adscritos a 6 UU.DD de MFyC españolas (N=790). El número estimado de sujetos a estudiar fue de 220. Se diseñó un formulario en Google Forms, siendo respondido por los participantes on-line o en formato papel. Para evaluar la atención plena se usó el cuestionario FFMQ (*Five Facet Mindfulness Questionnaire*), mientras que para medir el nivel de estrés se usó una escala ordinal de 0 a 10 puntos. Análisis estadístico descriptivo e Inferencial.

RESULTADOS: Respondieron la encuesta 361 sujetos (tasa de respuesta=45,7%), con una media de edad de $37,5 \pm 13,2$ (límites: 23 a 63 años); el 67,0% eran mujeres. El 58,2% conoce lo que es el *mindfulness*, el 27,1% ha recibido formación y el 23,5% lo practica. El nivel medio de atención plena fue de $125,57 \pm 14,64$ (límites: 87-175). Los que dicen haber recibido formación previa son los que más practican el *mindfulness* ($p < 0,001$). Se aprecia una relación directamente proporcional entre el nivel de atención plena y su práctica habitual ($p < 0,001$).

CONCLUSIONES: El nivel de atención plena está en consonancia con el observado en otros colectivos de profesionales sanitarios. Casi tres de cada 10 profesionales han recibido alguna formación en *mindfulness*, una cuarta parte lo practican y con ello logran alcanzar un nivel de conciencia plena superior que aquellos que no lo practican, lo que viene a corroborar la eficacia demostrada de estos programas de entrenamiento.

ID: 00871

Tipo de comunicación: Resultados de Investigación Cuantitativa

Formato de presentación: oral

JUAN CARLOS VERDES-MONTENEGRO³

RAQUEL ARIAS⁴

ANA ROLDÁN¹

CELIA PÉRULA²

NORBERTO LIETOR⁵

GRUPO COLABORATIVO ESTUDIO MINDUUDD MINDUUDD⁶

1) UNIDAD DOCENTE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA 2) DISTRITO SANITARIO CÓRDOBA Y GUADALQUIVIR 3) CONSULTORIO EL HIGUERÓN (UGC AZAHARA) 4) UNIDAD DOCENTE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA CATALUNYA CENTRAL 5) UNIDAD DOCENTE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA 6) GRUPO COLABORATIVO ESTUDIO MINDUUDD

Palabras clave: Mindfulness; Estrés laboral; Atención plena

Financiación: SAMFyC.

B.1.10. MINDFULNESS Y SU RELACIÓN CON EL ESTRÉS LABORAL EN LOS PROFESIONALES DE UNIDADES DOCENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

OBJETIVOS: Comprobar la relación entre el nivel de mindfulness (atención plena) de los profesionales de Unidades Docentes (UU.DD.) de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) y el grado de estrés laboral.

DISEÑO: Observacional descriptivo, de prevalencia

EMPLAZAMIENTO: 6 UU.DDD de MFyC del Sistema Nacional de Salud

SUJETOS Y MÉTODOS: Tutores, colaboradores docentes y residentes adscritos a 6 UU.DD de MFyC españolas (N=790). El número estimado de sujetos a estudiar fue de 220. Se diseñó un formulario en Google Forms. Para evaluar la atención plena se usó el cuestionario FFMQ (Five Facet Mindfulness Questionnaire), mientras que para medir el nivel de estrés laboral se usó una escala ordinal de 0 a 10 puntos. Análisis estadístico descriptivo e Inferencial.

RESULTADOS: Respondieron la encuesta 361 sujetos (tasa de respuesta=45,7 con una media de edad de $37,5 \pm 13,2$ (límites: 23 a 63 años); el 67,0% eran mujeres. El nivel medio de atención plena fue de $128,95 \pm 14,99$ (límites: 89-181). La puntuación media de estrés laboral fue de $5,79 \pm 2,45$ (moda=7); el 49,8% puntúa 7 o más en la escala de estrés. Se aprecia una correlación débil entre el grado de mindfulness (puntuación global del FFMQ) y el nivel de estrés laboral ($r=-0,146; p=0,005$). No se halló una relación entre la práctica del mindfulness y el nivel de estrés laboral ($p=0,935$).

CONCLUSIONES: Aunque débil, existe una correlación entre el grado de mindfulness y un menor estrés laboral, aunque no hemos podido comprobar un menor estrés laboral entre los que practican esta técnica de meditación.

ID: 00924

Tipo de comunicación: Resultados de Investigación Cuantitativa

Formato de presentación: oral

M^a CARMEN FUERTES ¹

GLORIA ARANDA²

M^a VICTORIA GÜETO³

M^a ROSARIO ELCUAZ ⁴

M^a PILAR ARROYO⁵

SANTOS INDURAIN⁶

1) Servicio de Planificación, Evaluación y Gestión del Conocimiento del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra 2) Subdirección de Farmacia del Servicio Navarro de Salud (SNS-O) 3) Centro de Salud Mendillorri (Pamplona) 4) Servicio Urgencias Extrahospitalarias de SNS-O 5) Centro de Salud Huarte (Navarra) 6) Centro de Salud San Juan (Pamplona)

Palabras clave: mindfulness y autocompasión; burnout y estrés; profesionales sanitarios de Atención Primaria.

Financiación: Agencia pública

B.1.11. Efectividad de programa de Mindfulness y Autocompasión para reducir Estrés y prevenir Burnout, en sanitarios de Atención Primaria

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad de programa de *mindfulness* y autocompasión, sobre los niveles de estrés y *burnout*, en sanitarios de Atención Primaria(AP).

DISEÑO: Ensayo clínico controlado aleatorizado, con intervención mediante programa de entrenamiento en *mindfulness* y autocompasión.

EMPLAZAMIENTO: Estudio multicéntrico de los Centros de Salud de Navarra

SUJETOS Y MÉTODOS: se realizó un muestreo no probabilístico y de conveniencia. Se ofertó entrenamiento en *mindfulness* a los 1.281 sanitarios de AP, aceptando 48. Se asignaron por sorteo 25 al grupo intervención. Intervención: programa de entrenamiento en *mindfulness* y autocompasión, de sesiones de 2,5 horas/semana durante 8 semanas (asistencia>75%) y práctica diaria de 45 minutos. Criterios exclusión: haber realizado 6 meses antes entrenamiento de *mindfulness* y/o compasión, y/o padecer enfermedad psiquiátrica. Las Mediciones Principales: Antes-después de la intervención mediante cuatro cuestionarios, que valoraban los niveles de *mindfulness*, autocompasión, estrés percibido y *burnout*. Análisis estadístico: prueba de Wilcoxon pareada para variables continuas y McNemar para variables categóricas. Para evaluar diferencias pre-post intervención entre grupos, pruebas de Mann-Whitney y la de Comparación de Proporciones, para variables continuas y categóricas respectivamente. Se utilizó SPSS Statistics 20.

RESULTADOS: Tras la intervención, las puntuaciones del grupo intervención mejoran significativamente en *mindfulness* ($p<0,001$); estrés percibido ($p<0,001$); autocompasión: auto-amabilidad $p<0,001$, humanidad compartida $p=0,004$, *mindfulness* $p=0,001$; y *burnout*: cansancio emocional ($p=0,04$). La comparación respecto al grupo control muestra diferencias significativas en *mindfulness* ($p<0,001$), estrés percibido ($p<0,001$), auto-amabilidad ($p<0,001$) y cansancio emocional ($p<0,03$).

CONCLUSIONES: Un programa combinado con prácticas de *mindfulness* y autocompasión mejora los niveles de atención plena, autocompasión y disminuye el grado de estrés y cansancio emocional en profesionales sanitarios de Atención Primaria, protegiéndoles contra el *burnout*.

ID: 00875

Tipo de comunicación: Resultados de Investigación Cuantitativa

Formato de presentación: oral

ROGER RUIZ-MORAL¹

FERNANDO CABALLERO¹

DIANA MONGE¹

CRISTINA GARCIA DE LEONARDO¹

SOPHIA DENIZON¹

1) Universidad Francisco de Vitoria (UFV)

Palabras clave: estudiantes de medicina; habilidades comunicativas; relación médico paciente

Financiación: Entidad_privada

B.1.12. Un Curriculum Integral de Comunicación para el grado de Medicina: Eficacia para Adquisición de Habilidades y Percepciones de los alumnos

OBJETIVOS: Aunque las Habilidades de Comunicación (HC) se están introduciendo en los estudios de grado son pocas las investigaciones que evalúan tanto la eficacia de los métodos educativos empleados para la adquisición de las mismas en estudiantes como la percepción que tienen estos sobre su aprendizaje

DISEÑO: Conocer la eficacia de tres actividades docentes: HC básicas, Dar Malas Noticias (MN) y Cambio de Conducta (CC) impartidas en una Universidad en términos de habilidades adquiridas por los estudiantes y su percepción sobre su aprendizaje

EMPLAZAMIENTO: Alumnos de 3º y 4º de medicina

SUJETOS Y MÉTODOS: Para las tres actividades, el nivel adquirido por los estudiantes fue medido por un observador externo (OE) y por los Pacientes Simulados (PS) utilizando escalas diseñadas *ad hoc*. La percepción de los estudiantes se obtuvo mediante cuestionarios autoadministrados y Grupos Focales

RESULTADOS: Se obtuvieron mejoras globales en el conjunto y en la mayoría de las HC para las HC Básicas, MN y CC tanto por parte del OE como de los PS de la 1ª a la 3ª entrevista (mediciones); HC Básicas, OE:11,7 puntos ($p < 0,001$), PS:9,6 ($p < 0,001$); MN, OE: 10,2 puntos ($p < 0,001$), PS:0,7 ($p < 0,001$); CC: OE:5,5 puntos ($p < 0,001$), PS:0,4 ($p < 0,001$). La percepción de los estudiantes sobre su capacidad mejoró 65 puntos para MN y 47 puntos para CC ($p < 0,001$). Grupos Focales: aunque los estudiantes consideraron muy útiles las HC, revelaron algunas dificultades en su aprendizaje y su rechazo a evaluarlas sumativamente

CONCLUSIONES: La formación en HC realizada para estudiantes de medicina en los ámbitos abarcados es efectiva tanto desde la perspectiva de adquisición de habilidades como desde la percepción que los PS tienen de los encuentros clínicos mantenidos. Los alumnos igualmente consideran que tras esta formación se sienten más capacitados, sin embargo, son críticos con las metodologías de enseñanza y su evaluación.

Aplicabilidad: El tipo de enseñanza de HC empleado es eficaz para la adquisición de HC por los estudiantes. Los PS aportan una perspectiva valiosa en su evaluación. Sin embargo, los métodos educativos empleados despiertan emociones contradictorias en los alumnos

ID: 00985

Tipo de comunicación: Resultados de Investigación Cuantitativa

Formato de presentación: oral

ELENA MUÑOZ¹

1) U.S.Es Castell

Palabras clave: Health Communication; Process Assessment (Health Care); Patient Reported Outcome Measures

B.1.13. ¿Tu médico es un buen comunicador? Pacientes evaluando la competencia en comunicación del médico.

OBJETIVOS: Conocer la evaluación que hace la población general de las habilidades de comunicación del médico al que han consultado por última vez

DISEÑO: Observacional descriptivo

EMPLAZAMIENTO: Encuesta autoadministrada difundida por WhatsApp y Tweeter.

SUJETOS Y MÉTODOS: Excluimos personas visitando al médico hacía más de 3 meses o no recordaban cuándo. 1164 respuestas de 17 CCAA, datos sociodemográficos del paciente, sobre el encuentro médico y 10 características de comunicación del médico (extraídas del cuestionario GATHA).

RESULTADOS: Mayoría de respuestas: mujeres, 35-65 años, visitando Médico de Familia en Sanidad Pública, satisfechas. Puntuación media del médico: 8.4, relación directa con edad y satisfacción del paciente. Mejor: Nefrología, Vascular y Anestesia, Valencia y CLM, médico mujer, paciente hombre, consulta privada. Peor: Maxilofacial, Urgencias, Madrid y Andalucía

CONCLUSIONES: Los médicos puntúan muy alto en habilidades de comunicación evaluados por sus pacientes, con diferencias significativas según su sexo y especialidad, CCAA, edad, satisfacción y sexo del paciente

B).-RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

B.2.-POSTER (pantallas expositoras, hall principal de la Facultad)

ID: 00916

Tipo de comunicación: Resultados de Investigación Cualitativa

Formato de presentación: poster

EVA REYES¹

GRACIA BEJARANO ²

MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ³

1) UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD BUCODENTAL DEL DISTRITO SANITARIO ALJARAFE SEVILLA-NORTE. CENTRO DE SALUD DE LA ALGABA. 2) UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD BUCODENTAL DEL DISTRITO SANITARIO ALJARAFE SEVILLA-NORTE. CENTRO DE SALUD DE EL VISO 3) Centro de Salud Don Paulino García Donas

Palabras clave: health legislation; informed consent; personal autonomy

INFORMACIÓN A LOS PACIENTES Y NORMATIVA SOBRE EL CONSENTIMIENTO EN SANIDAD

OBJETIVOS: Analizar la normativa sobre la información y el consentimiento de los pacientes.

SUJETOS Y MÉTODOS: Revisión narrativa de artículos 2010-2017. Base de datos Pubmed-MEDLINE con los descriptores: "informed consent", "health legislation", "personal autonomy". Límites de búsqueda: Clinical Trial, Controlled Clinical Trial, Randomized Controlled Trial Review, Systematic Reviews. Se encontraron 187 artículos y se analizaron 10 documentos.

RESULTADOS: Con el código de Nüremberg y la declaración de Helsinki, a nivel internacional, se empezó a pensar en obtener permiso antes de cualquier intervención. A nivel nacional, no había normativa hasta la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Actualmente a nivel internacional, el texto que fundamenta la legislación española sobre el consentimiento informado es el Convenio de Oviedo de 1997, que dio lugar a la aprobación de la ley actual Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y de documentación clínica.

CONCLUSIONES: La jurisprudencia del Tribunal Supremo, señala que el consentimiento informado en el ámbito sanitario se constituye como un derecho humano fundamental. El consentimiento informado en el ámbito sanitario se constituye en nuestra constitución, en un Derecho Fundamental con base jurídica en los artículos 1.1º, 15, 16 y 18 de la Constitución. El titular del derecho a ser informado es el propio paciente. Es necesario, que se informe, de forma verbal o escrita, de los posibles riesgos del acto médico. El consentimiento podrá darse de forma oral o escrita, estableciendo la Ley en qué supuestos debe ser escrito. El personal sanitario puede intervenir sin consentimiento cuando existe riesgo para la salud pública.

ID: 00917

Tipo de comunicación: Resultados de Investigación Cualitativa

Formato de presentación: poster

GRACIA BEJARANO ¹

MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ²

EVA REYES ³

1) UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD BUCODENTAL DEL DISTRITO SANITARIO ALJARAFE SEVILLA-NORTE. CENTRO DE SALUD DE EL VISO DEL ALCOR 2) Centro de Salud Don Paulino García Donas de Alcalá de Guadaira 3) UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD BUCODENTAL DEL DISTRITO SANITARIO ALJARAFE SEVILLA-NORTE. CENTRO DE SALUD DE LA ALGABA

Palabras clave: Dental Care for Disabled; Education for Health; Primary Prevention

COMUNICACIÓN CON CUIDADORES DE PACIENTES DISCAPACITADOS PARA EL ABORDAJE DE HÁBITOS SALUDABLES ORALES

OBJETIVOS: La educación para la salud (EPS) es fundamental para la prevención y promoción de la salud oral. Se introduce esta forma de trabajo desde Salud Bucodental y Cirugía Maxilofacial colaborando con dos asociaciones de niños con parálisis cerebral. El objetivo fue evaluar la intervención educativa por los asistentes y proponer estrategias de prevención.

SUJETOS Y MÉTODOS: Estudio descriptivo de la intervención educativa realizada por Salud Bucodental a padres/tutores en Atención Primaria, sobre hábitos higiénico-dietéticos relacionados con la salud oral, traumatismos dentarios, etc. y planteamiento de otra línea de actuación sanitaria: la EPS. Estas actividades se realizaron mediante intervenciones formativas-informativas y talleres teóricos-prácticos a padres/tutores anuales; además varios odontólogos se ofrecieron a realizar la asistencia bucodental a este colectivo desde AP para evitar desplazamientos en actividades tradicionalmente exclusivas en hospitales.

RESULTADOS: La intervención educativa fue altamente valorada por los asistentes, evaluándola con encuestas de satisfacción, y por los profesionales, gracias a las guías del observador. El 67,4% de los padres/cuidadores de los pacientes respondieron a la encuesta, entre ellos 94,7% (IC 95%) estaban bastante o muy satisfechos con la intervención

CONCLUSIONES: La EPS es una herramienta fundamental para la captación y motivación de los pacientes, familiares y comunidad que atendemos en nuestra práctica diaria. Con ello conseguimos prevenir las enfermedades y, promover la salud y el autocuidado, aumentando la satisfacción de las personas a las que va dirigida y a los propios trabajadores, que ven en ella otra forma de realizar su práctica profesional.

ID: 00943

Tipo de comunicación: Resultados de Investigación Cualitativa

Formato de presentación: poster

MARIA PILAR ARROYO ¹

MARIA ROSARIO ELCUAZ²

SANTOS INDURAIN³

GLORIA ARANDA⁴

1) CS Huarte 2) Servicio de Urgencias Extra-hospitalarias 3) CS San Juan 4) Subdirección de Farmacia –Osasunbidea/ Servicio Navarro de Salud

Palabras clave: emotions; primary health care; professional-patients relationships

¿POR QUÉ Y CÓMO NOS EMOCIONAMOS EN LA CONSULTA?

OBJETIVOS: Conocer las situaciones de la consulta que afectan a los profesionales de Atención Primaria y las emociones que generan. Reflejar si existe perfil diferencial entre MIR y tutores. Valorar la utilidad de este conocimiento en nuestra práctica.

SUJETOS Y MÉTODOS: En abril de 2017, impartimos dos talleres sobre “Gestión Emocional”. El primero dirigido a R1 de MFyC y el segundo a tutores de residentes. Ambos con diseño y duración similar (5horas). De inicio, los participantes reflexionaron sobre situaciones de la consulta que les hubieran despertado emociones intensas. Posterior puesta en común.

RESULTADOS: En numerador MIR (24) y denominador Tutores (29). (Clasificación emocional de EKMAN): Alegría (13/6), Tristeza (9/12), Frustración (5/13), Ira (5/14), Miedo (2/4), Sorpresa (1/0) (Totales suman más que las personas, una situación puede conllevar más de una emoción). Las situaciones de partida presentan un listado no resumible y se han clasificado en Gratificantes (13/7) y Displacenteras (11/22)

CONCLUSIONES: Los residentes relataban con mayor frecuencia situaciones y emociones gratificantes. Los tutores reflejaban más emociones duras o estresantes ligadas a situaciones difíciles con los pacientes. Los años de ejercicio parecen influir en la respuesta emocional de los profesionales.

Parece necesario valorar el abordaje sobre Gestión emocional en cursos posteriores incluyéndola en el MIR desde su inicio; el profesional de largo recorrido puede precisar otros apoyos.

Situaciones similares con los pacientes generan emociones diferentes en cada profesional. Descubrir qué nos emociona más en nuestra práctica puede ayudar a conocernos mejor y a realizar un manejo más adecuado de esas situaciones y emociones desencadenadas.

ID: 00961

Tipo de comunicación: Resultados de Investigación Cualitativa

Formato de presentación: póster

MANUEL CAMPÍÑEZ¹

MARIONA PORTELL²

OIHANE BARRUELO³

REMEDIOS MARTÍN¹

JOSEP MARIA BOSCH⁴

ALICIA LOZANO²

1) CAP Vallcarca; 2) Universidad Autónoma de Barcelona; 3) Consulta privada; 4) CAP Encants

Palabras clave: motivational interviewing; observational methodology; communicative skills training

Desarrollo de un instrumento de observación de los episodios confrontativos en la Entrevista Motivacional (EVEM-micro) para aportar feedback formativo

OBJETIVOS: Desarrollar y validar un instrumento de observación de los episodios confrontativos en los encuentros entre profesional y paciente asociados a la evaluación de la calidad de la Entrevista Motivacional (EM)

SUJETOS Y MÉTODOS: estudio cualitativo, observacional, de diseño de un instrumento de observación. Validación: se obtuvo la validez de contenido por revisión exhaustiva de la literatura y acuerdo en un panel de expertos, y se testó la fiabilidad. Participantes: 3 psicólogas evaluaron 10 encuentros entre médicos de familia y pacientes estandarizados provenientes del estudio Dislip-EM (abordaje de la dislipemia mediante EM en un contexto de Atención Primaria). Análisis: concordancia intra e interjueces entre un registro único consensuado entre los observadores A y B versus: (1) observador A, (2) observador C. Índices kappa obtenidos según la propuesta de Bakeman, Quera y Gnisci (2009) para datos secuenciales de eventos con tiempo. Análisis con el programa SDIS-GSEQ

RESULTADOS: Se obtiene un instrumento (EVEM-micro) que evalúa 5 dimensiones de la respuesta confrontativa en la interacción médico-paciente mediante 11 categorías: respuesta confrontativa explícita/implícita, precedente de la respuesta confrontativa conectado/no conectado/pregunta, forma de la respuesta del profesional pregunta/no pregunta, función de la respuesta del profesional silencio-escucha/silenció-no escucha/proporciona espacio/reduce espacio y dimensión episodio. Los resultados para el acuerdo intra e interjueces son satisfactorios ($K > 0.60$) para 8 de las 11 categorías.

CONCLUSIONES: El instrumento de observación propuesto puede resultar una herramienta útil para observar la interacción comunicativa vinculada a los episodios en los que el paciente muestra un estilo confrontativo durante la EM. Supone un complemento al uso del EVEM en aquellos casos en los que interese profundizar en la adquisición de competencias para gestionar la actitud confrontativa del paciente

ID: 01014

Tipo de comunicación: Resultados de Investigación Cualitativa

Formato de presentación: póster

HEATHER L ROGERS¹

LEVENT DUMENCI²

LAURA SIMINOFF²

1) IIS BioCruces; 2) Temple University

Palabras clave: Primary health care; Communication; Physician-patient relations

Financiación: agencia_pública

La importancia de la concordancia de género entre el paciente estandarizado y el médico: Evidencia de un estudio con pacientes estandarizados en atención primaria

OBJETIVOS: Examinar la relación entre un desenlace esperado de consultas de atención primaria para síntomas de cáncer del colon y factores del paciente, de la consulta, del médico, del médico-paciente, y de la clínica.

SUJETOS Y MÉTODOS: Pacientes estandarizados (PEs) se presentaron a la consulta de 207 médicos de atención primaria en sus clínicas en dos estados de los Estados Unidos. Los PEs fueron de ambos sexos y de raza anglosajona o afroamericana. Se presentaron como pacientes nuevos a la consulta con síntomas de cáncer del colon. Los médicos dieron su consentimiento para citar a dos PEs, pero no supieron en que momento llegarían estos, ni el caso clínico que presentarían. La entrevista fue grabada de forma oculta y posteriormente se obtuvo la historia clínica. Se definió como un desenlace esperado que el médico hiciera una recomendación verbal o escrita para una colonoscopia y/o seguimiento con un especialista gastrointestinal.

RESULTADOS: 141 de las 367 consultas (38%) resultaron en un desenlace apropiado. Los análisis univariados mostraron que el desenlace esperado se asoció con PEs hombres ($p=0.04$), consultas más largas ($p=0.003$), aquellas en las que se realizaron una entrevista en profundidad de la historia médica ($p=0.04$), aquellas en las que se exploraron en profundidad los síntomas ($p=0.001$), evaluación positiva del rendimiento del médico según el PE mediante el SEGUE ($p=0.02$), y la concordancia de género entre el PE y el médico ($p=0.03$). No fueron significativos ningún factor del médico (e.g., su edad, el año en que se graduó, el número de consultas por semana) ni de la clínica (e.g., la ubicación urbana vs. rural, el número de pacientes). Un análisis de regresión logística con los factores significativos mostró que concordancia de género predijo de forma independiente un desenlace esperado (OR = 1.63, $p=0.04$).

CONCLUSIONES: Futuros estudios deberían investigar los mediadores de esta relación, e.g., el papel de la comunicación relacional.

ID: 00854

Tipo de comunicación: Resultados de Investigación Cuantitativa

Formato de presentación: poster

MARÍA DEL CARMEN NEIPP¹

MARK BEYEBACH²

MAITE GARCÍA³

INÉS GONZALES⁴

1) Universidad Miguel Hernández de Elche; 2) Universidad Pública de Navarra; 3) Complejo Hospitalario de Navarra; 4) Hospital General Universitario de Alicante

Palabras clave: Adherencia; Comunicación centrada en soluciones; Hemodiálisis

Comunicación Enfermería Centrada en Soluciones en un servicio de hemodiálisis

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto en la adherencia en la restricción de fluidos en pacientes en tratamiento de hemodiálisis, de una intervención en comunicación centrada en soluciones, con enfermeras del servicio de hemodiálisis.

DISEÑO: Cuasi-experimental

EMPLAZAMIENTO: Hospital General Universitario de Alicante

SUJETOS Y MÉTODOS: A 36 pacientes en un servicio de hemodiálisis se les recogieron medidas de la ganancia de peso entre sesiones durante un mes. Después las enfermeras de la unidad fueron entrenadas, durante 4 horas, en comunicación centrada en soluciones relacionada con la adherencia en la restricción de fluidos. Durante el mes siguiente al entrenamiento, se recogieron, de nuevo las medidas de ganancia de peso entre sesiones de los pacientes. Por último, se realizó un seguimiento a los 6 meses. Se realizó ANOVAs de medidas repetidas entre el mes previo, el posterior al entrenamiento y a los 6 meses.

RESULTADOS: Los resultados mostraron un efecto significativo de la intervención, los índices del peso entre sesiones de los pacientes disminuyeron después de la intervención $F(1, 13) = 3.21, p = 0.017; \eta^2 = 0.85$ y se mantuvieron en el seguimiento $F(1, 13) = 2.30, p = 0.06; \eta^2 = 0.803$

CONCLUSIONES: Los resultados sugieren que el entrenamiento de las enfermeras en la unidad de hemodiálisis en comunicación centrada en soluciones incrementó la adherencia de los pacientes en la restricción de fluidos.

ID: 00864

Tipo de comunicación: Resultados de Investigación Cuantitativa

Formato de presentación: poster

EVA REYES¹

MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ²

GRACIA BEJARANO³

1) UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD BUCODENTAL DEL DISTRITO SANITARIO ALJARAFE SEVILLA-NORTE. CENTRO DE SALUD DE LA ALGABA; 2) UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DEL DISTRITO SANITARIO SEVILLA SUR. CENTRO DE SALUD DE ALCALÁ DE GUADAIRA; 3) UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD BUCODENTAL DEL DISTRITO SANITARIO ALJARAFE SEVILLA-NORTE. CENTRO DE SALUD DE EL VISO DEL ALCOR

Palabras clave: anxiety; preoperative procedures; health information exchange

LA UTILIDAD DE LA COMUNICACIÓN ASISTENCIAL PREVIO A UNA INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

OBJETIVOS: Analizar el nivel de ansiedad pre y postoperatorio de los pacientes intervenidos en la consulta de odontología y su relación con la información previa recibida.

DISEÑO: Estudio descriptivo observacional prospectivo, no aleatorizado y multicéntrico de pacientes atendidos en consultas de Odontología de Atención Primaria.

EMPLAZAMIENTO: Centros de Salud de Atención Primaria.

SUJETOS Y MÉTODOS: Los pacientes incluidos en el estudio fueron los que precisaron una intervención ambulatoria en la consulta de odontología. Variables dependientes: ansiedad estado pre y post-operatoria según la escala de ansiedad STAI-S, y variables independientes: edad, sexo, información previa sobre la intervención. Análisis estadístico descriptivo (test de chi cuadrado o Fisher en tablas de contingencias poco pobladas, t de Student o la U de Mann-Whitney). Significación estadística si $p < 0,05$. Intervalos de confianza al 95%.

RESULTADOS: Se analizaron 45 pacientes, 57,8% mujeres. Edad media (DS) fue de 33,5 (9,6) años. La ansiedad preoperatoria (pacientes que no han recibido información previa) medida por la escala STAI-S mostró que 20% tenían un percentil 65, 17,8% un percentil 80, 15,6% un percentil de 75. La ansiedad postoperatoria (pacientes que no habían recibido información previa) medida por la escala STAI-S mostró que 15,6% tenían un percentil 80. La falta de información de los pacientes previa a la intervención se relaciona significativamente con la ansiedad preoperatoria $p = 0,044$.

CONCLUSIONES: Los niveles de ansiedad pre y postoperatorios fueron elevados en los pacientes sometidos a intervención ambulatoria que no habían recibido información previa a la intervención, siendo más elevada la ansiedad preoperatoria. Por lo tanto, es necesario una información exhaustiva al paciente por parte del profesional de atención primaria de la intervención a realizar, aclarando dudas y temores, para que el paciente entienda la información recibida y no aumente su nivel de ansiedad que en muchos casos dificulta la intervención realizada

ID: 00882

Tipo de comunicación: Resultados de Investigación Cuantitativa

Formato de presentación: poster

JOSEP MASSONS¹
JOSEP AUBÀ¹
FELIPE SAATDJIAN¹
NURIA PASTOR¹
ROSA ESCAMILLA¹
SILVINA ALCORTA¹

1) Mataró 7

Palabras clave: grief; Empathy:

Opinión de los MIR/EIR sobre el duelo

OBJETIVOS: Conocer la opinión de los residentes sobre el proceso del duelo.

DISEÑO: Estudio descriptivo transversal.

EMPLAZAMIENTO: unidades docentes.

SUJETOS Y MÉTODOS: Población: Residentes de medicina de familia (MIRF) y otras especialidades (MIRE) y de enfermería (EIR) de 4 unidades docentes. por encuesta autoadministrada. Análisis descriptivo y comparación de porcentajes utilizando la prueba χ^2 .

RESULTADOS: 144 (78% MIRF). 70,1% mujeres. Año residencia R1 38,9% R2 29,2% R3 15,3% R4 16,7%. El 92,4% consideran que el duelo no es una enfermedad (los varones más, un 14% por un 4% $p=0,06$). El 77,1% opina que la resolución ha de ser por los propios pacientes y su entorno. Si precisan atención el 72,9% prefieren profesionales de APS. El 69,4% ha atendido un duelo. La nota media de su capacidad de atender es 6,1/10. El 79 han pasado duelos personales (21,8% menos 1 a). El 59,1% consideran que lo han llevado bien. Sobre las habilidades que ayudan: empatía (93,8%) escucha (43,1%), paciencia (23,6%). Aspectos negativos: prisa (47,2%), la incomprensión (76,6%) imponer (37,3). El 31% de MIRE consideran que el duelo precisa soporte profesional (16% MIRF, $p=0,03$). Los MIRE consideran que el soporte lo debería dar el médico de familia en el 50% (por 78% MIRF, $p=0,04$). En relación a la nota los hombres se dan una puntuación más alta (6,559 por 5,92, $p=0,016$)

CONCLUSIONES: Los residentes consideran que el duelo no es una enfermedad. Más de la mitad tiene experiencia profesional, y muchos personal. Consideran que la atención ha de ser por el paciente (MIRE menos). La mayoría de MIRF cree que el soporte profesional ha de ser en APS (MIRE la mitad no). Los hombres se creen con más capacidad de manejar el duelo.

ID: 00883

Tipo de comunicación: Resultados de Investigación Cuantitativa

Formato de presentación: poster

JOSEP MASSONS¹

LORENA BERNAD ¹

RAQUEL TIENDA¹

JORDI JAUMANDREU¹

JOSEFA PLAZA¹

NURIA MONTELLA²

1) Mataró 7; 2) Unidad Docente Metropolitana Nord

Palabras clave: COPD; Medication adherence

Diez segundos para tratar la EPOC, ¡qué menos!

OBJETIVOS: Describir la adherencia al tratamiento con inhaladores en pacientes EPOC atendidos en un centro de salud

DISEÑO: Descriptivo transversal.

EMPLAZAMIENTO: Centro de salud urbano.

SUJETOS Y MÉTODOS: Pacientes atendidos en 2016 diagnosticados de EPOC tratados con inhaladores durante ≥ 6 meses que aceptasen participar. Exclusiones: demencia o enfermedad terminal. Variable principal: nivel de adhesión al tratamiento con inhaladores (TAI – *Test de Adhesión a los Inhaladores*: mala ≤ 45 ; intermedia=46-49; buena=50). Variables independientes: datos sociodemográficos, hábito tabáquico, gravedad (GOLD), tipo tratamiento/dispositivo, tipo de error al realizar la técnica, calidad vida (CAT) y conocimiento de la enfermedad (EPOC-Q). Análisis: descriptivo, comparaciones con la prueba χ^2 .

RESULTADOS: De 116 pacientes, se incluyeron 76. El 80% hombres, edad media=71,8 \pm 9,9 años. El 60,5% exfumadores y 25% fumadores. Gravedad (GOLD): 62% moderados y 16% graves. El 62% utiliza LAMA y el 51% combinación de glucocorticoides-LABA. El 71% usan dispositivos de polvo seco inhalado. El 51% (IC95:39,8%-62,2%) tiene una buena adhesión a los inhaladores, pero el 81,6% realizan algún incumplimiento (el más frecuente el inconsciente=73,7%, IC95:63,8%-83%). El 72% realizan mal la técnica de inhalación. El error más frecuente (52,6%) es no aguantan la respiración 10 segundos después de la inhalación. Calidad de vida: buena=42% (IC95:30,9%-53,1%), mala=9%. El 80% (IC95:71%-89%) demuestran buen conocimiento de su enfermedad. El porcentaje de sujetos con buenos conocimientos es superior entre los que tienen buena adherencia respecto a los que la tienen baja (55,7% vs 23%, p=0,23). Sin diferencias significativas entre los sujetos que no cometen errores según nivel de conocimientos (31% vs 13%, p=0,17).

CONCLUSIONES: A pesar de la alta percepción de adherencia al tratamiento, los pacientes cometen errores en la técnica. El más frecuente es no aguantar 10 segundos la respiración. Los pacientes con mejores conocimientos tienen una mayor adherencia al tratamiento, con tendencia a realizar menos errores.

ID: 00893

Tipo de comunicación: Resultados de Investigación Cuantitativa

Formato de presentación: póster

JAIME JESÚS CASTRO ¹

EMILIO DEL CAMPO¹

MARIA CONCEPCIÓN ALHAMA ¹

MERCEDES GÓMEZ ¹

CONCEPCIÓN DOBLAS¹

MARÍA ÁNGELES RAMÍREZ¹

1) Hospital de Montilla (EPHAG)

Palabras clave: death; emergencies; time

HUMANIZACIÓN EN H-URGENCIAS: DIGNIFICANDO LA MUERTE

OBJETIVOS: Elaboración de un procedimiento de ingreso rápido para pacientes con muerte inminente (M.I.) y sin solución médica. Proporcionar una muerte digna al paciente, evitando que muera sólo y en lugar no indicado para morir (sala de espera o consultas), agilizando el ingreso como si un paciente crítico se tratase. Comprobar la funcionalidad del procedimiento mediante el análisis de las muertes desde 2012 a 2015 en el hospital con el procedimiento en vigor.

DISEÑO: Primera fase: creación del protocolo durante el 2010; Segunda fase: divulgación al personal sanitario durante el 2011 y puesta en marcha en 2012; Tercera fase: estudio observacional descriptivo retrospectivo analizando las muertes desde el 2012 al 2015 en el hospital.

EMPLAZAMIENTO: Urgencias de un Hospital.

SUJETOS Y MÉTODOS: Se analizaron las muertes de los pacientes de Urgencias del Hospital desde el 2012 al 2015; las variables cualitativas fueron exitus hospitalarios, exitus extrahospitalarios, exitus en Urgencias, exitus < 15 min, exitus < 24h, exitus > 24h, prescripción de Limitación de Esfuerzo Terapéutico y prescripción de sedación.

RESULTADOS: Se recogieron 151 casos de MI. Exitus totales: 90,07%. No exitus en el hospital: 9,93% (Altas in extremis: 5,96%, Recuperación y alta a domicilio: 3,97%). Exitus en cama e ingresados: 93,33%. Exitus en urgencias: 6,67% (Exitus <15 min: 4,7%). De los exitus, fallecieron en las primeras 24 h el 66,84%, y el 33,11% lo hicieron en más de 24 h. La LET se escribió en hoja de tratamiento en un 62,91%, la sedación en un 23,17%. No hubo reclamaciones ni conflictos con la familia en ningún caso de los registrados.

CONCLUSIONES: Conseguimos que el 93,33% de los exitus esperados ingresen de manera rápida y fallezcan en una cama. Los que fallecieron en urgencias (6,67%) fueron por causas no humanas: muerte prácticamente a la entrada (<15 min) o paradas cardiorespiratorias no reanimadas. Hemos logrado la dignificación del fallecimiento del paciente: que descansa hasta su final en un área adecuada y con su familia. En urgencias también es posible la humanización de cuidados pese a ser un área con recursos limitados.

ID: 00900

Tipo de comunicación: Resultados de Investigación Cuantitativa

Formato de presentación: poster

ESPERANZA MARÍA ROMERO¹

LUIS ANGEL PÉRULA ¹

JOSE ANGEL FERNÁNDEZ¹

JUAN MANUEL PARRAS¹

SARA FERNÁNDEZ¹

GRUPO COLABORATIVO ESTUDIO ALCO-AP. GRUPO EVALUACIÓN Y MEJORA DEL PAPPS¹

1) Unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba/Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir

Palabras clave: PRIMARY CARE; ALCOHOL; PHYSICIAN

Financiación: beca Isabel Fernández (SAMFyC)

MANEJO DEL CONSUMO DE ALCOHOL: ¿CUÁL ES LA SITUACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA?

OBJETIVOS: Analizar el nivel de formación, prácticas y autoconsumo de los médicos y enfermeras de Atención Primaria (AP) hacia la implementación de las intervenciones preventivas sobre el abordaje de pacientes con consumo excesivo de alcohol postuladas por el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud –PAPPS, de la semFYC.

DISEÑO: Estudio observacional descriptivo, transversal

EMPLAZAMIENTO: centros de AP del Sistema Nacional de Salud español.

SUJETOS Y MÉTODOS: médicos y enfermeros de AP, seleccionados mediante muestreo aleatorio de centros de salud, estratificados por CC.AA. Para un error alfa del 5%, una precisión del 3% y una proporción del 50%, era necesario reclutar a 1068 profesionales. Cuestionario diseñado en Google Forms y a través de correo electrónico enviado a los socios de la semFYC y la SEMERGEN. Análisis estadístico uni-bivariado ($p < 0,05$).

RESULTADOS: 1760 profesionales sanitarios (75.6% médicos de familia, 11.4% Especialistas Internos Residentes –EIR- y 12.5% enfermeros) con una edad media de 44.7 años (DT 11.24), cumplimentaron el cuestionario. El nivel de conocimientos de las recomendaciones descritas en el PAPPS sobre el abordaje de pacientes con consumo nocivo de alcohol (evaluando consejo sanitario, cumplimentación de cuestionarios de cuantificación de consumo, seguimiento y derivación a otro especialista) fue superior en médicos de familia ($p < 0.001$), en profesionales de mayor edad (r de Spearman: 0.11; $p < 0.05$) y tutores de residentes ($p < 0.001$). Atendiendo a la práctica clínica, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en relación a la edad, sexo y tipo de profesión. Analizando el autoconsumo de alcohol, se obtuvo un aumento del número de consumiciones en profesionales EIR ($p < 0.001$), con edades inferiores a 35 años ($p = 0.038$), registrando en esta franja etaria cifras superiores de binge drinking ($p = 0.027$).

CONCLUSIONES: Aunque el nivel de conocimiento sobre el abordaje de consumo de alcohol detectado en nuestro estudio fue superior en los profesionales de medicina de familia, el nivel de formación recibido en AP es escaso, lo cual origina una cifra de detección de casos de consumo de riesgo, consumo perjudicial y dependencia baja. Por tal razón, nuestro estudio evidencia la necesidad de instaurar programas de formación específicos en este campo.

ID: 00905

Tipo de comunicación: Resultados de Investigación Cuantitativa

Formato de presentación: póster

PILAR ANDREU¹

ANTONIA PADES²

1) HOSPITAL SON ESPASES; 2) UNIVERSIDAD ISLAS BALEARES

Palabras clave: INTELIGENCIA EMOCIONAL; AGOTAMIENTO PROFESIONAL;
ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN

Inteligencia emocional percibida en mandos intermedios y su relación con burnout y engagement.

OBJETIVOS: Conocer los niveles de prevalencia de burnout y engagement en Supervisores de Enfermería. Analizar el grado de relación entre Inteligencia emocional percibida, burnout (estar quemados en su trabajo) y engagement (compromiso laboral). La hipótesis de trabajo que nos planteamos es que la Inteligencia Emocional protege la aparición de burnout y que se relaciona con mejores puntuaciones en engagement.

DISEÑO: Estudio descriptivo cuantitativo no probabilístico transversal.

EMPLAZAMIENTO: Hospital universitari.

SUJETOS Y MÉTODOS: La muestra se compone de 36 supervisores de enfermería, los cuáles cumplimentaron la escala de Inteligencia Emocional percibida (TMMS-24), la escala de engagement (UWES) y la escala de síndrome de estar quemado (MBI).

RESULTADOS: Los resultados revelaron correlaciones positivas entre Inteligencia Emocional y engagement; además se encontraron correlaciones negativas entre Inteligencia emocional y burnout. Nuestros resultados apuntan que la dimensión regulación emocional de IE es predictor de las dimensiones vigor y dedicación en el trabajo en Engagement; dicha dimensión tiene una relación negativa con el cansancio emocional (burnout).

CONCLUSIONES: Estos resultados constatan la falta de recursos personales de las personas que ocupan cargos de gestión y como las habilidades emocionales puede ser un factor protector para favorecer el compromiso laboral. Los datos obtenidos de este estudio tienen como objetivo presentar la realidad de los cargos de gestión en cuanto a sus habilidades emocionales, para poder desarrollar programas formativos que amortigüen la aparición del burnout y faciliten la presencia de actitudes positivas hacia el trabajo.

ID: 00906

Tipo de comunicación: Resultados de Investigación Cuantitativa

Formato de presentación: poster

ANTONIA PADES¹

PILAR ANDREU²

1) UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS: 2 HOSPITAL SON ESPASES

Palabras clave: HABILIDADES SOCIALES; NEUMOLOGÍA; COMUNICACIÓN

NECESIDADES FORMATIVAS PERCIBIDAS EN HABILIDADES SOCIALES EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARI DE SON ESPASES

OBJETIVOS: Conocer las necesidades formativas en habilidades sociales en un grupo de profesionales de la salud.

DISEÑO: Estudio observacional descriptivo cuantitativo transversal.

EMPLAZAMIENTO: Hospital Universitari, servicio de Neumología.

SUJETOS Y MÉTODOS: La muestra se compone de 32 sujetos, integrados por médicos, enfermeras y fisioterapeutas. Los cuáles cumplimentaron un cuestionario ad hoc autoadministrado, atendiendo al modelo integrador de habilidades sociales de Vicente Caballo (1986).

RESULTADOS: Los resultados revelaron que los profesionales sanitarios identifican cómo más necesarias para el ejercicio profesional las habilidades de capacidad de gestionar situaciones emocionales, respeto por los demás y practicar la comunicación receptiva (saber escuchar y preguntar) y expresiva (saber informar y dar instrucciones). Respecto a las tres habilidades que consideran más importantes señalan la comunicación expresiva, comunicación receptiva y respeto (empatía y aceptación incondicional). Las habilidades sociales que han sido entrenadas a lo largo de su formación de grado, el profesional las identifica como incompletas, es decir, no hay una adquisición de conocimientos satisfactoria. Las habilidades que se deberían de entrenar durante la formación post grado consideran a la comunicación perceptiva y receptiva y la resolución de conflictos como las habilidades más importantes para el ejercicio profesional.

CONCLUSIONES: A modo de reflexión, tras la obtención de los resultados, reivindicar la necesidad de fomentar la importancia de la docencia de estos contenidos a través de asignaturas exclusivas fácilmente identificables en la formación de grado y post grado y no como una enseñanza combinada, y así poder obtener unos conocimientos y una puesta en práctica de las habilidades sociales, comunicativas y emocionales que permitan establecer encuentros terapéuticos eficaces entre profesional sanitario, paciente, familias y comunidad.

ID: 00909

Tipo de comunicación: Resultados de Investigación Cuantitativa

Formato de presentación: póster

PABLO GARCIA¹

CRISTINA GARCIA ¹

MABEL MONTILLA¹

ANA DELGADO¹

GARCIA PRAT¹

PARDO ALVAREZ¹

1) CENTRO DE SALUD EL TORREJON

Palabras clave: Prescriptions; interview; primary health care

¿PRESCRIBIMOS O SOLO RECETAMOS A NUESTROS PACIENTES?

OBJETIVOS: Conocer si en las prescripciones que realizamos en atención primaria, nos limitamos solo al acto de recetar o realizamos una prescripción completa utilizando habilidades comunicacionales que aumenten la efectividad y cumplimiento de la medicación utilizada.

DISEÑO: Estudio Observación al Descriptivo

EMPLAZAMIENTO: Centro de Salud Urbano

SUJETOS Y MÉTODOS: Se realizaron encuestas a 150 pacientes a la salida de consultas, utilizando muestreo consecutivo durante dos semanas. Los profesionales desconocían su realización. Utilizamos cuestionario consensuado, valorando datos de filiación, tipo de consulta, si se prescribe un medicamento, razonamiento de utilidad, explicación de posología correcta en dosis y tiempo, notificación de posibles efectos secundarios, acompañamiento de material escrito, utilización de medidas no farmacológicas con documento adjunto. Finalmente, si ha entendido la prescripción realizada. Se realizó prueba de jueces para determinar validez; pilotaje para determinar la comprensibilidad. Los encuestadores fueron entrenados. Análisis estadístico utilizamos para variables cuantitativas: media y desviación típica, porcentajes para cualitativas

RESULTADOS: Edad media 48,92 años, 68% mujeres, 49,3% consultas crónicas. Se indicó medicación en 80% de las consultas, aclarándose efecto 35% con dosis de toma 67% y determinando tiempo de uso en 44% de las prescripciones. Los efectos secundarios probables se comunicaron 26%. Se acompañaron de documento escrito 45% siendo en el 85% de ellos el de receta XXI. Se utilizaron de forma conjunta medidas no farmacológicas en el 45%, siendo normas higiénico dietéticas un 56%, ejercicios 35%, físicas 9%. En las medidas no farmacológicas se utilizan materiales escritos en el 79%. Los pacientes refieren comprender la prescripción en un 82%.

CONCLUSIONES: Las prescripciones se realizan con escasa indicación de su objetivo o finalidad terapéutica, así como en el tiempo de uso. No se prevén aparición de efectos secundarios, utilización de material escrito en la posología con el documento de receta XXI. Se acompañan de medidas no medicamentosas en moderado porcentaje, sobre todo dietas apoyándose en material gráfico. A pesar de no utilizarse muchas habilidades comunicacionales para mejorar la prescripción los pacientes refieren comprenderlas.

ID: 00915

Tipo de comunicación: Resultados de Investigación Cuantitativa

Formato de presentación: poster

FRANCISCO MANUEL MORALES¹

BELÉN DE RUEDA ¹

1 Universidad de Granada

Palabras clave: empatía; comunicación; salud

Empatía en contextos educativos y de la salud: Diferencias en función del género y del curso

OBJETIVOS: El objetivo del presente estudio es analizar posibles diferencias en la puntuación en la variable empatía en función del género y del curso en una muestra de estudiantes universitarios.

DISEÑO: Diseño ex post facto.

EMPLAZAMIENTO: Universidad pública.

SUJETOS Y MÉTODOS: Participaron 241 estudiantes con edades comprendidas entre 18 y 31 años que pertenecen en su mayoría a las Facultad de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte de la Universidad de Granada. Para la medición de la variable empatía se aplicó el *Test de Empatía Cognitiva y Afectiva, TECA* (Gorostiaga, Balluerka, y Soroa, 2014). Se aplicó el instrumento de forma colectiva en distintas clases asignadas según cursos. Para analizar diferencias en la variable empatía en función del género y del curso se aplicó la Prueba t de Student para muestras independientes.

RESULTADOS: Se han obtenido diferencias significativas ($p < 0.01$) entre hombres y mujeres en todas sus dimensiones y en la puntuación total. Las mujeres han obtenido una puntuación superior a los hombres en todas ellas. También se han hallado diferencias entre los alumnos de primero y segundo curso en la dimensión Estrés emocional de la escala TECA, siendo superior en esta dimensión la puntuación de los alumnos de primero.

CONCLUSIONES: Cada vez se demanda más la necesidad de desarrollar competencias transversales interpersonales, como la empatía para mejorar la adherencia al tratamiento; de ahí la relevancia del objetivo señalado. Se concluye señalando la importancia del papel que pueden jugar variables como la empatía en la mejora de la adherencia al tratamiento y una comunicación eficaz en el ámbito educativo y sanitario. Asimismo, los datos obtenidos demuestran que existen diferencias en esta variable en función del sexo, por lo que es necesario considerar este aspecto en futuros programas de intervención psicoeducativa y educación para la salud.

ID: 00941

Tipo de comunicación: Resultados de Investigación Cuantitativa

Formato de presentación: poster

LUIS ANGEL PERULA¹

ROGER RUIZ²

CRUZ BARTOLOMÉ³

MARÍA MARTÍN-RABADÁN⁴

PILAR MARTÍN-CARRILLO⁵

ROSA MAGALLÓN⁶

1) Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria (Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir). 2) Facultad de Medicina Francisco de Vitoria. 3) Unidad Docente Zaragoza sector 1. 4) Centro de Salud Can Misses. 5) Centro de Salud de Yébenes. 6) Centro de Salud de Arrabal

Palabras clave: Prevención del cáncer; Código Europeo contra el cáncer; Educación sanitaria

¿Qué pacientes de atención primaria conocen el Código Europeo contra el Cáncer y quienes practican sus recomendaciones?

OBJETIVOS: Estimar que pacientes conocen el Código Europeo Contra el Cáncer (CECC), y las conductas y opiniones sobre las actitudes preventivas recomendadas en el mismo para prevenir el cáncer.

DISEÑO: Estudio observacional, transversal, multicéntrico

EMPLAZAMIENTO: Centros de salud del Servicio Nacional de Salud español.

SUJETOS Y MÉTODOS: Pacientes de 15 a 69 años atendidos en consulta. Se empleó un muestreo aleatorio estratificado por edad y sexo, tomando como referencia la estructura de la población española. Mediante encuesta autocumplimentada se evaluó conocimientos sobre el CECC, y opinión sobre sus recomendaciones preventivas y las prácticas de las mismas. Análisis estadístico univariado y bivariado ($p < 0,05$).

RESULTADOS: 205 profesionales de AP participaron en el estudio, que incluyeron a 2.058 pacientes atendidos en 106 centros de salud del territorio nacional. La edad media fue 41,5 años (DS 14,2 años. El 52,2% eran mujeres. Conocen el CECC el 13,3% (IC95%:11,41-15,19) de los pacientes, más las mujeres que los hombres ($\chi^2 = 7,750$; $p = 0,005$); no se han encontrado diferencias significativas en relación con la edad ($\chi^2 = 1,187$; $p = 0,946$), ni con el nivel de estudios ($\chi^2 = 7,307$; $p = 0,121$). Solo hay una CCAA, La Rioja, donde el porcentaje de personas que conoce el Código, 54,4% es superior a las que no lo conocen ($\chi^2 = 97,96$; $p < 0,001$).

CONCLUSIONES: Se confirma el escaso número de pacientes que saben de la existencia del CECC (prácticamente sólo una de cada diez personas estudiadas), y sólo en una región española (La Rioja) el porcentaje de personas que sí conoce el Código, es superior a las que lo desconocen. Conocen más el CECC las mujeres, posiblemente por una mayor cultura de la prevención, por lo que las estrategias de difusión deberían ir dirigidas más a los hombres.

ID: 00964

Tipo de comunicación: Resultados de Investigación Cuantitativa

Formato de presentación: poster

ANTONIO TORO¹

HERMINIA MORENO²

MARÍA VICTORIA MARTÍNEZ³

MARÍA DEL MAR RODRÍGUEZ⁴

MARGARITA GALERA⁵

AMELIA VALLEJO⁵

1) C.S. PUCHE 2) C.S. LA CAÑADA 3) HOSPITAL TORRECÁRDENAS 4) UNIDAD DE FORMACIÓN DISTRITO ATENCIÓN PRIMARIA ALMERÍA 5) UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA ALMERIA

Palabras clave: end-of-life care; communication; medical education

CREENCIAS DE LOS RESIDENTES DE MEDICINA DE FAMILIA SOBRE SU PROPIA “MUERTE EN PAZ”

OBJETIVOS: Conocer las creencias de los residentes de cuarto año de Medicina de Familia (MF) de nuestra Unidad Docente sobre los aspectos que más le ayudarían a “morir en paz” a ellos mismos.

DISEÑO: Estudio observacional descriptivo transversal.

EMPLAZAMIENTO: Unidad Docente provincial de MF.

SUJETOS Y MÉTODOS: Población: residentes de cuarto año de MF de la Unidad Docente. Se incluyeron todos los asistentes al taller. Ninguno se opuso a contestar. Durante la realización del taller anual de entrevista clínica sobre comunicación al final de la vida, se pasa a los residentes un cuestionario autoadministrado sobre los aspectos que le ayudarían a morir en paz (R Bayés, 2000). Consta de 11 preguntas con 5 posibles respuestas (nada, poco, bastante, mucho y muchísimo). De las 11, se eligen en orden las dos más importantes. Agrupamos los resultados de los últimos cinco años. Se realizó un análisis estadístico descriptivo.

RESULTADOS: Participaron 96 residentes. El 54% destacaron en primer o segundo lugar el ítem “poder sentirme cerca, comunicarme y estrechar vínculos afectivos con mis personas queridas”. El segundo, señalado por un 28.12%, fue “pensar que mi muerte o mi desaparición no supondrán una carga insoportable para mis personas queridas”. Y el tercero, reseñado por el 12.5%, “pensar que mi vida ha tenido algún sentido”. Los restantes aspectos alcanzaron proporciones inferiores al 8%.

CONCLUSIONES: Los residentes destacan claramente las cuestiones relacionadas con vivencias personales en relación con sus seres queridos y con el sentido de su vida. En cambio, valoran poco los aspectos médicos de su atención en esos momentos. El conocer y suponer una buena praxis médica en la atención que esperan recibir, les hace restar importancia a los mismos.

ID: 00999

Tipo de comunicación: Resultados de Investigación Cuantitativa

Formato de presentación: póster

DAVID PEDRAZAS¹

MANUEL CAMPÍÑEZ³

BERNAT DE PABLO²

FRANCESC XAVIER DÍAZ¹

DAVID GARCÍA¹

JESÚS ALMEDA⁴

1) Centro de Salud Abrera 2) Centro de Salud Valldoreix 3) Centro de Salud Vallcarca 4) Unitat de Suport a la Recerca de Costa de Ponent, Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP Jordi Gol), Institut Català de la Salut. CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)

Palabras clave: Reanimación Cardiopulmonar; Escuela Infantil; Formación escolar

Resultados de una formación sobre Reanimación Cardiopulmonar (RCP) en alumnos de educación infantil

OBJETIVOS: Elaborar un cuestionario para evaluar la adquisición de conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar (RCP) en párvulos de cuarto (p4) y quinto año (p5). Evaluar si los alumnos de educación infantil de P4 y P5 aprenden la información y los conocimientos relacionados con la RCP.

DISEÑO: Estudio transversal descriptivo basado en un cuestionario "Adhoc"

EMPLAZAMIENTO: Dos escuelas urbanas

SUJETOS Y MÉTODOS: 63 alumnos de educación infantil participaron en la formación (teoría y práctica -canción y role-play-), con una evaluación posterior. El cuestionario mide: reconocimiento del 112, nemotecnia (boca-nariz-ojos), género, edad y clase. Se realizó un análisis uni y bivariado con IBM-SPSS 22.0.

RESULTADOS: No hay diferencias por sexo en ninguna de las variables estudiadas y solo la esperada diferencia por edad entre los dos cursos (P4 media=4,22 años; DE=0,43 y P5 media =5,55 años; DE=0,50; $p<0,001$). Edad media 5,16 años (DE=0,77); 32 (51,6%) niñas; 18 cursaban P4 y 45 cursaban P5; 46 (73%) reconocen el 112, y 60 (95,2%) lo relacionan con boca-nariz-ojos. Reconocen el 112 en una gran proporción, 14 niños (77,8%) de P4 y 32 (71,1%) de P5 sin encontrar diferencias ($p=0,822$). Igualmente relacionan el 112 con boca-nariz-ojos de manera similar en ambos cursos, 16(88,9%) en P4 y 44(97,8%) en p5 ($p=0,194$). Tampoco se encontraron diferencias en la proporción de niños que reconocían el 112 y al mismo tiempo lo relacionaban con boca-nariz-ojos, 13/14 en P4 y 31/32 en P5.

CONCLUSIONES: La proporción de niños que aprenden a reconocer el 112 y relacionarlo con la nemotecnia boca-nariz-ojos es alta en cualquiera de los dos cursos estudiados. La formación se puede aplicar con los mismos resultados en los niños de estas edades por igual. Falta estudiar si estos resultados perduran en el tiempo.

ID: 01020

Tipo de comunicación: Resultados de Investigación Cuantitativa

Formato de presentación: poster

JESÚS SERRANO¹RAFAELA MUÑOZ²LUIS ÁNGEL PÉRULA³

1) Departamento de trastornos respiratorios del sueño, UGC Neumología. Hospital universitario Reina Sofía 2) Centro de Salud Santa Victoria-Sector Sur-. Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir. 3) Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir

Palabras clave: síndrome de trastornos respiratorios del sueño; educación sanitaria; adherencia terapéutica

¿Influye la educación sanitaria en la adherencia terapéutica al CPAP en pacientes con SAHS?

OBJETIVOS: Evaluar en pacientes con SAHS en tratamiento con CPAP, el impacto de la educación sanitaria (ES) sobre el grado de adherencia terapéutica al CPAP.

Determinar la posible influencia del índice de masa corporal (IMC), presión terapéutica del CPAP y sensación subjetiva de mejora, en el grado de adherencia terapéutica al CPAP.

DISEÑO: Estudio observacional analítico, de Casos y Controles

EMPLAZAMIENTO: Centro hospitalario

SUJETOS Y MÉTODOS: Se reclutaron de forma consecutiva en la Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño (UTRS) a 74 pacientes con diagnóstico de SAHS en tratamiento con CPAP, 37 adherentes al tratamiento (Casos) y 37 No adherentes (Controles), y se investigó en cada grupo el número de pacientes que recibieron pre-terapia y educación sanitaria reglada en el manejo del SAHS. Análisis univariado y multivariado.

RESULTADOS: Edad media en años: 53,5 (\pm 10,4). El 74,3% fueron hombres. Media del IMC: 33,24 kg/m² (\pm 4,88 kg/m²). El 54,1% del total de la muestra había recibido educación sanitaria. No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre adherencia terapéutica al CPAP y la educación sanitaria (OR=1,54; IC95% 0,061 a 3,88; p=0,35). Encontramos diferencias estadísticamente significativas entre adherencia terapéutica al CPAP y las variables: sensación subjetiva de mejora post-terapia (OR=3,5; IC95% 1,01 a 12,23; p=0,04) y presión empírica (OR=1,71; IC95% 1,08 a 2,71; p=0,02). Análisis multivariante (variable dependiente adherencia terapéutica): IMC (OR=0,88 IC95%: 0,78 a 0,99; p=0,04), diferencia de presión (OR=0,60 IC95%: 0,37 a 0,96; p=0,03) y presión empírica (OR=2,15 IC95%: 1,27 a 3,61; p=0,004).

CONCLUSIONES: No podemos afirmar que la educación sanitaria incida en la adherencia terapéutica al CPAP. Son factores que aumentan la probabilidad de adherencia terapéutica: la sensación subjetiva de mejora post-terapia, comenzar la terapia con presiones moderadas, el normo peso y una escasa diferencia entre la presión terapéutica inicial y la presión definitiva.

C).-CASOS CLÍNICOS

C.1.-COMUNICACIONES ORALES

Viernes, 13 de octubre, de 16,45 a 18,30 horas. Sala de Grados. Mesa de Experiencias y Casos clínicos.

Moderador: Roger Ruiz y Jaime Castro

ID: 00852

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: oral

IÑAKI AGUIRREZABAL¹

1) Centro de Salud San Martín

Palabras clave: Cefalea; Educación; Neurociencia

C.1.1. Educación en neurociencia del dolor en niño de 12 años con cefalea

INTRODUCCIÓN

Niño de 12 años que acude al pediatra por cefalea. Antecedentes de episodios de cefalea desde los 7 años, llegando a faltar al colegio hasta 1 mes seguido. Ingreso hospitalario hace 2 años por cefalea. Pruebas complementarias, EEG y TAC incluidos, normales. La pediatra solicita si puede ser visto por el médico de familia para aplicar la educación en neurociencia del dolor.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Intervención: educación en neurociencia del dolor basada en el libro "Migraña: una pesadilla cerebral".

Primera entrevista: acude el paciente con su madre. El abordaje pedagógico se lleva a cabo con la ayuda de una presentación Power Point con imágenes, mensajes muy sencillos y vídeos. Se abordan los conceptos de dolor no es igual a daño, el dolor se genera en el cerebro, la función biológica del dolor y el error de evaluación de amenaza.

La actitud no verbal del paciente hace pensar que no está prestando atención a las explicaciones, pero cuando se le pregunta sobre el contenido de las mismas responde correctamente. Primera sesión de 45 minutos.

Segunda entrevista al cabo de 1 semana. El paciente ha seguido con cefalea, no ha ido al colegio. Conceptos desarrollados: sistemas de defensa del organismo, sistema de recompensa y plasticidad cerebral.

Como el lenguaje no verbal del paciente sigue generando dudas de si comprende el contenido de las explicaciones se le pide que para la siguiente sesión haga un resumen por escrito de los conceptos principales abordados en las sesiones.

Tercera sesión: la madre acude sola refiriendo que su hijo no ha podido acudir porque tenía examen. Aporta un cuaderno en el que el paciente ha cumplido con la tarea y ha escrito los conceptos tratados en las sesiones previas, que están perfectamente redactados, lo que demuestra que los ha comprendido bien. La madre refiere que desde la entrevista anterior no ha vuelto a tener cefalea y ha ido al colegio.

Suspendemos las sesiones, siempre con la posibilidad de retomarlas si hubiera recaída. Dos años después el paciente sigue sin cefalea.

CONCLUSIONES

La educación en neurociencia del dolor es aplicable en la práctica asistencial en Atención Primaria en niños con cefalea.

ID: 00853

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: oral

IÑAKI AGUIRREZABAL¹

1) Centro de Salud San Martín

Palabras clave: Metáfora; Entrevista clínica; Atención Primaria

C.1.2. Cómo atrapar a un gato negro en una habitación a oscuras

INTRODUCCIÓN

Mujer de 45 años, sin antecedentes de interés. Refiere que lleva una temporada sin dormir bien y quiere Orfidal. Se le pregunta si cree que hay algún motivo para el insomnio. Con cierto recelo, cuenta que tiene un problema, pero no sabe si el médico le puede ayudar. El médico se ofrece a prescribirle Orfidal pero también a ayudarlo.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

La paciente relata que lleva 6 meses de relación con su actual pareja. Previamente, había tenido otras dos relaciones que habían terminado rotas debido a la infidelidad por parte de él. Esto le había hecho ser tremendamente desconfiada. Aunque en su relación actual no tenía motivos para desconfiar, no podía evitar hacerlo. Intentaba controlar lo que su pareja hacía, adónde iba, con quién estaba,... Esto hacía peligrar su relación, esta vez por su culpa.

El médico tras evaluar la situación le planteó: “Esto quizás te sorprenda, pero me gustaría que me contestaras a una pregunta: ¿cómo atraparías a un gato negro en una habitación a oscuras, suponiendo que en la habitación estáis solos el gato y tú, y no tienes nada más?”.

Después de varios intentos por parte de la paciente de dar con la solución el médico le da la respuesta: “La mejor forma de hacerlo es mantenerte quieta en el centro de la habitación. Lo más probable es que poco a poco el gato se te vaya acercando hasta que puedas cogerlo. Si intentas perseguirlo por la habitación sin saber dónde está ten por seguro que se escapará”.

La paciente entendió la metáfora para aplicarla a su problema. Salió de la consulta olvidándose del Orfidal. Volvió al cabo de un mes relatando que su situación había cambiado desde que ya no “perseguía” a su pareja. Él le contaba más cosas y ya no estaba tan “escurridizo”. Un año después seguían juntos, ella segura y confiada.

CONCLUSIONES

Una metáfora bien elegida puede ser terapéutica. A través de la metáfora se envía un mensaje sin decirlo de manera literal, llega al paciente mediante el lenguaje analógico, con el fin de conseguir en el paciente posibles cambios actitudinales y/o de conducta.

ID: 00856

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: oral

SERGIO POSTIGO ¹

MARÍA CRUZ LINARES¹

SONIA MANZANO¹

1) C.S. Peñarroya

Palabras clave: terminal disease; genealogic tree; family attention

C.1.3. Genograma: atención a la familia en situación de últimos días

INTRODUCCIÓN

Paciente mujer de 56 años diagnosticada de cáncer de mama derecha con lesiones metastásicas hepáticas.

Enfermedad terminal con supervivencia estimada de 6 meses.

La familia consta de 3 integrantes: Antonia (madre), Pedro (padre) y Raúl (hijo).

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Mediante la realización de un genograma obtenemos información: Estructura familiar: nuclear simple → monoparental. Ciclo vital familiar: Etapa de contracción. AVE. Red social: amigos, familia. Mapa familiar.

Esto nos permite realizar una hipótesis:

Antonia es una paciente de 56 años, sanitaria, diagnosticada de cáncer de mama con metástasis con una esperanza de vida de 6 meses. Era una mujer activa que ha visto mermada sus actividades. Cuenta con gran apoyo familiar.

Pedro es el cuidador principal, sanitario en la G.C. Presenta niveles de ansiedad importante dentro del AVE, con nulo apoyo por parte de su familia directa y con un problema en la expresión emocional.

Raúl es el hijo, vive en Madrid. Presenta gran apego emocional a su madre llegando a provocar una disfunción en su relación con su madre y su pareja. Se intuye una falta de madurez emocional.

Para ayudar en este proceso, se utilizan escalas: AVE, APGAR familiar.

Esto nos permite observar diversas disfuncionalidades: De los límites: Subsistémicas: En 2 elementos: simbiosis. Díada. En 3 elementos: triada rígida: se utiliza al hijo para evitar problemas en la pareja, chivo expiatorio: el hijo enferma para mantener unidos a los padres, triángulo perverso. De la comunicación: Mensaje, entrega, recepción. De diferenciación: funcional, dependencia y dependencia total.

Todo ello nos permite desarrollar una estrategia para afrontar dicha disfuncionalidad. Contamos con 2 vías: la clásica, en la que se prescriben una serie de directivas al paciente que deben ser cumplidas. La intervención centrada en las soluciones: se negocian los objetivos haciendo un ejercicio imaginativo en la que las circunstancias sean positivas.

CONCLUSIONES

El genograma es una herramienta muy útil a la hora de ahondar en problemas familiares tanto orgánicos como psíquicos, psicológicos o sociales. Una vez se consigue estructurar el funcionamiento familiar, nos permite realizar una hipótesis sobre la que realizar una intervención.

ID: 00891

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: oral

GEMMA RODRÍGUEZ¹

PABLO GARCÍA¹

JESÚS PARDO¹

1) UGC EL TORREJÓN

Palabras clave: communication; Confidentiality; Family Practice

C.1.4. MALAS NOTICIAS EN LA CONSULTA: UN RETO DIARIO.

INTRODUCCIÓN

Paciente varón de 47 años, natural de Rumanía, donde reside su familia. Desconocimiento del castellano. Fumador de 25 paquetes/año. Trabajador agrícola. Vive en zona con importantes necesidades de transformación social. Convive con compañeros jornaleros con los que no mantiene relación personal.

Consulta por tos de larga evolución. Tras exploración física anodina se solicita estudio radiológico objetivando imagen nodular en lóbulo superior derecho sugestiva de neoplasia pulmonar. Se comenta el caso con Neumología quienes indican alta probabilidad de malignidad y recomiendan inicio de estudio urgente.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Nos encontramos ante un paciente con desconocimiento de la lengua al que hay que transmitirle una mala noticia. Para ello se contacta con intérprete telefónico, solicitando que pida al paciente que acuda acompañado de persona de confianza capaz de traducir la entrevista.

En consulta programada se plantea abordaje de la situación según estrategia de Buckman, siendo la que se utiliza con frecuencia, ya que permite recorrer el proceso de cómo informar al paciente de que padece una enfermedad con repercusión en su tiempo de vida y de cómo apoyarle emocionalmente tras la información. Siguiendo la dinámica de las 6 etapas completamos la transmisión de la información, aplicando técnicas de acomodación avanzada. Nos mostramos cercanos y atentos con todo el proceso que se inicia de nuevo para el paciente, asegurándonos de que hay plena comprensión por su parte.

Se cita nuevamente para abordaje, transmisión de resultados y planteamiento de estudio complementario.

CONCLUSIONES

Se confirmó sospecha clínica con mala evolución del paciente, al que se sigue de cerca en la consulta.

Señalar la dificultad en la transmisión de información debida al lenguaje, que se subsanó en parte gracias a la mediación del intérprete. Sin embargo, se asume una pérdida de confidencialidad, así como de intimidad en la relación médico-paciente que, valorándola en este caso, resulta necesaria.

Recalcar la importancia de las habilidades comunicacionales y la formación del Médico de Familia en la transmisión de malas noticias, ya que es una tarea que surge a diario en las consultas. Un buen abordaje es crucial para el manejo de la situación, la obtención de resultados favorables y la comprensión por parte de los pacientes.

ID: 00895

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: oral

JAIME JESÚS CASTRO¹

ISABEL GÓMEZ²

CARMEN BRAVO²

Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias, Hospital de Montilla (Córdoba)

Palabras clave: Divorce; Anxiety; Sex

C.1.5. Disfunción eréctil: Un problema de comunicación

INTRODUCCIÓN

Varón de 25 años sin alergias medicamentosas ni antecedentes clínicos de interés que acude a consulta de Atención Primaria bastante preocupado por presentar en las últimas dos semanas, clínica de disfunción eréctil en varias ocasiones con su pareja estable con la que tan sólo lleva 2 meses, indicando que con su pareja anterior y en las primeras semanas de relación con esta pareja nunca le había sucedido. El paciente se mostraba muy preocupado solicitando una analítica hormonal completa y derivación a Urología, pensando que todo era fruto de un cuadro orgánico. La exploración física que realizamos en consulta fue totalmente normal. Pensando que el cuadro podría tener un componente psicógeno cité al paciente para intervención de al menos 30-45 minutos, pues ese día la consulta no me lo permitía.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Tras indagar en los pensamientos del paciente, aportando confianza y tranquilidad, en varias sesiones nos expuso su baja autoestima e inseguridad, seguramente fruto de la separación reciente de su padre con su madre, dejando abandonada a la familia. Él ha tomado desde muy joven el papel de cabeza de familia en relación al cuidado de los hermanos pequeños y la protección hacia su madre. Durante varias sesiones, trabajamos el insight de esos sentimientos de rabia y frustración, en los que el paciente se abrió totalmente, y potenciamos su autoestima, llegando a normalizar totalmente el cuadro mejorando su seguridad y la relación con su pareja actual.

CONCLUSIONES

Saber reconocer índices de somatización en la consulta es fundamental, propiciando la comunicación, la confianza y la escucha del paciente, con lo que mejoramos su pronóstico y bienestar en bastantes ocasiones minimizamos el gasto sanitario. La escucha activa y la entrevista motivacional pueden ser dos recursos que podríamos trabajar y en los que deberíamos formarnos en nuestro día a día para un trato eficaz al paciente y una buena praxis. Las condiciones actuales de la consulta quizá no nos permiten el tiempo adecuado para abordar la patología de esta manera, por lo que debemos intentar organizar la agenda para invertir el tiempo necesario en nuestros pacientes.

ID: 00928

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: oral

NÉSTOR J. SÁNCHEZ¹

ADALID MALDONADO¹

MERCEDES A. HERNÁNDEZ¹

1) Centro de Salud Novoa Santos

Palabras clave: Panic attacks; Primary care; Psychotherapy

C.1.6. Gritaba porque necesitaba ayuda

INTRODUCCIÓN

Mujer de 30 años mantiene crisis de ansiedad recurrentes y miedo generalizado a gran parte de las situaciones que se le plantean en la vida. Padres separados, ambos empresarios; ella fallecida hace 4 años por patología neoplásica que decidió no tratar, tenían muy buena relación, él alcohólico. Fumadora excesiva y bebedora ocasional, exconsumidora de éxtasis y cocaína. Trabaja en la empresa familiar. Parejas de corta duración, iniciando rápidamente nuevas relaciones al finalizar la anterior. Consultas frecuentes para inicio/cambio de anticonceptivos. Dos embarazos previos no deseados, que interrumpió voluntariamente.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

La paciente lleva 6 años en seguimiento en atención primaria. Llegó al cupo a través de un amigo de la familia desesperado por la situación y por la gravedad de los sucesos que se planteaban. En el centro de salud hemos hecho acompañamiento, abordaje familiar-comunitario y entrevistas motivacionales consiguiendo deshabituación de benzodiazepinas, de éxtasis y cocaína, abordaje del duelo por proceso de enfermedad y muerte de su madre y reinserción laboral. Se han reducido las consultas repetidas por crisis de ansiedad y demanda de fármacos en urgencias.

Finalmente nos planteamos retirada de tratamiento antidepresivo y mejorar los conflictos personales y laborales con sus tíos maternos y su entorno inmediato. Para ello, planteamos intervención mediante terapia familiar breve. Como resultado presenta menor impulsividad, es más reflexiva en la toma de decisiones, afronta las crisis de ansiedad de forma individual y sin fármacos. Ha cambiado de conducta.

CONCLUSIONES

Un joven que grita puede estar pidiendo ayuda. La potencialidad de la consulta de atención primaria puede facilitar el abordaje de problemas familiares, conductuales y de adicciones. La intervención de los profesionales de un centro de salud puede ser alternativa a la terapia farmacológica en estos casos.

ID: 00951

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: oral

NOELIA ALMENDROS¹

PABLO FABUEL¹

LAURA MARTÍNEZ¹

1) C.S. Vistalegre-La Flota

Palabras clave: Fear; Anxiety; Social

C.1.7. “A mí me pasa algo grave pero no dais con lo que es”: el miedo como motivo de consulta

INTRODUCCIÓN

Alicia es una paciente de 34 años, casada y madre de un hijo de 6 años con síndrome de X frágil. Nuestra paciente no presenta antecedentes personales de interés, pero en febrero de 2016 comenzó con una mastodinia que la llevó a consultar en el servicio de urgencias. Se realizó un estudio ecográfico con resultado de Birads 1. Pasado un tiempo, se acercó a nuestra consulta preocupada por la persistencia de la sintomatología. A partir de entonces, Alicia comenzó a acudir con frecuencia a los servicios de urgencias y a nuestra consulta preocupada por diversos síntomas y con un marcado temor ante la posibilidad de padecer una enfermedad grave: molestias faríngeas con disnea, persistencia de la mastodinia, aftas orales y molestias abdominales. Tras descartar organicidad, intentamos averiguar mediante la entrevista el motivo que subyace a estos temores.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Ante un caso como éste cobran gran importancia diversas técnicas de comunicación y entrevista clínica. Tenemos que conseguir un clima de confianza y cercanía en el que nuestra paciente no tenga reparos en consultar las veces que considere necesarias.

La principal dificultad con la que nos encontramos ha sido intentar calmar su angustia: siempre que le informamos de que el resultado de una prueba es normal, nos mira con angustia y nos dice “yo tengo algo grave pero no dais con lo que es”. Ante esta situación hemos intentado abordar distintos aspectos de su vida para averiguar cuál puede ser el origen de su miedo y nos ha llegado a contar que se siente desbordada por el cuidado de su hijo y teme que se quedaría desprotegido si a ella le ocurriera algo.

CONCLUSIONES

Al ampliar la perspectiva a partir de un motivo de consulta determinado, pueden salir a la luz numerosas circunstancias que nos exijan el conocimiento y el manejo de habilidades que van más allá de las exploraciones o las pruebas complementarias. Y todo ello nos exige un importante autoconocimiento para ser capaces de detectar cómo nos sentimos ante estos pacientes: cuando el motivo de consulta es el miedo, no es raro que nosotros también podamos responder con miedo.

ID: 00952

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: oral

LAURA MARTÍNEZ ¹

NOELIA ALMENDROS¹

ENRIQUE MOLINA¹

1) Centro de Salud Vistalegre- La flota

Palabras clave: Communication; Anxiety; Cancer

C.1.8. SOLICITUD DE TAC ABDOMINO-PÉLVICO. MOTIVO DE SOLICITUD: CORAZÓN ROTO

INTRODUCCIÓN

Varón de 17 años acude a Servicio de Urgencias (SU) por cuadro de palpitations y nerviosismo. En la anamnesis, su madre comenta que el motivo real de consulta es un proceso de diarrea de 3 meses de evolución asociado a pérdida de peso y astenia, por lo que nos exige un estudio más completo dados dos antecedentes familiares de cáncer de gastrointestinal. Tras comprobar la historia del paciente (diagnosticado recientemente de Síndrome Intestino Irritable (SII) por Digestivo) y realizar una entrevista clínica tanto acompañado de su familia como individualmente al paciente, se procede al alta explicándole la posibilidad de continuar su estudio vía Atención Primaria. En el seguimiento del paciente, se observaron dos consultas posteriores a SU por el mismo motivo, siendo ingresado en Medicina Interna (MI) ante “la negación por parte de la familia a ser dados de alta”, según informe.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

La complejidad de este caso desde el punto de vista de entrevista clínica viene dada en primer lugar por la discordancia entre el motivo de consulta y la auténtica preocupación y en consecuencia enfermedad actual del paciente. Continuando en esta línea, nos encontramos con dos pacientes en la misma consulta: un chico joven con un rasgo de personalidad ansioso y que se siente abrumado por su familia, y una madre agobiada por la posibilidad de que su hijo padezca cáncer como ha ocurrido previamente. Por tanto, podríamos errar al tratar al paciente equivocado si no entendemos los miedos que albergan. Esta consulta zigzagueante que salta del nerviosismo a la organicidad y a la inversa impide una correcta visión del problema. Entre las posibles hipótesis a plantear, destacaría la escasa indagación en cuanto a la cancerofobia de la madre, ya que quizás su falta de información, así como el duelo que subyace dificulta el manejo adecuado del proceso.

CONCLUSIONES

Con este caso clínico se puede reflejar cómo los sucesivos fallos de comunicación con un paciente y su entorno pueden desembocar en reiteradas consultas no satisfechas llegando hasta un ingreso cuestionable según criterios clínicos.

ID: 00971

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: oral

PABLO FABUEL¹

ENRIQUE MOLINA¹

NOELIA ALMENDROS¹

1) Vistalegre - La Flota

Palabras clave: Uncertainty; Time Management; Diagnosis

C.1.9. La navaja de Ockham y vístame despacio que tengo prisa

INTRODUCCIÓN

Mauricio, hombre de 38 años fumador de 40 paquetes-año, acude al Servicio de Urgencias con su novia (visiblemente preocupada) por presentar hace 1 hora cuadro fluctuante de malestar general, hiperventilación, sudoración y contracción involuntaria de miembro superior derecho, mioclonías y movimientos erráticos de los dedos que describe como “entrelazamientos y contracciones”. Después, nota parestesias en hemicara izquierda y sintomatología motora en miembros inferiores. No ha presentado pérdida de consciencia ni otros síntomas en la anamnesis por aparatos. Episodio similar hace 13 años.

A la exploración física se encuentra taquipneico, con mal estado general, leve hipoestesia de miembro superior derecho con fuerza conservada; el resto, normal.

Preguntamos por posibles factores estresantes, admite despido laboral de su padre. Pedimos entonces amablemente a su pareja que nos deje trabajar en la intimidad y ahondamos en la significación de este hecho: ahora no sabía cómo pagar la casa, sus deudas y su “sustento”.

Finalmente, más calmados, ante una exploración física anodina y la anamnesis en la esfera psico-social, el paciente y nosotros entendemos que es una respuesta adaptativa a una situación estresante. Tratamos con lorazepam con mejoría completa.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

En medicina, como en muchas otras ciencias, la explicación más probable al problema suele ser la más sencilla. Sin embargo, generalmente la dificultad no radica en explicar el problema sino en definirlo bien.

En nuestro caso, la clínica florida y el diagnóstico diferencial de focalidad neurológica propiciaban un sentimiento de incertidumbre que impedía ser conscientes de que debíamos dejar los tiempos necesarios para que los pacientes se expresaran. Además, proyectaron sobre nosotros sentimientos de gravedad, muerte y descontrol que ellos mismos sufrían en ese mismo momento.

No fue hasta que no separamos ambos factores estresantes, pusimos calma a nuestra voz y sosiego a nuestra anamnesis que vislumbramos la sencillez del problema: nos estaba narrando un trastorno psicógeno.

CONCLUSIONES

Este caso demuestra que debemos superar el estrés de la incertidumbre para llegar a una escucha activa. Finalmente, observarse a uno mismo y dedicar el tiempo necesario al paciente y a la anamnesis, incluso en una situación de urgencia, ayuda a una adecuada entrevista clínica.

ID: 00986

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: oral

CARINA MORENO¹

MARIANA COLMENARES¹

PILAR AGUILAR¹

1) Centro de Salud Escaleritas

Palabras clave: Compasión; Comunicación; Incertidumbre

C.1.10. LA COMPASIÓN COMO HERRAMIENTA ANTE LA INCERTIDUMBRE DIAGNÓSTICA.

INTRODUCCIÓN

Varón de 14 años que consulta por episodios de disnea y estridor nocturno, considerados inicialmente espasmos laríngeos. La frecuencia e intensidad de los mismos generó un alto grado de incertidumbre y angustia en su familia y en los profesionales que le tratamos.

Hijo único de un canario y una colombiana, ha bajado su rendimiento escolar desde que sufrió bullying y en la actualidad repite curso en un nuevo instituto. Sus padres, desempleados hace 2 años, ejercen una relación protectora, y la familia recibe una ayuda social de 400 euros.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

El aumento en la intensidad y frecuencia de los síntomas generó, en los 15 días previos, 13 consultas al Médico de Familia, 8 al Servicio de Urgencias Hospitalarias y 2 al de Extrahospitalarias. Fue valorado por Otorrino y Digestivo (en dos ocasiones), se realizaron analíticas, un TAC craneal y estuvo 48 horas monitorizado.

Manuel se mostraba indiferente ante el proceso y sus padres, angustiados, intentaban protegerle colmándolo de cuidados, hasta el punto de refugiarlo en su cama. Esta angustia se transmitió a los profesionales que, no siendo capaces de alcanzar un diagnóstico, manejábamos la incertidumbre con citas programadas prácticamente diarias. Valorábamos sus síntomas y, mediante la escucha activa, dábamos pie a que expresaran sus emociones.

Entender compasivamente al paciente nos ayudó a evitar juicios y respuestas tranquilizadoras precipitadas. Y en ese clima empático las dos partes pudimos seguir avanzando en la anamnesis. La constatación por la madre, de la existencia de movimientos automáticos con la mano al inicio de dichas crisis, nos orientó a descartar patología neurológica, mejorando finalmente su sintomatología con la indicación de tratamiento antiepiléptico.

CONCLUSIONES

Si bien, tradicionalmente, tratamos de mantener una distancia emocional con nuestros pacientes para evitar la sobrecarga; establecer de forma genuina una sintonía emocional con ellos, puede ayudarnos a elegir las herramientas comunicacionales más adecuadas para facilitar el afrontamiento, además de crear el clima interpersonal propicio para que se produzca. Todo ello sin menoscabo de la necesaria neutralidad que requiere una buena anamnesis.

C).-CASOS CLÍNICOS

C.2.-POSTER (pantallas expositoras, hall principal de la Facultad)

ID: 00869

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

BEGOÑA OLASCOAGA¹

MARTA AZNAREZ¹

SHEILA SANCHEZ¹

1) Unidad docente multiprofesional de Alava

Palabras clave: community health nursing; communication; case management

Escucha activa y empatía: claves para el cambio de actitud

INTRODUCCIÓN

Mujer de 60 años de edad natural de República Dominicana que vive en España desde hace 12 años con su pareja. Toda su familia y amigos se encuentran en su país. Acude a consulta de enfermería para seguimiento de patologías crónicas. fumadora, con sobrepeso y diagnosticada de diabetes recientemente. Madre de dos hijos, uno de los cuales se suicidó. Habla frecuentemente de él e incluso acude a la consulta vestida con su ropa. Se encuentra activa laboralmente. Nivel socioeconómico medio, pero acude a la consulta con aspecto descuidado. Durante las consultas, habla fuerte, grita y se enfada con facilidad, llora a menudo y en todas las visitas habla de su hijo fallecido, de su familia y de las ganas de volver a su país.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Seguimiento semanal de la paciente para manejo y evolución del sobrepeso. Conforme va ganando confianza en el equipo, deja de lado los enfados para abrirse y compartir con nosotros vivencias pasadas y preocupaciones actuales. Tomando como excusa el cumplimiento del tratamiento, se aborda el bienestar psicosocial. El apoyo de su pareja y el cumplimiento de objetivos terapéuticos aumenta la confianza en sí misma: disminuye el tono de voz, sonríe más y cuida la higiene personal. Reconoce que hablar con nosotros sobre los sentimientos hacia su hijo fallecido, le hace sentirse más tranquila. La mejoría clínica gracias a un tratamiento dietético adaptado/individualizado a las costumbres de su país, genera motivación en la paciente para no abandonarlo. Con el paso de los meses se objetiva mejoría en todas las esferas: disminución del peso, analíticas en rango, aumento del autocuidado y de las relaciones sociales, así como menor sentimiento de tristeza y culpabilidad. Comienza a vestirse con colores vivos y a compartir experiencias buenas del pasado.

CONCLUSIONES

Resaltar como elementos clave que facilitaron el cambio de actitud y vivencia, el refuerzo positivo, el apoyo psicoemocional, la empatía mostrada por los profesionales y la escucha activa. La mujer verbalizó como aumentó en su bienestar a raíz de este abordaje integral del caso.

ID: 00873

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

GRACIA BEJARANO¹

MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ²

EVA REYES³

1) UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD BUCODENTAL DEL DISTRITO SANITARIO ALJARAFE SEVILLA-NORTE. CENTRO DE SALUD DE EL VISO DEL ALCOR; 2) UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DEL DISTRITO SANITARIO SEVILLA SUR. CENTRO DE SALUD DE ALCALÁ DE GUADAIRA. 3) UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD BUCODENTAL DEL DISTRITO SANITARIO ALJARAFE SEVILLA-NORTE. CENTRO DE SALUD DE LA ALGABA

Palabras clave: clinical protocols; oral health; frail elderly

LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE ANCIANO EN LA PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO DENTAL

INTRODUCCIÓN

El anciano frágil suele presentar enfermedades bucales complejas. La edad no determina el curso de la enfermedad dental. El odontólogo debe diseñar un plan de tratamiento secuenciado basado en una valoración geriátrica odontológica integral (VGOI) que comprenda problemas médicos, psicológicos, funcionales y socioambientales. Mujer de 74 años derivada por su médico a odontología aunque la paciente no percibe necesidad de tratamiento. Exfumadora, prótesis de cadera hace 4 años. Enfermedades Sistémicas: stents, coronopatías, hipercolesterolemia, hipertensión, diabetes mellitus (DM), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), osteoartritis y obesidad. Mentales: Alzheimer inicial, depresión y ansiedad. Medicación: aspirina, warfanina, lovastatina, lisinopril, metformina, lorazepam y citalopram. Funcionalidad: independiente para actividades de la vida diaria. Socioambiental: soltera, sin familia, institucionalizada. Exploración intraoral: Edéntula maxilar con prótesis completa; varios dientes mandibulares con pérdidas de inserción periodontal, movilidad y caries generalizadas. Pruebas complementarias: Fotografías y ortopantomografía observándose radiolucideces periapicales. Juicio clínico: Enfermedad periodontal (EP), caries radiculares y xerostomía.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Aunque la paciente prefería conservar dientes, hablar y masticar, varios factores influyeron en las decisiones: la progresión del Alzheimer justificó un tratamiento de extracciones dentarias (previo control del International Normalized Ratio y profilaxis antibiótica) y colocación de dos implantes para sobredentadura mandibular con buena remoción, por la artrosis, y fácil mantenimiento higiénico. La barrera financiera hizo que se prefiriera la primera opción ya que suponía menos costes que mantener dientes endodonciados con raspados radiculares; otra justificación fue la comorbilidad de la dentición con enfermedades sistémicas (EP con DM2 y/o coronopatías, xerostomía farmacológica y caries y/o EP) y el riesgo de neumonía por aspiración. La paciente, tras ser informada detalladamente de las ventajas, inconvenientes, costes, etc. del plan de tratamiento propuesto con sobredentaduras sobre implantes, decidió esta opción de tratamiento versus la otra consistente en conservar su dentición natural, con un mal pronóstico a largo plazo, firmando el consentimiento informado para la primera.

CONCLUSIONES

Una buena flexibilidad y comunicación con el anciano frágil durante la planificación del tratamiento dental, teniendo en cuenta una VGOI, conduce a un resultado exitoso.

ID: 00874

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

GRACIA BEJARANO¹

EVA REYES²

MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ³

1) UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD BUCODENTAL DEL DISTRITO SANITARIO ALJARAFE SEVILLA-NORTE. CENTRO DE SALUD DE EL VISO DEL ALCOR; 2) UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD BUCODENTAL DEL DISTRITO SANITARIO ALJARAFE SEVILLA-NORTE. CENTRO DE SALUD DE LA ALGABA; 3) UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DEL DISTRITO SANITARIO SEVILLA SUR. CENTRO DE SALUD DE ALCALÁ DE GUADAIRA

Palabras clave: cocaine-related disorders; oral mucosal absorption; oral surgical procedures

COMUNICACIÓN INTERNIVELES ENTRE ODONTOLOGÍA Y CIRUGÍA MAXILOFACIAL EN UN CASO DE EXCLUSIÓN EN RIESGO SOCIAL

INTRODUCCIÓN

Mujer de 50 años que acude a odontología de Atención Primaria (AP) por una perforación en el paladar y solicita cita con cirujano maxilofacial (CMF) para el cierre quirúrgico. Consume de drogas habitualmente que nos confirma con dificultad.

Nuestros objetivos fueron realizar una historia integral del paciente; establecer una relación de confianza continuada odontólogo-paciente para proporcionar una ayuda útil y multidisciplinar del caso; y reforzar la decisión del paciente de abandonar el hábito mediante estrategias de unificación de planes de tratamiento entre AP y especializada.

Descripción del caso:

Anamnesis: mujer cubana, soltera, adicta a cocaína inhalada y marihuana, ejerce la prostitución y se encuentra en situación de exclusión de riesgo social.

Exploración física: dorso nasal deprimido y ancho por destrucción del tabique nasal.

Exploración intraoral: úlcera crónica en paladar blando de 5 mm, asintomática, sin inflamación, aparición espontánea hace 2 años, que causa problemas al deglutir y al hablar.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Desde la primera visita insistimos que el cierre de la herida sólo era posible si dejaba el consumo, ya que estaba producida por la necrosis isquémica de los tejidos. Para ello la conveniencia de derivarla a un equipo multidisciplinar de adicciones. Concertamos citas de revisión persistiendo en el tratamiento, pero la paciente confiesa que no lo había intentado.

Derivamos al CMF y consensuamos previamente comunicar al paciente el mismo plan de tratamiento, insistiendo en la necesidad de abandonar el consumo de drogas para posteriormente intentar colocar un obturador palatino y finalmente el cierre quirúrgico de la fístula. En otra visita a odontología, la paciente nos informa que había iniciado el tratamiento.

CONCLUSIONES

Es importante realizar una anamnesis adecuada del paciente, establecer una relación de confianza odontólogo-paciente e informar y reforzar de las mejores opciones de tratamiento buscando unanimidad entre atención primaria y especializada.

En el abordaje estratégico a adictos a drogas desde odontología, como puerta de entrada, es importante establecer una comunicación fluida con el paciente e interniveles.

ID: 00877

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

LIDIA HOLGADO¹

JOANA GUILLÉN¹

DANIEL CASIANO PALACIOS ¹

1) CS Almussafes

Palabras clave: intoxication; aggression; emergencies

NO SIEMPRE LAS APARIENCIAS SON LO QUE PARECEN. LOS PACIENTES TAMBIÉN MIENTEN

INTRODUCCIÓN

Varón de 39 años que es traído a Urgencias por ingesta accidental de amoníaco en su domicilio. Es de fuera del área, no acompañado por ningún familiar ni amigo. Se encuentra en programa de metadona.

Refiere que de forma accidental ha ingerido un solo trago, posteriormente ha bebido agua y se ha provocado el vómito. Refiere dolor a nivel de boca, orofaringe y epigastrio, ligera sensación nauseosa. Se le pauta bomba de omeprazol y metoclopramida iv, quemaduras a nivel de lengua, cavidad bucal y orofaringe. Se estabiliza y se solicitan pruebas complementarias, entre ellas, una gastroscopia urgente, se informa al paciente, entiende y firma consentimiento informado.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Tras realización de prueba, endoscopista avisa de la gravedad de las lesiones causadas (esofagitis y gastroduodenitis cáustica) y comenta que el paciente se ha puesto agresivo y solicita el alta voluntaria. Se le explica gravedad clínica y necesidad de ingreso, el paciente muestra un tono hostil y amenaza a los trabajadores sanitarios. Dado que se trata de un paciente con inestabilidad clínica y en el que peligra su vida en las próximas horas sin supervisión médica, se le ruega encarecidamente que se plantee el ingreso. Valorado por psiquiatra de guardia, sin aparente ideación suicida y con discurso organizado. Nos ponemos en contacto con Juzgado de Guardia, donde se nos indica no dar el alta, se necesita de actuación de las fuerzas del orden. En este trascurso del tiempo, el paciente realiza gran rectorragia por lo que precisa ingreso a cargo de medicina intensiva. Evolución favorable, en el seguimiento del caso, se informa de que el paciente estaba implicado en un delito y que al parecer todo apunta a que ingirió amoníaco obligado por terceras personas.

CONCLUSIONES

Sumamente importante tener en cuenta el entorno social del paciente, del cual no teníamos datos. Destacar que hemos de tener conocimiento del estado de la Ley y saber que cuando no están claras las causas y está en peligro la vida del paciente, aunque sea contra su voluntad siempre hemos de ponernos en contacto con el Juzgado de Guardia quien informará sobre la forma adecuada de actuar.

ID: 00878

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

JUAN MATAMOROS¹

LORENA VIVES¹

AMELIA PUCHADES¹

1) CS Almussafes

Palabras clave: primary care; emergencies; colon

FALTA DE COMUNICACION ENTRE DIFERENTES ESPECIALIDADES, CONSECUENCIAS NEGATIVAS PARA EL PACIENTE

INTRODUCCIÓN

Mujer de 75 años de edad, hipertensa. Jubilada, viuda desde hace dos años (marido falleció por ca. Páncreas), con tres hijos: uno vive en el extranjero, la hija que es su cuidadora principal y el hijo menor consumidor de cocaína. Acude en varias ocasiones a nuestra consulta por dolor abdominal y sensación nauseosa. Consulta de nuevo por presincope, comprobamos cifras tensionales bajas y se retira antihipertensivo. En exámenes complementarios solicitados se observa anemia y sangre oculta en heces positiva, ante tales hallazgos se solicita colonoscopia y ecografía abdominal de forma preferente, radiografía abdominal sin hallazgos.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

En el trascurso del tiempo, la paciente necesita de nuestra atención en varias ocasiones, se remite a urgencias y se le indica desde este servicio que no es motivo de urgencia un dolor abdominal, que debe ser llevado por su médico. De nuevo por consulta por aparición de hernia abdominal a nivel de fosa iliaca izquierda, no reductible y dolorosa, se remite de forma preferente a cirugía. En este baile entre atención primaria y urgencias, la paciente empeora progresivamente, cada vez que se le atiende en urgencias (pese a indicar alta sospecha de proceso oncológico), se le da el alta para control por médico de cabecera. Nos ponemos en contacto con unidad de alta sospecha oncológica quien solicita TC de forma preferente. Estando un sábado de guardia, tenemos aviso a domicilio, se trata de nuestra paciente, está con fiebre y mal estado general. Esta vez en urgencias hospitalarias sí que se le realiza ecografía y posterior TC abdominal, objetivándose neoplasia de colon con fistulización a estómago. Es ingresada y valorada por cirugía y oncología

CONCLUSIONES

La reflexión a la que se llega es que la atención primaria con la atención hospitalaria está muy mal comunicada. Muchas son las veces que desde un servicio de urgencias se cuestiona la labor del médico de atención primaria y de si debe remitirse o no a urgencias, no teniendo en cuenta, que desde consulta nosotros conocemos a nuestros pacientes y vemos día a día su evolución. En ocasiones es la única forma que hay de proceder a un ingreso.

ID: 00879

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

LIDIA HOLGADO¹

JOANA GUILLÉN¹

DANIEL CASIANO PALACIOS¹

|

1) CS Almussafes

Palabras clave: anemia; confusion; epilepsy

LA IMPORTANCIA DE CONOCER EL ENTORNO SOCIAL DE NUESTRO PACIENTES

INTRODUCCIÓN

Una tarde en urgencias, suena la alarma de Reanimación, apresurados vamos a la sala. Nos encontramos a un varón sin documentación de unos 18-25 años aproximadamente que presenta un síndrome confusional agudo. Viene acompañado por padres de acogida, se trata de joven musulmán que se encuentra actualmente en España de acogida. Nos comunican que trabaja por las noches junto con su padre en una fábrica, que ha llegado sobre las 7.am a domicilio, pero que no se ha despertado para comer. Su madre se lo ha encontrado en la habitación hablando árabe y agresivo. Niegan posibilidad de ingesta de tóxicos

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

A la llegada a urgencias, presenta un Glasgow 13, desorientado, obnubilado, con palidez cutánea. En analítica sanguínea destaca Hb de 7,5, acidosis metabólica, lactato de 10, leucocitosis, escasa febrícula.

Se le realizan pruebas complementarias oportunas. Se pauta tratamiento con fluidoterapia, bicarbonato 1/6M, y se transfunde dos bolsas de concentrados de hematíes. A la espera de resultados, el paciente presenta una mejoría clínica significativa.

En analíticas de control, disminución de reactantes de fase aguda, recuperación de acidosis, solo persiste anemia. Se interroga al paciente y nos comunica que ha estado realizando el ramadán en los últimos meses con escasa ingesta de alimentos, y que realiza largas jornadas laborales, muchas veces de noche. Se comprueba que se trata de una anemia ferropénica por falta de aportes.

Resto de pruebas normales, TC y LCR sin alteraciones. En EEG foco epiléptico, que justificaría situación de desorientación y acidosis metabólica por anoxia.

CONCLUSIONES

Igual de importante es tratar una urgencia como realizar una anamnesis, y de no ser posible, es vital obtener información por parte de familiares. La adecuada comunicación con el paciente y entorno nos habría hecho llegar al diagnóstico de forma más rápida y precisa. La falta de comprensión del idioma, la poca relación y comunicación del paciente con la familia de acogida y la dificultad de estos a la hora de explicarnos lo ocurrido hizo que el diagnóstico se hiciese difícil. Hay que hacer siempre una valoración integral del paciente, conociendo sus circunstancias especiales, entorno y relaciones interpersonales.

ID: 00880

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ¹

GRACIA BEJARANO²

EVA REYES³

1) Centro de Salud Don Paulino García Donas. 2) Centro de Salud de El Viso del Alcor. Unidad de Salud Bucodental Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte 3) Centro de Salud de La Algaba. Unidad de Salud Bucodental Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte

Palabras clave: Alcohol abuse; motivational interview; primary care

LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL COMO PROMOTORA DEL CAMBIO. A PROPÓSITO DE UN CASO DE ABUSO DE ALCOHOL. ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR.

INTRODUCCIÓN

Paciente varón de 43 años casado con dos hijos, que acude a consulta de atención primaria acompañado por su mujer con aspecto descuidado y fetor etílico y disartria, refiere que ha venido por su mujer pero que él no tiene ningún problema.

La mujer refiere que el paciente lleva un tiempo bebiendo demasiado, ha empezado a faltar al trabajo además de encontrarse más irritable y agresivo.

El paciente niega lo que dice su esposa diciendo que bebe para relajarse por estar pasando una situación laboral complicada pero que controla.

Durante la consulta se produce una discusión en la pareja por lo que se aplaza a una nueva cita con el paciente solo.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

En las sucesivas visitas que tienen lugar tras la primera inicial se refuerza el hecho positivo de que el paciente vuelva a la consulta tanto para tomar conciencia de su problema, así como dándole herramientas para abordarlo.

El paciente reconoce que tiene un problema, planteándose cuestiones que le hacen pensar que sea un problema el abuso de alcohol tanto para él como para personas de su entorno. Así mismo expresa preocupación en su forma desmesurada de ingerir alcohol y en las consecuencias que podría tener para su salud de seguir así. Presentando intención de cambiar de actitud y con optimismo frente al cambio.

Se le propone derivarlo a equipo de adicciones para su seguimiento y tratamiento integral.

CONCLUSIONES

La entrevista motivacional es un modelo de intervención en la consulta que ha mostrado su utilidad ante numerosas situaciones clínicas, especialmente en aquellos en que es necesario un cambio de conducta y es una alternativa más eficiente al consejo unidireccional.

Existen datos favorables de su aplicación en terrenos tan variados como en adicciones, como es el caso que nos ocupa.

ID: 00888

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

JOSÉ LUIS ALMENARA²

ESTHER NAVARRETE¹

FÁTIMA SILVA¹

1) CONSULTORIO GUADALCÁZAR 2) UGC URGENCIAS HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

Palabra clave: Colonic Neoplasms; Screening; Communication

ADAPTANDO LA TABLA A LA CONSULTA: LO QUE EL PROTOCOLO NO EXPLICA

INTRODUCCIÓN

Varón de 22 años, sin consultas previas, que acude acompañado de su madre para solicitar prueba de cribado de cáncer de colon. Su padre, de 53 años (paciente nuestro), falleció hace un mes de ca colon. Esta asintomático, y la exploración física es normal. Explico, basándome en el protocolo del hospital de referencia, que a su edad no es necesario realizársela. El paciente y su madre se levantan. Al salir, ésta queda rezagada y cuenta que está preocupada, porque su marido tampoco se notaba nada hasta que fue demasiado tarde. Reitero mi explicación, e indico que vuelvan si hay síntomas. Dos semanas después, acude por gastroenteritis, y de nuevo hace referencia a la “prueba del cáncer”. Después de haberle explorado y descartado signos de gravedad, continuamos la entrevista: “¿Qué es lo que te preocupa?, ¿Te habías encontrado antes así?” Y contesta: “La diarrea me da igual, está todo el pueblo así, pero ¿me puede explicar lo que le paso a mi padre?”. Explico que: “Es una pena lo que ocurrió, tu padre era un hombre muy fuerte”, “estaremos muy pendientes de tus síntomas”, y el plan a seguir: “Dejo constancia de lo que me has contado, si te parece nos volvemos a ver en quince días, observa si hay cambios en tu alimentación, que coincidan con cambios en hábito intestinal”. Se levanta agradecido y se marcha.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

En la primera consulta utilizamos una enunciación casi imperativa, con una respuesta justificativa, que sólo genera desconfianza. Además, se ha cerrado la entrevista de manera unilateral. En la segunda ocasión, rectificamos, realizando escucha activa, con preguntas abiertas que permitan al paciente explicarse, lo implicamos en el proceso, negociamos nuevo control, es decir, dejamos que el paciente tome responsabilidad sobre su proceso.

CONCLUSIONES

Aunque trabajamos con medicina basada en la evidencia, donde las actuaciones están bien contrastadas, hay que tratar a cada paciente de manera individualizada, teniendo en cuenta sus opiniones, preocupaciones y antecedentes, y llegado el caso, realizar una rectificación intencional. Abordar la entrevista clínica desde el punto de vista de la negociación, la comprensión, y la implicación del paciente facilitará la confianza del mismo a nosotros, al mismo tiempo que disminuirá sus inquietudes

ID: 00903

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

VANESSA SUÁREZ¹

VICTORIA GÜETO¹

1) C.S. Mendillorri

Palabras clave: Communication Barriers; Delayed Diagnosis; Personal Autonomy

Cuando una paciente rechaza un procedimiento diagnóstico

INTRODUCCIÓN

Nuestra paciente es una mujer de 74 años, natural de Ucrania. Presenta grandes dificultades con el idioma. Trabajó muchos años en España, volvió a su país y actualmente solo reside en España durante dos meses al año para poder cobrar su pensión. Se queda en la vivienda de una conocida ya que no tiene familiares aquí, toda su familia está en Ucrania.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

La vemos por primera vez procedente de otro centro de salud. Viene a ver el resultado de unos análisis pedidos en el otro centro porque estaba muy cansada. Vemos una anemia de 9'6 g/dL de hemoglobina (tiene una analítica de hace tres meses con hemoglobina normal). La comunicación es muy complicada debido a la limitación idiomática. Nos llama la atención el mal estado general de la paciente, que impresiona de gravedad. Cuenta un síndrome constitucional con astenia, disnea y marcada pérdida de peso. Ante la sospecha de una neoplasia de colon, le explicamos la necesidad de realizar una colonoscopia urgente, que la paciente acepta.

Cuando se están realizando los trámites viene al centro y nos cuenta que en poco más de un mes va a viajar a su país y no quiere hacerse pruebas. La médico, enfermera y trabajadora social del centro recurrimos a una mediadora para facilitar la comunicación. Se exploran sus barreras para realizar la prueba y, aunque se le insiste en la importancia de llegar a un diagnóstico, ella persiste en su deseo de no realizarse ninguna exploración. Nos despedimos recomendándole encarecidamente que sea estudiada en su país y nos ponemos a su disposición, dejándole la puerta abierta por si cambia de opinión.

CONCLUSIONES

No debemos olvidar el respeto a la autonomía y a la libertad del paciente, aunque sus deseos vayan en contra de nuestra opinión personal y/o profesional. En muchas ocasiones el paciente puede priorizar otros factores antes que su salud, lo cual puede ser frustrante para los profesionales y es algo que tenemos que ser capaces de aceptar y manejar.

ID: 00911

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

MANUEL VAQUERO¹

DANIEL CARDONA²

ANTONINA RODRIGUEZ¹

1) UGC Linares C San José 2) Dispositivo Cuidados Crítico y Urgencias Linares

Palabras clave: empatía; trastornos somatomorfos; enfermedad iatrogénica

Si no me han encontrado nada, ¿por qué aún me duele?

INTRODUCCIÓN

Paciente de 71 años que consulta por cuadro de molestias bucales inespecíficas y sequedad oral desde hace casi 1 año; visto por otros especialistas sin encontrar patología orgánica.

Casado y con 2 hijos que están en paro y actualmente viviendo en su domicilio sin encontrar trabajo. Preocupado por situación de sus hijos y mantenimiento económico de su familia. Prejubilado a los 60 años. En últimos años acude hasta en 70 ocasiones a Urgencias hospitalarias y otras tantas al Centro de Salud.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Tras realización de analíticas y pruebas de imagen realizadas en derivaciones a Medicina Interna, Dermatología, Otorrinolaringología y Cirugía Maxilofacial, descartan patología orgánica, pautando diversos tratamientos que no consiguen aliviar los síntomas del paciente.

En la consulta de Atención Primaria, se muestra preocupado por no encontrar explicación a sus molestias bucales a pesar de la normalidad de todas las pruebas, se siente impotente ante el fracaso de todos los tratamientos.

Sospechando un Trastorno de Somatización y un Síndrome de Boca Urente, se contacta con Salud Mental con quién se consensúa tratamiento con Duloxetina y derivar para completar estudio.

Tras realizar un seguimiento más personalizado, mostrando nuestra empatía en la entrevista clínica, citando al paciente periódicamente y ofreciéndole la ayuda que necesite; el paciente comenta abiertamente la situación familiar en su domicilio y muestra quejas acerca de la mala situación económica del país. Vemos a un paciente con más confianza en nosotros, mejorando y relativizando sus síntomas; haciendo vida normal actualmente.

CONCLUSIONES

El paciente somatizador es un ejemplo paradigmático de paciente problema. El médico busca diagnosticar o descartar una patología orgánica y no lo consigue, propiciándose derivaciones, pruebas complementarias, diagnósticos incorrectos y tratamientos costosos y potencialmente peligrosos (iatrogenia), perpetuando el rol de enfermo. Esto produce frustración, agotamiento, resentimiento y desvinculación con el paciente. En la práctica clínica es importante sospechar y detectar este tipo de pacientes para evitar la iatrogenia; haciendo un enfoque más personalizado, con visitas más seguidas, empatía hacia el paciente y conteniendo actuaciones innecesarias y perjudiciales. Es imprescindible relacionar el empeoramiento de los síntomas con las circunstancias Bio-psico-sociales.

ID: 00918

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: póster

RAFAEL GRACIA¹

NADIA SAYYAD¹

1) CS Lakuabizcarra

Palabras clave: communication skills; emotional management; stereotype

Veinte años de cárcel

INTRODUCCIÓN

¿Qué harías si tuvieras que atender a una terrorista? El caso que proponemos tiene que ver con cómo nos afectan los estereotipos y con los mecanismos de defensa que se activan, el miedo como emoción incontrolable y paralizante y lo difícil que es ver el presente cuando el pasado ha sido siniestro.

Llega a consulta una mujer por insomnio. Ella lo relaciona con que acaba de salir de la cárcel tras cumplir más de 20 años de condena. Esta información dispara las alarmas del residente, ¿está en peligro?

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

El resultado fue la pérdida del contacto visual en busca de escapatoria, en caso necesario, y la presencia de una tensión que se palpaba en el ambiente: la paciente había pasado a segundo plano, y ahora se encontraba ante mí una asesina. En la consulta se generó un enorme malestar con una emoción predominante: el horror de imaginar el pasado de esa persona y la angustia de pensar que pudiera ser una víctima más.

Con la mente en otra parte, conseguimos resolver la demanda con un hipnótico y una cita en enfermería. Con regustillo amargo, nos preguntamos si podríamos haberlo hecho mejor.

Alternativas:

CONTRABALANCEO EMOCIONAL DEL ESTEREOTIPO: para poder atenderla ser capaz de ver a la persona que hay detrás de lo que hizo. Imaginar otro pasado.

EXPRESAR LAS PROPIAS EMOCIONES: Ah, ¿20 años? Aham.. (tono de sorpresa).

PREGUNTA ABIERTA PARA QUE EL PACIENTE CUENTE LO IMPORTANTE: ¿Cómo está siendo la vuelta?

SI DA PIE, ENTRAR EN EL PLANO EMOCIONAL: Todo eso, ¿cómo te hace sentir?

SIEMPRE ATENTO A LAS OPORTUNIDADES PARA LA EMPATÍA: Entiendo lo dura que puede ser esta situación.

UNA VEZ VACIADA, VOLVER AL MOTIVO DE CONSULTA: Me consultabas por insomnio, ¿alguna cosa más que necesites consultarme?

CIERRE: DEJAR LA PUERTA ABIERTA PARA QUE EL PACIENTE PUEDA VOLVER A CONSULTA: Cuando necesites volver a verme, ya sabes dónde estoy.

CONCLUSIONES

Contrabalancear el estereotipo sirve de ayuda para contrabalancear las emociones que provoca. Desde un plano emocional más neutro es posible desarrollar mejor las habilidades del buen entrevistador.

ID: 00929

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

CARMEN PADILLA¹

LUISA MARIA MORENO²

MARIA ISABEL GALVEZ²

1) CENTRO DE SALUD ROQUETAS SUR 2) CENTRO DE SALUD ROQUETAS NORTE

Palabras clave: Diabetes Mellitus; Insulina; Hipoglucemia

Hipoglucemia y dificultad para insulinar a un paciente inmigrante con barrera idiomática.

INTRODUCCIÓN

Paciente de raza negra de 35 años de edad que acude a consulta a recoger un análisis de sangre realizado a su llegada a España. Nuestro paciente no tiene familia en Almería, vive con unos amigos, refiere entender nuestro idioma, aunque todavía no lo habla muy bien. Ha comenzado a trabajar en un invernadero y actualmente se encuentra haciendo Ramadán.

En el análisis de sangre se objetivan cifras de glucemia en ayunas 335 mg/dl. Tras este hallazgo nos disponemos a realizar una glucemia capilar obteniendo una cifra de 270 mg/dl. El paciente desconoce ser Diabético, pero ante la confirmación de las cifras nos disponemos a explicarle la enfermedad y la necesidad de pautarle tratamiento con Insulina, le explicamos la técnica de inyección y el sistema de rotación del lugar de punción para evitar secundarismos de inyectar la insulina siempre en el mismo sitio, se le explica que, si dividimos en abdomen en cuatro cuadrantes, cada día se lo inyectará en un cuadrante diferente. Se trata de un viernes y citamos al paciente el lunes siguiente para nuevo control, se le indica administrar 10 UI cada noche de insulina lenta.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

El lunes recibimos al paciente sudoroso y refiere malestar, refiere ha continuado haciendo Ramadán y ha aumentado el ejercicio físico y reducido el contenido de hidratos de Carbono como habíamos explicado el pasado viernes, antes estos síntomas realizamos una glucemia capilar obteniendo 60 mg/dl.

Preguntamos al paciente cuantas unidades de insulina se ha administrado y nos responde que lo que nosotros le dijimos: 10 UI en cada cuadrante cada noche. Nuestro paciente habia administrado 40 UI en lugar de 10 UI.

CONCLUSIONES

- Ante un paciente con barrera idiomática, nunca realizar tratamientos con técnica de administración difícil en viernes, ya que no vamos a poder revisarlo hasta 72 horas después.
- Que el paciente siempre realice cualquier técnica delante de personal sanitario, para asegurarnos que lo hace bien.
- Que el paciente venga acompañado por alguien que actúe como traductor.
- Evitar la hipoglucemia, por lo que hay que explicar siempre los síntomas ante los cuales el paciente debe consultar de forma urgente.

ID: 00936

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

MARTA MARIÑO¹

NEREIDA FERNÁNDEZ²

1) Centro de Saúde de Sárdoma 2) Servizo de Aparato Dixestivo del Hospital Álvaro Cunqueiro

Palabras clave: Dyspepsia; Decision Making; Personal Autonomy

En consulta, dame tiempo: busco entendimiento

INTRODUCCIÓN

Mujer de 61 años, procedente de ámbito rural, valorada previamente en Reumatología por fibromialgia.

Acude a su médica por dolor cólico epigástrico con irradiación a esófago sin acidez ni reflujo. Tras la exploración, se solicita un test de helicobacter pylori (HP) en heces, analítica con anticuerpos antitransglutaminasa, ecografía abdominal y se deriva a Digestivo.

Siete meses después, valoramos a la paciente en consultas de Digestivo. Revisamos su historia clínica: parece una dispepsia. No se recoge su estado emocional, pero no figura ningún tratamiento ansiolítico ni antidepresivo en sus prescripciones. Los estudios habían sido normales salvo el HP, que era positivo: convendría intentar erradicación.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Maruxa entra temprano en la consulta, saluda y toma asiento. Nos presentamos y preguntamos qué tal se encuentra. “Ya estoy bien”- responde. Interrogada específicamente niega haber tenido náuseas, vómitos o pérdida de peso. Tomó Omeprazol de forma errática. Ahora está completamente asintomática.

Tomamos la palabra. Indicamos que una de las pruebas solicitadas por su médica era positiva: “Sí, esa bacteria de la que seguro ha oído hablar... “. Explicamos el porqué de ese test y el significado del resultado. Invertimos unos minutos en exponer las opciones terapéuticas disponibles y sus consecuencias. La observamos y le damos la palabra: “¿Usted qué prefiere hacer?”. Nos devuelve una mirada tranquila; parece que ha comprendido lo que explicamos. Tras vacilar un instante confiesa que, estando ya bien, prefiere no tomarse ninguna pastilla.

“Respetamos su decisión, Maruxa. De todos modos, le anotamos a su médica el tratamiento que debe tomar por si cambia de opinión o regresan esas molestias, ¿de acuerdo?”.

CONCLUSIONES

La toma de decisiones compartida es un arma poderosa ante casos de disociación clínico - analítica: aunque más dificultosa que el seguimiento unilateral de un algoritmo, es más realista, respeta la autonomía de la paciente y posibilita el empoderamiento respecto de su propia salud. Esta estrategia requiere adaptar el discurso al nivel sociocultural de la paciente, tener en cuenta sus preferencias y al mismo tiempo evitar prejuicios ante determinados antecedentes personales. Para lograrlo, resulta imprescindible crear un clima de confianza que propicie una comunicación efectiva entre médico y paciente en la consulta.

ID: 00942

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

ESTHER NAVARRETE ¹

JOSE LUIS ALMENARA¹

FÁTIMA SILVA¹

1) GUADALCAZAR

Palabras clave: fosfatasa; communication; young doctor

CUANDO EL LENGUAJE NO VERBAL DIFICULTA LA CONSULTA

INTRODUCCIÓN

Paciente de 78 años, viuda. Vive sola. Antecedente de cáncer de mama libre de enfermedad. Acude sola a recoger los resultados de una analítica anual. Comencé a explicárselos: mi voz y mi forma de explicarme cambian cuando llego al valor de fosfatasa alcalina pues se encuentra algo elevado y pienso (y lo digo) que puede estar relacionado con su antecedente. La paciente cambia también su actitud: se mueve en la silla y su gesto facial y corporal indican que está asustada por el dato que le doy. Explico que es un valor inespecífico y que no tiene que darle importancia, pero ya no se convence y se marcha preocupada y asustada de la consulta. Acude días después con su hija pidiendo explicaciones.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Esta paciente está sola en consulta y recibe una noticia negativa tanto por lo que se dice (he hecho alusión a su enfermedad) como por cómo se dice: ¿Es posible captar su atención? Intento rectificar y volver a explicárselo, pero el impacto emocional ha sido tan grande que la paciente ya no se encuentra receptiva, y sé que he creado un ambiente tan incómodo que no consigo explicarme de manera convincente. En la segunda consulta, creo que lo más importante es rectificar la certeza que dimos con nuestro anterior diagnóstico, así que ¿Cómo me preparo?: Intento tener un lugar tranquilo para hablar con ellas; aviso al personal administrativo para que no me interrumpa con llamadas; pienso ejemplos que puedan facilitar la atención y la confianza hacia mí. Ya con ellas en consulta, me disculpo por la preocupación que he generado y me intereso por saber cómo se ha encontrado estos días. Explico que el valor alterado hay que confirmarlo, permito que hagan preguntas que contesto con frases cortas, y vocabulario fácilmente entendible, utilizando algún ejemplo previamente preparado. Después de más quince minutos, se marchan, al menos, como explican, tranquilas y agradecidas por el interés mostrado por mí.

CONCLUSIONES

He aprendido que el lenguaje no verbal es tan importante como el verbal y que hay que tener seguridad a la hora de hablar con los pacientes, así como para no crear alarma. Además, llegado el caso, es apropiado utilizar ayudas “externas” que faciliten la rectificación.

ID: 00944

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

MARÍA AMALIA PINILLA¹

MARTA MARÍA PINILLA²

ANTONIA BAUZA¹

1) C. S. Esperanza Macarena 2) Hospital Universitario Virgen Macarena

Palabras clave: Immigrant; problem; approach

Apoyo social en pacientes extranjeros

INTRODUCCIÓN

Paciente mujer de 42 años procedente de Rumanía que vive desde hace dos años en España sin apoyo familiar. Ha sido diagnosticada de cáncer pulmonar con metástasis cerebrales en estadio terminal con desestimación de tratamiento curativo por el equipo de Oncología y en seguimiento por unidad de Cuidados Paliativos y Médico de Atención Primaria.

Es conocedora en todo momento del diagnóstico y pronóstico de su enfermedad, pero aun así luchadora hasta el final. La paciente cada día está más limitada por su enfermedad impidiéndole salir a la calle por riesgo de caídas y pérdida de movilidad en miembros inferiores. La paciente manifiesta su deseo de poder salir del domicilio en sus últimos días, por lo que intervenimos a través de la trabajadora social y encontramos a un voluntario para ayudarla, así como una silla de ruedas para poder movilizarla.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

La paciente a pesar de estar cada día peor y más limitada por su enfermedad mostró su gran felicidad al saber que disponíamos de un voluntario que está dispuesto a ayudarla y acompañarla en sus últimos días.

Han salido a la calle a pasear como ella quería para no estar siempre en su domicilio que era lo que más quemada mentalmente tenía a la paciente al pensar que ya nunca más podría hacerlo. También mostró su gran felicidad al encontrar apoyo y ayuda y no estar sola en sus últimos días.

CONCLUSIONES

Gracias a las intervenciones que podemos llevar a cabo los sanitarios, podemos conseguir que los pacientes tengan momentos de felicidad en sus últimos días de vida, así como que se sientan apoyados y no crean que están solos.

Muchos de nuestros pacientes, y más aún aquellos inmigrantes, no disponen de apoyo sociofamiliar, por lo que creo que es importante nuestra intervención y sobre todo cuando se habla de los últimos días de vida, para que todas las personas tengan una muerte digna y con el menor sufrimiento posible.

Además, me sorprende y me llena de vida la capacidad que tienen muchos pacientes de luchar y regalarte una sonrisa a pesar del deterioro que van presentando y conocer el fatídico desenlace de su enfermedad.

ID: 00946

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

MARÍA PÉREZ³

ELISA AMOR MANZÓN¹

CRISTINA NARANJO²

1) Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) Hospital San Carlos, SAS. 2) Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) Hospital Puerta del Mar, SAS. 3) Medicina Familiar y Comunitaria Arcos de la Frontera, SAS

Palabra clave: Uncertainty; Communication; Consumer health information

Compartir la información y manejo de la incertidumbre en consulta.

INTRODUCCIÓN

Varón de 57 años que acude a consulta de Atención Primaria acompañado por su mujer, por odinofagia de un día de evolución y febrícula, así como para entregar informe de Digestivo. Está en estudio por dicho servicio por presentar alteraciones gastrointestinales de un mes de evolución junto a anemia ferropénica y sangre oculta en heces positiva. El paciente presenta riesgo cardiológico con la sedación para la colonoscopia, por lo que optan primero por realizar un TAC abdominal, en el que describen una inflamación en el colón descendente, a valorar con otras pruebas y descartar como primera opción neoplasia. La esposa, con gestos muy visibles de preocupación, solicita información sobre el informe, refiriendo que el Digestivo sólo le ha dicho que tiene que hacerle una colonoscopia y no le han dado más información.

-Antecedentes de interés: Valvulopatía aórtica severa, pendiente de intervención quirúrgica. Antecedente familiar de primer grado de cáncer de colón (padre, a los 71 años), con colonoscopia realizada hace cuatro años, normal.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Empatizo con la esposa, haciéndole ver que entiendo su preocupación. Seguidamente me dirijo al paciente preguntándole si él también quiere saber lo que describen en el informe, contestándome que sí. Realicé preguntas abiertas “¿Qué es lo que entendéis del informe?” para que ellos expresarán sus dudas y miedos, y de este modo ir compartiendo la información a medida que la iban pidiendo y aclimatándoles al posible diagnóstico próximo.

CONCLUSIONES

La bidireccionalidad es fundamental a la hora de compartir la información. Con ella facilitamos que el paciente o familiar pregunte lo que necesite y adaptemos la información en base también a sus emociones. Esta entrevista fue especialmente difícil dado que no tenemos un diagnóstico definitivo, por lo que el manejo de la incertidumbre hay que hacerlo con mucha precaución para no caer en el error de dar falsas esperanzas y tampoco dar información que aún no sabemos con seguridad.

ID: 00947

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

MARÍA PÉREZ¹

ELISA AMOR MANZÓN²

ANA MARÍA MORENO³

1) MFyC, CS Barrio Bajo, SAS 2) MFyC, Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) Hospital San Carlos, SAS 3) MFyC, CS Paterna, SAS

Palabras clave: Communication; Physician-Patient Relations; Passive-Aggressive Personality Disorder

Abordaje de la agresividad en consulta

INTRODUCCIÓN

Mujer, 27 años, que acude en cinco ocasiones a consulta de su Médico de Familia y Comunitaria en una semana, y otras cuatro a urgencias hospitalarias, por metrorragia de diez días de evolución. Se le ha derivado a Ginecología y está en seguimiento por Hematología con controles adecuados. Entra en consulta con una agresividad directa amenazando con interponer una reclamación sino se le derivaba, en ambulancia, a urgencias ginecológicas para que la intervengan de inmediato.

-Antecedentes de interés: Anticoagulada con sintrom por dos trombosis venosas profundas, de origen idiopático. Bajo nivel socioeconómico, vive con los padres.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Se trato controlar el clima, permitiendo que la paciente realizará su vaciaje emocional con una escucha activa "Estoy cansada de dar vueltas y nadie me hace caso, cada vez sangro más, me estoy anemizandando seguro y no me dais una solución eficaz". Tras mantener una baja reactividad por nuestra parte, legitimamos sus sentimientos y empatizamos con su situación, disminuyendo de esta manera la agresividad, tanto verbal como la no verbal. Una vez controlado el clima, se puso en marcha técnicas de negociación realizando una reconversión de ideas "Clínicamente está estable, tiene una analítica realizada ayer..." y ofreciendo un doble pacto "Haremos todo lo posible para que Ginecología la valore preferentemente, y a cambio usted tratará de no acudir a Urgencias si no aparecen los síntomas de alarma que le explico". Finalmente, la paciente se marchó de la consulta tranquila, acudiendo una semana después para decir que Ginecología le llamó a los dos días, está pendiente de los resultados de las pruebas realizadas, y agradeció el trato que había recibido en la última consulta, en la que se sintió comprendida y apoyada.

CONCLUSIONES

El manejo de la agresividad es una de las situaciones más difíciles con las que tenemos que lidiar. El abordaje de esta depende en parte del profesional, por lo que cuánto más entrenado este para dicha situación, mayor probabilidad tendrá de no sufrir un desgaste emocional que le repercute en su labor asistencial.

ID: 00948

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

MARÍA PÉREZ¹

ELISA AMOR MANZÓN²

CRISTINA NARANJO³

1) MFyC. CS Barrio Bajo, SAS 2) MFyC. Servicio Hospitalario de Urgencias (SUH) Hospital San Carlos, SAS 3) MFyC. Servicio Hospitalario de Urgencias (SUH) Hospital Puerta del Mar, SAS

Palabra clave: Psychotherapy, brief; Health manpower; Somatoform disorders

Como potenciar los recursos propios de los pacientes.

INTRODUCCIÓN

Mujer, 41 años, que acude a consulta de Atención Primaria con asiduidad desde hace un año por dolores musculares generalizados, de predominio matutino, que no mejoran con tratamiento sintomático, y de los que se ha estudiado y descartado organicidad. Al sospechar un trastorno somatomorfo citamos a la paciente en consulta programada. Antecedentes de interés: Casada, sin hijos. Ama de casa.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

En la primera consulta programada reconozco la autenticidad de su queja, pero no indago sobre esta, sino en las soluciones adecuadas para los síntomas de la paciente que tanto ella como su entorno han puesto en práctica en ocasiones anteriores. Comenzamos preguntando cuáles son los objetivos de esta consulta “Veo que está sufriendo mucho, tiene que ser desesperante levantarse todas las mañanas con dolores. Dígame, ¿qué le gustaría conseguir con esta consulta?” Intentamos que la paciente abandone el discurso de queja “Lo que querría es no tener dolor”. Nos centramos en su objetivo y buscamos situaciones en la que el problema no ocurre “Por la tarde dice que le duele menos, ¿cómo lo consigue?” Tras potenciar sus recursos, buscamos que visualice su futuro sin problemas a través de la pregunta milagro “Imagina que mientras duerme una noche, sucede un milagro, y no se entera de que ha ocurrido porque está durmiendo, ¿cómo se daría cuenta que el milagro ocurrió?” Tras hablar sobre ello, pedimos que puntúe en una escala del 1 al 10 su problema y que tareas podría hacer para intentar disminuirla. Se realizaron otras cuatro consultas programadas en la que se potenciaron los cambios y recursos propios, disminuyendo en la escala y alcanzando su objetivo. Dejó de acudir al centro por dicha sintomatología y tampoco toma fármacos para ello.

CONCLUSIONES

La Terapia Familiar Breve ha demostrado ser eficiente en los trastornos somatomorfos, motivo frecuente de consulta en atención Primaria. Su fácil contenido teórico y práctico hace que sea aplicable para profesionales en la salud con una mínima formación en ella y mejorando, generalmente, la autonomía y satisfacción de los pacientes.

ID: 00954

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

ALBA CASTAÑEDA¹

JUAN FRANCISCO MENÁRGUEZ¹

MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ²

1) Jesús Marín 2) Alcantarilla casco

Palabras clave: Anticoagulants; Atrial Fibrillation; Physician-Patient Relations

¡Estoy harto de que el cardiólogo me cambie los sintrones!

INTRODUCCIÓN

Descripción del caso: Pedro es un varón de 63 años jubilado, con hipertensión y dislipemia. Muy deportista y jugador de baloncesto 3 días/semana. Hace tres años tras ECG de control se objetivó Fibrilación Auricular. Su Médico de Familia (MF) decidió anticoagular con acenocumarol. Excelente relación médico-paciente desde hace más de 20 años.

Dos meses después empezó revisiones con cardiólogo, primer especialista que visitaba en toda su vida. La ecocardiografía mostraba mínima dilatación auricular y disfunción diastólica.

Desde entonces controles periódicos de INR en centro de salud han sido cambiantes e irregulares, aunque siempre entre 1.5 y 3 (70% en rango). Sin episodios de sangrado. En última revisión hace 2 meses cardiólogo decidió cambiar tratamiento a ribaroxaban 20mg.

El paciente acude a nuestra consulta con informe para aclarar dudas surgidas con la nueva medicación. Se habla sobre riesgos y beneficios de los nuevos anticoagulantes orales. Su MF le informa que según evidencias y coste no procede el cambio, pero el paciente refleja que el cardiólogo le ha dicho que es más seguro y no necesita controles. Pedro pregunta porque si esto es así su MF no le había propuesto antes el cambio.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Emociones en profesional: Aunque no lo expresa su MF está indignado por un cambio de tratamiento fuera de indicación y con un coste 30 veces mayor, aunque sea de aportación reducida para el paciente. Actuación del profesional: se acuerda seguir tratamiento del cardiólogo.

CONCLUSIONES

Siempre es importante explicar al paciente los cambios originados en las prescripciones de otros especialistas y aclarar sus dudas. Por parte de su MF hubo una disociación cognitiva al tener que prescribir un fármaco con el que no estaba de acuerdo, según su criterio y las evidencias. Con criterio de selección razonada de OMS no procedía el cambio.

Siempre debe primar el bienestar del paciente y optar por una medicación con menos riesgo de efectos secundarios y dentro de lo posible, más coste-efectiva. En nuestra práctica clínica habitual nos encontramos habitualmente estas situaciones, y manejarlas es muy importante para no romper la buena relación médico-paciente y su confianza tanto en nosotros como con el resto de médicos.

ID: 00956

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

ELISA AMOR MAZÓN ¹

MARÍA PÉREZ³

CRISTINA NARANJO²

1) MFyC Hospital San Carlos, SAS. 2) MFyC Hospital Puerta del Mar, SAS. 3) CS Barrio Bajo, SAS.

Palabras clave: Communication; Right to Die; Decision Making

Llego el momento de no transfundir más, acuerdo según el modelo compartido.

INTRODUCCIÓN

Mujer de 73 años con antecedentes de anemia de causa multifactorial que precisa transfusiones sanguíneas de repetición. Dependiente casi total para todas las actividades de la vida diaria. Situación Familiar: Siete hijos de los cuales conocemos a tres, siendo uno de ellos su “cuidador principal”. En los últimos 2 meses se acentúan las visitas al servicio de urgencias hospitalaria por clínica de astenia, evidenciándose cifras de hemoglobina en rango transfusional precisando hemotransfusiones urgentes. Se retoma estudio causal dada la agudización del proceso, diagnosticándose de adenocarcinoma gástrico metastásico, subsidiario de manejo paliativo. Desde el servicio de urgencias nos planteamos hasta que punto debíamos de alargar este proceso y quien debía decidir cuándo parar y no seguir transfundiendo, ya que en las últimas ocasiones cada vez eran peor toleradas por las comorbilidades añadidas. Nuestra paciente a pesar de su situación y diagnóstico del cual es conocedora y consciente del pronóstico que presenta, en múltiples ocasiones nos refiere sus ganas de recuperarse y seguir “aprovechando lo que le quede de vida”.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

En la última visita al área de urgencias, de nuevo por presentar astenia y disnea a mínimos esfuerzos, se evidencian de nuevo cifras de hemoglobina de 4 mg /dl. Realizamos entrevista en un primer momento con la paciente y comentamos la situación, la cual entiende, no obstante, en la entrevista nos encontramos con el miedo a dejar de ser transfundida, por el desenlace que esto pueda tener. Interrogamos sobre sus miedos y preocupaciones ante esta situación. Sus principal temor es la muerte, en concreto los síntomas y además el “abandonar a su familia”, trabajamos con ella, acordando soluciones paliativas para los síntomas y en conjunto con su familia para paliar ese miedo, implicando a ambas partes en la toma de decisión, siguiendo el modelo compartido médico-paciente (familia). Finalmente se acuerda no transfundir en dicha ocasión e ingresar para manejo paliativo de síntomas, requiriendo sedación y falleciendo a los pocos días.

CONCLUSIONES

A veces sobre todo en los servicios de urgencias se nos plantean situaciones que requieren una toma de decisión difícil en patologías crónicas como la de este caso, cuyo manejo es paliativo. Somos en muchas ocasiones los profesionales que tienen que decidir hasta cuando alargar esta situación, y decidirlo de forma “rápida”. No obstante, mediante las habilidades de comunicación podemos llevar a cabo esta decisión de una forma conjunta con el paciente y la familia y así decidir lo más beneficioso para el enfermo haciéndole partícipe y conocedor de las consecuencias de la misma.

En este caso fue muy satisfactorio, y la visión a posteriori fue que decidimos lo correcto y lo que realmente beneficiaba a nuestra paciente, permitiéndole descansar y combatir sus miedos a través de la comunicación con ella y con su familia.

ID: 00957

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

ELISA AMOR MAZÓN¹

MARÍA PÉREZ²

ANA MORENO³

1) MFyC Hospital San Carlos, SAS. 2) MFyC CS Barrio Bajo, SAS. 3) MFyC CS Paterna

Palabras clave: Communication; Emergencies; Professional-Patient Relations

Comunicación en emergencias. “Pero que ha pasado, si estaba hace un minuto bien”.

INTRODUCCIÓN

Varón de 52 años trasladado por equipo de emergencias por presentar pérdida de consciencia brusca de 40 minutos de evolución. A su llegada al hospital paciente inconsciente, 8 puntos en escala de Glasgow, únicamente con aporte de oxígeno. Entrevistando rápidamente a la familia nos comenta que se trata de un paciente oncológico, intervenido de adenocarcinoma de esófago y posterior tratamiento, pendiente de resultados de control, que determinarán aptitud a seguir. Sin embargo, muestran informe de oncología donde por progresión de la enfermedad, con metástasis cerebrales entre otras, se decide manejo paliativo del paciente. De todo ello la familia no parecía estar enterada.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

A pesar de que inicialmente dudamos sobre el manejo del paciente, en cuanto leímos dicho informe decidimos no actuar invasivamente y optar por un manejo paliativo. Al hablar con la familia confirmamos que desconocían la situación, ni la decisión del manejo que se llevaría a cabo con él. Estaban muy preocupados, aunque no eran conscientes de la gravedad. Realizamos una entrevista clínica basada en la bidireccionalidad, haciendo participe a los familiares, explicándoles la situación, indagando sobre sus dudas y preocupaciones, resolviéndolas y asegurándonos de su comprensión, utilizando técnicas como la pregunta – respuesta – pregunta.

Una vez entendida la situación, compartieron la decisión tomada. Les dejamos que le acompañasen en sus últimos momentos, finalmente falleciendo asintomático y tranquilo.

CONCLUSIONES

Diariamente en urgencias nos encontramos, con situaciones difíciles de comunicar en un corto tiempo a familiares ajenos a lo que está ocurriendo. Sobre todo, si se trata de algo emergente e inesperado. Si ya es difícil dar una mala noticia, más aún, si no se tiene conocimiento de la situación basal. Para ello es importante un buen manejo de las herramientas para una adecuada comunicación médico – familiar y que no queden dudas sobre el manejo y las decisiones tomadas, haciéndolos participe en todo momento. Solo así evitaremos el sufrimiento y las situaciones de difícil manejo, cuando ya de por sí el manejo es difícil.

ID: 00958

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

ELISA AMOR MAZÓN¹

MARÍA PÉREZ²

ANA MORENO³

1) MFyC Hospital San Carlos, SAS 2) MFyC CS Barrio Bajo, SAS 3) MFyC CS Paterna

Palabras clave: Communication; Ethical Teory; Burnout, Professional

De la comunicación depende el buen manejo del paciente. Habilidades de comunicación entre profesionales sanitarios.

INTRODUCCIÓN

Siendo un equipo de emergencias extrahospitalarias se atiende a un varón de 52 años que sufre cuadro de vértigo en su domicilio con exploración neurológica con datos que sugieren origen cerebral por lo que se decide derivación hospitalaria para estudio tras estabilización del cuadro.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Una vez llegados al hospital se reciben por parte del equipo responsable del área de críticos que realizará el triage correspondiente del paciente. Se explican antecedentes del paciente, enfermedad actual, diagnóstico de presunción y medidas terapéuticas realizadas y motivo por el que se decide valoración hospitalaria.

En la transferencia del paciente se nota cierta tensión, no utilizándose las expresiones adecuadas por parte del equipo receptor y notándose cierto enfado, discutiéndose el manejo previo e incluso el criterio de derivación hospitalaria. Dicha actitud molesta al equipo que ha trasladado al paciente, que se siente intimidado y abandonan el hospital sin realizar una buena transferencia y obviando datos que serían importantes para el posterior manejo hospitalario y sin despedirse si quiera del propio paciente quien vive esta escena incómodamente.

CONCLUSIONES

Las habilidades de comunicación no solo son aplicables a la entrevista clínica con el paciente, en nuestro día a día mantenemos un contacto directo con otros profesionales los cuales continuaran con el manejo de nuestro paciente y siendo de gran importancia una buena comunicación para que dicho manejo se lleve a cabo adecuadamente.

Existen habilidades de comunicación para la transferencia de información entre profesionales. De forma resumida destacar la figura del líder que transmita la información relevante, disponer del tiempo y el lugar adecuados para esta transmisión, crear un clima adecuado donde brevemente se aclaren dudas y aspectos que puedan dar lugar a malas interpretaciones e intentar que no influyan otros aspectos que puedan enturbiar la comunicación entre profesionales, tales como el cansancio o el burnout laboral. Es responsabilidad de todos los profesionales sanitarios brindar una atención adecuada a nuestros pacientes y una buena comunicación entre nosotros supone un eslabón imprescindible.

ID: 00959

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

ISABEL SAURA¹

MANUEL ÁNGEL GARCIA¹

P. MIREIA ALCÁZAR¹

1) C.S. VISTALEGRE-LA FLOTA

Palabras clave: Resilience, Psychological; Analgesia; Renal Replacement Therapy

DECISIONES SUBROGADAS, LIMITACIÓN DE TRATAMIENTO Y DERECHO A UNA MUERTE DIGNA

INTRODUCCIÓN

Antonio es un paciente viudo de 80 años, con una enfermedad renal crónica de muchos años de evolución, con agudizaciones progresivamente más severas, con múltiples ingresos. Tiene, además, una enfermedad celíaca no bien controlada y un deterioro físico avanzado. Hospitalizado en esta ocasión por nueva agudización, está muy desnutrido, necesita apoyo de diálisis renal que le permita comenzar un proceso largo para recuperar su salud, pero el paciente rechaza tratamientos de manera reiterativa. Vive en casa de su hijo pequeño desde que falleció su mujer, necesita ayuda para algunas de las actividades básicas de la vida diaria. Cognitivamente se encuentra bien.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Tras explicarle las opciones terapéuticas y las posibles consecuencias de todas ellas, finalmente Antonio ha decidido no recibir diálisis y sus hijos lo han respetado. Antonio es un paciente mayor, con muchas comorbilidades y con una enfermedad crónica de larga evolución. Tras la pérdida de su mujer se siente algo más solo y refiere que quiere descansar y no estar siempre de hospital en hospital, nos afirma que con su edad ya ha recorrido bastantes hospitales.

Nosotros aceptamos su decisión, al igual que sus hijos. Si no quiere someterse a diálisis, no se le puede obligar, se utilizará el resto de tratamientos que se puedan realizar para que lo que le quede de vida tenga calidad de vida y de muerte.

CONCLUSIONES

Frente a estas decisiones de abstención o suspensión de tratamientos surge frecuentemente la duda de si se está, de alguna manera, provocando la muerte. Sin embargo, es importante tener muy claro que la muerte se produce por la enfermedad y sus complicaciones. Limitar tratamientos, al igual que la necesaria sedación en muchos casos, no busca producir sino permitir la muerte, lo cual constituye una sustancial diferencia moral. Pero limitar tratamientos no significa una forma de abandono del enfermo sino, al contrario, aumentar su cuidado optimizando la sedo-analgesia, el control de algunos síntomas, el acompañamiento y el apoyo global a la familia.

ID: 00960

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: póster

ALBA CASTAÑEDA¹

JUAN FRANCISCO MENÁRGUEZ¹

JOSÉ CARLOS FERRÁNDEZ¹

1) Centro de Salud Jesús Marín

Palabras clave: Chondroitin Sulfates; Ethics Medcal; Deprescriptions

¿Deprescribir o no deprescribir? ¿Una responsabilidad ética?

INTRODUCCIÓN

Varón de 69 años sin enfermedades de interés excepto artrosis múltiple de años de evolución. Vive con su mujer. Dos hijas casadas. Jubilado hace 4 años. Multiconsultador desde entonces por dolores múltiples, resistentes a diferentes tratamientos analgésicos (paracetamol, tramadol, antiinflamatorios...). Sus dolores son intermitentes y cambiantes de localización, con episodios de exacerbación y remisión, pero no le impiden hacer una vida normal (cuida habitualmente un nieto).

Ha presentado empeoramiento del dolor desde que quedó parcialmente a cargo de su madre con artrosis generalizada, deterioro cortical leve y agitación ocasional. Contratada cuidadora habitual. Se refiere con frecuencia a su madre en consulta con gran componente emocional.

En una ocasión el paciente fue atendido por Traumatólogo que le prescribió tratamiento crónico con condroitín sulfato informándole que frenaría su enfermedad.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

En aquella ocasión el dolor respondió en pocos días, pero posteriormente la respuesta analgésica ha sido objetivamente muy variable. Desde entonces toma intermitentemente esta medicación, dejando periodos libres sin tratamiento en los que tiene sensación de que empeora.

Su MF conocedor de la poca evidencia que avala este tratamiento y sospechando efecto placebo le propone, tras informar ampliamente, retirar este fármaco, pero el paciente insiste en tomarlo. Su MF como último responsable de la prescripción, se plantea que debería priorizar: maximizar beneficios (beneficencia), minimizar daños (no maleficencia), tener en cuenta preferencias y opinión del paciente (autonomía y consenso) o asegurar que su actuación se apoye sobre seguridad y coste-eficacia (equidad y justicia).

CONCLUSIONES

A pesar de explicar y recalcar las evidencias sobre este fármaco el paciente encuentra subjetivamente alivio con su ingesta e insiste en tomarlo. Es cierto que la seguridad del paciente ("primun non nocere") es uno de nuestros objetivos como MF y que deberíamos adoptar estrategias de deprescripción con este tipo de fármacos de dudosa eficacia, pero igual de importante es el contexto y la toma de decisiones compartida. En este caso su MF pactó con el paciente la toma intermitente de medicación puesto que notaba cierta mejoría clínica y se encontraba psicológicamente mejor. En ocasiones y según el contexto es totalmente ético usar el efecto placebo.

ID: 00962

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

ISABEL SAURA¹

MANUEL ÁNGEL GARCIA¹

P. MIREIA ALCÁZAR¹

1) C.S. VISTALEGRE-LA FLOTA

Palabras clave: Neoplasms; Diagnosis, Differential; tendon rupture

UN INGRESO INNECESARIO

INTRODUCCIÓN

Se trata del caso de María de 83 años, sin antecedentes de interés.

Consulta en nuestra guardia de urgencias por impotencia funcional de miembro superior izquierdo de forma espontánea mientras transportaba una vasija con agua. Refiere que al cogerla comienza con calambres desde hombro a dedos e impotencia funcional de dicho miembro. A la exploración se objetiva que: no realiza flexo-extensión activa ni de dedos ni de muñeca 0/5, no pronosupinación activa de muñeca. Fuerza 2/5 de tríceps y bíceps 3/5. Deltoides 3/5. Sensibilidad y reflejos conservados. Exploración neurológica normal. TAC cerebral, radiografía de hombro y cervical normal.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Tras ser valorada por Traumatología, sospechan de una monoparesia distal de miembro superior izquierdo con sospecha de lesión del plexo braquial izquierdo, por lo que finalmente se decide ingreso para estudio (para descartar lesiones neoplásicas u otro tipo de lesiones) con tratamiento corticoideo.

Durante el ingreso recibió tratamiento corticoideo, quedando completamente asintomática al día siguiente al ingreso. Se le realiza ecografía de partes blandas y hombro izquierdo observándose hallazgos compatibles con rotura incompleta de espesor total en el tendón del supraespinoso izquierdo.

CONCLUSIONES

Los pacientes ancianos que ingresan en los hospitales son un grupo especialmente vulnerable para presentar los efectos adversos de la hospitalización debido a múltiples factores, entre los que se incluyen la existencia de enfermedades crónicas, distintos grados de discapacidad o limitaciones físicas, alteraciones cognitivas, múltiples medicaciones o disminución de la capacidad de reserva. Uno de los principales efectos adversos es el deterioro funcional asociado al ingreso, definido como la pérdida de autonomía o capacidad en el funcionamiento físico que ocurre durante la estancia hospitalaria. Además, este deterioro está más relacionado con determinadas características del anciano que con la gravedad de la enfermedad aguda.

De este caso llama la atención que esta paciente podría haber resuelto su problema en Urgencias y haber sido de alta con tratamiento domiciliario si se le hubiera podido realizar una ecografía en Urgencias, evitándole un ingreso y las consecuencias que este podría provocarle, así como el mayor gasto económico.

ID: 00966

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

CARMEN PADILLA¹

MARÍA ISABEL GÁLVEZ ¹

LUISA MARÍA MORENO ¹

1) Centro de Salud de Roquetas Norte

Palabras clave: abdominal pain; cholangiocarcinoma

Cómo dar malas noticias: A propósito de un caso

INTRODUCCIÓN

Varón de 52 años de edad, natural de Rumanía, residente en España desde hace 11 años. Enolismo de 2 – 3 litros de cerveza al día. Tabaquismo activo de 1 paquete / día desde hace 40 años. No antecedentes personales ni familiares de interés. Acude a consulta por dolor abdominal de 1 año de evolución que en últimas semanas ha ido a peor. Se acompaña de anorexia, náuseas y cansancio extremo. En historia clínica sólo consta una consulta previa, realizada el año anterior, cuyo motivo fue astenia. La exploración física es normal salvo palpación de masa en hipocondrio derecho y dolor generalizado en abdomen

- Analítica sin hallazgos relevantes.
- Ecografía de abdomen: lesiones múltiples en lóbulo hepático derecho y masa que ocupa casi en su totalidad el lóbulo izquierdo. Probable hígado metastásico.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

El paciente acude a recogida de resultados de analítica que informamos como normales. Tiene pendiente la realización de la ecografía. Días después recibimos una llamada del servicio de Radiología del hospital de referencia en la que nos sugieren contactar con prontitud con el paciente por: "probable hígado metastásico". En dicho servicio no le han comunicado nada acerca de los hallazgos. Se nos plantea el caso de tener que localizar al paciente telefónicamente para que acuda a consulta lo antes posible, hacerlo sin alarmarlo, refiriendo tener los resultados que faltan. Acude ese mismo día (ante la sorpresa de la llamada). Le informamos que: "los resultados no son buenos, hay una lesión en el hígado, deberá ir al hospital para que le realicen más pruebas a ser posible ese mismo día". Se deriva a Urgencias con informe clínico, quedando ingresado para estudio. La biopsia hepática confirma el diagnóstico de Colangiocarcinoma.

CONCLUSIONES

- Ante hallazgos como estos, dada la gravedad e independientemente del servicio del que se trate, se debería captar al paciente en ese mismo momento.
- Aunque al contactar telefónicamente con el paciente, sospeche de la existencia de no buenas noticias, nunca ser alarmista ni dar resultados de pruebas por este medio, hacerlo siempre personalmente.
- A ser posible, evitar palabras tales como " tumor" o "cáncer" para no generar más angustia, pero sin restarle importancia.

ID: 00968

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

KATTY ALEXANDRA MORA¹

FRANKLIN EDUARDO MAJANO¹

1) Centro de Salud Linares C "San José"

Palabras clave: comunicación; cáncer; cuidados paliativos

Comunicación ineficaz: Barreras en la relación profesional-paciente.

INTRODUCCIÓN

varón de 58 años mayor de 3 hermanos, de padre fallecido de cáncer laríngeo, madre viva con 86 años, pluripatológica (DM, HTA, obesidad), casado con mujer de 56 años que en conjunto tienen 3 hijos dos mujeres 29, 27 y varón de 13 años. Buena relación familiar, autónomo de empresa de tapicería. Sin patologías de interés, Exfumador, rectorragias intermitentes en estudio pendiente de colonoscopia. Consulta a urgencias por dolor abdominal inespecífico de una semana de evolución que en las últimas 48 horas se localiza a nivel de epigastrio, fosa ilíaca derecha y febrícula. Pérdida de peso 14kg. Al examen físico estable hemodinámicamente con temperatura: 37.5°, epigastrio e hipocondrio derecho doloroso, hepatomegalia.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Hemograma con leucocitosis y neutrofilia, PCR: 29, sedimento urinario con leucocituria, proteinuria, hematuria discreta. Ecografía abdominal: hallazgos no concluyentes para colecistitis aguda sin poder descartar en polo inferior de riñón derecho masa de más de 8 cm de eje mayor sugerente de malignidad. Ingresos en Cirugía para completar estudio. Juicio clínico: Carcinoma papilar renal derecho T4,N1 M1 (hepáticas y óseas). colonoscopia con hemorroides internas grado II/IV. Intervención conjunta con Urología se realiza Nefrectomía renal derecha con resección de pastilla duodenal en diciembre 2016, post operatorio tórpido que precisó ingreso en UCI. Valoración en Oncología febrero 2017, quienes indican radioterapia y quimioterapia. Segunda valoración por oncología paciente se encuentra regular anímicamente con dolor mal controlado, preocupado por boda de hija mayor, se realizan estudios de control y se informa de fracaso de quimioterapia, desestimando continuar con segunda línea terapéutica, se deriva a cuidados paliativos. Ante inconformidad familiar se plantea segunda línea terapéutica a pesar de baja posibilidad de éxito. Paciente solicita segunda opinión médica en Madrid no llevada a cabo. Valorado en Unidad de cuidados paliativos, en abril 2017 con control adecuado de dolor, donde expresa "me han desahuciado en oncología". Paciente fallece en junio 2017 por TEP masivo.

CONCLUSIONES

La falta de comprensión de las necesidades del paciente han provocado obstinación terapéutica. A pesar de una atención integral multidisciplinar no parecen cubiertas las necesidades del mismo con lo que solicita una segunda valoración. La importancia de una comunicación eficaz puede garantizar un plan con objetivos terapéuticos que tomen en cuenta los intereses y preferencias respecto al tratamiento del paciente.

ID: 00969

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

MARTA MARÍA PINILLA¹

MARÍA AMALIA PINILLA²

ANTONIA BAUZA²

1) Hospital Universitario Virgen Macarena 2) Centro de Salud Esperanza Macarena

Palabras clave: Professional; Patient; Relations

¿Quieres que retomemos medidas invasivas y conectarte a un respirador de nuevo?

INTRODUCCIÓN

Paciente con insuficiencia respiratoria aguda con de imagen de consolidación y datos analíticos compatibles con diagnóstico de neumonía que necesita ventilación mecánica invasiva (VMI) para su tratamiento.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Tras varios días sedado e intubado, se procede al destete ("weaning") sin incidencias, continuando con tratamiento antibiótico intravenoso y oxigenoterapia convencional, comenzando al día siguiente con disnea, taquipnea y uso de musculatura accesoria, iniciando ventilación mecánica no invasiva, siendo previsible la necesidad de iniciar de nuevo ventilación mecánica invasiva (VMI) por continuar con insuficiencia respiratoria global objetivable en gasometrías de control y mayor uso de musculatura accesoria.

Como el paciente ya había estado intubado y continuaba consciente, procedimos a preguntarle directamente si fuese necesario como preveníamos la necesidad de conectarlo de nuevo al respirador si él quería.

En ese momento el paciente estaba sin compañía de ninguno de sus familiares, y con miedo contestó inseguro que no quería volver a ello.

Nos vimos obligados a explicarle, que en el caso en que empeorase su situación, el único recurso que nos quedaba para intentar solventar el problema mientras los antibióticos actuaban era la intubación, y de no ser así, su vida podría correr peligro e incluso morir.

Cuando escuchó dichas palabras, contestó lagrimoso: "En tal caso, lo que diga mi mujer" y se quedó muy preocupado por la incertidumbre de si se tendría que volver a conectarse o no, por lo que lo tranquilizamos y llamamos a su mujer para que le acompañase.

CONCLUSIONES

En ese momento comprendí, cómo a veces en la vida se pasan por momentos en los cuales, a pesar de estar conscientes, no somos capaces de tomar decisiones por nosotros mismos por el miedo que la enfermedad que estamos pasando nos crea, más cuando en dichos momentos estamos solos sin la compañía de nuestros seres queridos.

Aprendí que como médico también es importante tomar decisiones por nuestros pacientes, en un entorno de soledad, e intentar que pasen más tiempo del día acompañados por sus familiares a pesar de ser una unidad de cuidados intensivos, como ya se viene aplicando en mi unidad.

ID: 00970

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

MARTA MARÍA PINILLA¹

MARÍA AMALIA PINILLA²

ANTONIA BAUZA²

1) Hospital Universitario Virgen Macarena 2) Centro de Salud Esperanza Macarena

Palabras clave: Therapeutic; Effort; Limitation

Limitación del esfuerzo terapéutico no siendo candidato a ingresar en unidad de cuidados intensivos

INTRODUCCIÓN

Varón 69 años, diagnosticado recientemente de cáncer de pulmón desestimado para tratamiento curativo por el servicio de Oncología con mal pronóstico, ingresa en Observación por insuficiencia respiratoria aguda sin datos analíticos sugestivos de infección, con imagen de masa en radiografía de tórax de masa en lóbulo superior izquierdo similar a previas, y como antecedentes, disnea progresiva hasta hacerse de reposo sin acompañarse de expectoración ni fiebre.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Avisan a la unidad de cuidados intensivos (UCI) por insuficiencia respiratoria y encefalopatía hipercápnica a pesar de tratamiento con ventilación mecánica no invasiva (VMNI).

Tras evaluar al paciente, procedimos a hablar con los familiares para conocer la situación previa del paciente.

Nos presentamos como médicos de UCI que nos habían avisado por la mala situación en que se encontraba su familiar, y nos explicaron que ya no podía salir a la calle ni asearse ni siquiera dormir en su cuarto por no poder los escalones por sufrir gran disnea, que era ya de reposo y el mal pronóstico dado por parte del servicio de Oncología desestimándolo de tratamiento curativo.

Además, preguntamos por el grado de conocimiento que tenía el paciente de su enfermedad: conocía que padecía cáncer, pero no el mal pronóstico dado por los especialistas del mismo.

Una vez conocida la situación, explicamos a los familiares que como ya conocían, su familiar se encontraba en esta situación por el cáncer que padecía y que ya los especialistas les habían dado la información que no había tratamiento curativo para ello.

Les explicamos que si la máquina que tenía no iba bien (VMNI), lo mejor era dejarlo y que no sufriese, pues en caso de que se tratase de algo que se pudiese curar como una infección, podría ingresar en la UCI y conectarlo a un respirador mientras los antibióticos actuaran, pero su cáncer no podríamos curarlo. Ellas comprendieron y pidieron que su familiar no sufriera.

CONCLUSIONES

Hay veces que hay que limitar a los pacientes y no iniciar medidas invasivas según su patología de base. Dicha decisión suele ser tomada conjuntamente por los miembros de la unidad o por el equipo de guardia.

ID: 00972

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

JOANA GUILLÉN ¹

LIDIA HOLGADO ¹

JUAN MATAMOROS¹

1) Cs Almussafes

Palabras clave: Prostate cancer-Gleason; Disease; Negation

LA NEGACIÓN A LA ENFERMEDAD, UNA DIFICULTAD MÁS EN LA CONSULTA

INTRODUCCIÓN

La enfermedad nos asusta. Es una realidad con la que paciente y médico deben lidiar. Tanto es así que la negación total y rotunda a la enfermedad puede llevar tras de sí una negación a no quererse tratar o a tratar el problema que no lo es. Varón de 55 años que acude a nuestra consulta de Atención Primaria por cuadro de hematuria. Se realiza IPPS que resulta moderado por lo que se decide realizar tacto rectal donde se observa próstata indurada, dolorosa al tacto con gran aumento de tamaño por lo que se decide realización de pruebas complementarias.

En cuanto a antecedentes personales, destaca fumador de 20 cigarrillos año, consumo crónico de alcohol, HTA con mala cumplimentación de tratamiento. Soltero con buen apoyo familiar.

Se realiza analítica sanguínea con PSA 27 por lo que se decide realización de biopsia prostática con Gleason 4+5 (adenocarcinoma). Se realiza rastreo óseo que resulta negativo.

Se amplía estudio con prueba de imagen donde se observa neoplasia prostática con diseminación adenopática a distancia M1a. Se observa además litiasis a nivel renal derecho de 10mm x 9mm aproximadamente.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Tras los resultados se decide explicar al paciente los mismos y decide únicamente tratar la litiasis de la que le hablamos casi como hallazgo accidental.

Se decide remisión a Urología donde de nuevo se explica la importancia de tratamiento de su patología de base, así como las diferentes opciones terapéuticas prefiriendo demorar cualquier tipo de tratamiento activo asumiendo los riesgos que ello conlleva. Finalmente firma el consentimiento de revocación de tratamiento tanto en hormonoterapia como radioterapia localizada.

CONCLUSIONES

Actualmente el paciente está en situación terminal con tratamiento paliativo al que ha accedido finalmente dada la situación clínica insostenible por la clínica sintomática. La negación a la enfermedad existe en la consulta y es muy difícil lidiar con ella. En este paciente no se consiguió que se tratara porque él veía el problema en otro menor que para él era el importante ante la negación de la enfermedad de base. Sin embargo, el paciente una vez ha recibido la información pertinente es el que decide el tratamiento o la abstención terapéutica y nosotros no podemos hacer más que apoyarle en su decisión.

ID: 00974

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

JOANA GUILLÉN¹

LIDIA HOLGADO¹

JUAN MATAMOROS ¹

1) CS Almussafes

Palabras clave: ENFERMEDAD PROFESIONAL; ALIANZA TERAPÉUTICA; MIEMBRO FANTASMA

EL PACIENTE DIFÍCIL Y LA ALIANZA TERAPÉUTICA

INTRODUCCIÓN

Todos los médicos tenemos pacientes difíciles en la consulta, por motivos diferentes. Varón de 50 años ex presidiario acude diariamente a la consulta en busca de una paga debido a amputación de brazo izquierdo tras alcance con toro. Presenta miembro fantasma y cuadro importante de dolor mal controlado a temporadas. El paciente consigue tras salir de prisión y debido a su minusvalía un trabajo ofrecido por el ayuntamiento. Sin embargo, presenta una tendinitis en el brazo contralateral que el atribuye al sobreesfuerzo realizado en su trabajo insistiendo en que no es un trabajo que el pueda realizar. Por este motivo se le da la baja al paciente como baja no profesional porque desde Atención Primaria no se puede realizar una baja profesional a no ser que la haga la Mutua que es lo que explicamos en varias ocasiones al paciente. Sin embargo, el paciente tiene la sensación de que estamos “jugando” con él al explicarle como puede pedir que la causa de la baja sea de tipo laboral y acude a la consulta con actitud agresiva, altiva y amenazante.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

La consulta se vuelve hostil con amenazas veladas donde el paciente va adquiriendo una actitud desposta. Sin embargo, mediante la tranquilidad y el correcto diálogo se explica en varias ocasiones al paciente el proceso legal correcto y finalmente se da cuenta de su error y de que realmente no podemos hacer una baja por enfermedad profesional como le había dicho un amigo hacía unos días.

CONCLUSIONES

Los pacientes que se suelen considerar difíciles siempre están en las consultas del día a día. Sin embargo, los médicos de familia jugamos con la ventaja de conocerlos bien y conocer su situación biopsicosocial que en estas ocasiones nos lleva a tener ventaja y poder manejar esta situación con mucha mayor destreza.

Finalmente, tras no perder la calma, el paciente comprendió que sólo buscábamos lo mejor para él y su actitud cambió consiguiendo una disculpa en unos días en la consulta.

ID: 00975

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

MARÍA AMALIA PINILLA¹

MARTA MARÍA PINILLA²

ANTONIA BAUZA²

1) Centro de Salud Esperanza Macarena 2) Hospital Universitario Virgen Macarena

Palabras clave: Central; Bulb; Infection

Insuficiencia respiratoria de causa central en paciente joven con muy mal pronóstico

INTRODUCCIÓN

Varón de 29 años sin antecedentes personales de interés, ingresado en unidad de cuidados intensivos por absceso infeccioso en bulbo raquídeo causante de insuficiencia respiratoria central además de neumonía por aspiración por bajo nivel de consciencia, con necesidad de ventilación mecánica invasiva.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Durante la visita de sus familiares, comienzan las alarmas de monitorización a sonar por desaturación de oxígeno, junto a bradicardia e hipotensión, por lo que enfermería avisa a los médicos de guardia y pide a los familiares que salgan del box. Tras estabilizar al paciente, informo a los familiares en habitación habilitada para ello y con infusiones tranquilizadoras de la mala situación del paciente, quienes en llanto expresan que no entienden porqué ha desaturado si desde el punto de vista de su neumonía su médico habitual les había manifestado que estaba más estable. Insistí en que la causa de la insuficiencia respiratoria actual no era causa de la neumonía, sino de su infección en el sistema nervioso central, que había afectado a una localización del cerebro que controla el centro de nuestra respiración y que ya tenía todas las medidas que podíamos proporcionar en tratamiento. Además de insistir, en que el paciente está dormido y tranquilo, que no está sufriendo ni siendo consciente de su mala situación.

Finalmente, el paciente en una hora finaliza en éxitus, teniendo que informar de nuevo de ello a la familia, quien expresa su agradecimiento por todas las medidas instauradas y la amabilidad del servicio de informarles en todo momento de la situación de su familiar.

CONCLUSIONES

Siempre que un paciente cambie su situación clínica a un estado de mayor inestabilidad, se debe avisar a sus familiares para que estén informados de ello e intentar que pasen a su lado el último tiempo a su lado, además de insistir (ya que tranquiliza), que el paciente no está sufriendo ni va a sufrir si finaliza en éxitus.

ID: 00978

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

MIGUEL HERCBERG¹

MARTA VALENZUELA¹

ISABEL VALENCIA¹

1) UGC Loreto-Puntales

Palabras clave: Empathy; Headache; Companion

Uso de la empatía en urgencias

INTRODUCCIÓN

El caso transcurre en urgencias hospitalarias de madrugada. Se trata de un paciente que viene acompañado de su mujer refiriendo cefalea de varios días de evolución resistente a tratamiento analgésico de primera línea. El diálogo se realiza entre el médico y la acompañante que muestra una actitud intrusiva y de hostilidad. Ella responde con frialdad, expresiones cortantes y suspicaces a nuestras preguntas. El paciente se mantiene callado, con gesto de dolor y postura cerrada.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Se pautan analgésicos que resultan inefectivos, la preocupación y el descontento incrementa. Todas las pruebas diagnósticas realizadas resultan negativas. La esposa no entiende que no se haya llegado a un diagnóstico y se muestra preocupada por la persistencia del dolor, presentando actitud de enfrentamiento. El médico mantiene una actitud defensiva con respuestas justificadoras y tranquilizadoras, esto aumenta aún más el descontento de la acompañante, mostrándose negativa y pesimista ante nuevos tratamientos.

Mientras el paciente se encuentra en la sala de tratamiento el médico realiza un acercamiento a su acompañante que se encontraba en la sala de espera. En esta ocasión muestra una actitud de escucha activa sentándose al lado de la interlocutora, con una posición corporal de apertura y empleando técnicas de parafraseo, asentimiento, contacto visual, preguntas abiertas y silencios. Se exploran las creencias y expectativas y se informa con bidireccionalidad. Se responde con empatía no verbal (microexpresiones especulares) y verbal ("entiendo que este enfadada y preocupada, no sabe que le pasa a su marido y no mejora"). Esto permitió el vaciaje de la entrevistada, facilitó que se sintiera comprendida y la posicionó en una actitud de colaboración y positividad. El paciente fue dado de alta con dolor y sin diagnóstico claro. Su acompañante se despidió de nosotros agradecida, con acuerdo para seguir tratamiento domiciliario y con nuevas pruebas diagnósticas planteadas.

CONCLUSIONES

El empleo de la escucha activa y la empatía es útil para manejar situaciones difíciles como los acompañantes invasivos y la hostilidad. La utilización de estas habilidades desde el inicio de la entrevista podría haber facilitado una mayor participación del paciente y mejor manejo del acompañante, mejorando la calidad y satisfacción con la entrevista.

ID: 00982

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

JOSE DOMINGO GARCÍA-REVILLO¹

ALBERTO ALCALÁ²

LAURA ROJAS³

1) Centro de Salud de Cabra Matrona Antonia Mesa 2) Hospital Infanta Margarita de Cabra 3) Centro de Salud de Rute

Palabras clave: Ectopic; Pregnancy; Pain

HAY MUCHOS TIPOS DE “NO”

INTRODUCCIÓN

Mujer de 46 años que acude a urgencias acompañada por su marido por tercera vez en 4 días por dolor superficial en mesogastrio que se irradia hacia FID, con Blumberg negativo y que cede con paracetamol. Regresa a urgencias porque “no se le acaba de pasar”. Antecedentes personales de interés: No FRCV, Depresión desde hace 2 años en tratamiento. Tres hijos, dos por cesárea. Un aborto a las 3 semanas.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Al historiar a la paciente, se pregunta (consta FUR hace una semana en las otras dos consultas anteriores al servicio de Urgencias) si hay posibilidad de embarazo, ante a lo que el marido responde con un claro “NO NO”. En cambio, ante esta pregunta, la paciente respondió con un “no...”. Por las connotaciones de la respuesta, se pide permiso para realizar una prueba de embarazo en orina a la paciente. Finalmente, el test de embarazo sale positivo y se hace IC con el servicio de urgencias de Ginecología, quien, en una primera ecografía abdominal, observa embarazo ectópico. Minutos después, la paciente se desploma en la consulta, ante lo que es operada de urgencia por ruptura de la trompa de Falopio Derecha.

CONCLUSIONES

Cuando entrevistamos a un paciente, debemos comprender que estos cuentan mucho más si somos capaces de oír más allá de sus palabras y que a veces, esto puede ser vital. En grandes ocasiones, el paciente puede hasta ocultar información por el motivo que sea, y nuestro objetivo no es ser detectives, pero si mirar por la salud para el paciente y detectar que puede ser trascendental para la consulta y qué no. Para ello, debemos saber leer entre líneas. Un gesto, una mirada, una intuición... puede ser fundamental para enfocar correctamente a nuestro paciente.

ID: 00984

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

MARCOS FERNÁNDEZ¹

MARÍA PÉREZ²

CRISTINA NARANJO³

1) Hospital Universitario Puerta del Mar 2) Centro de Salud Barrio Bajo 3) Servicio de Urgencias Hospitalarias Hospital Puerta del Mar

Palabras clave: Non verbal communication; Consumer health information; Empathy

Enunciar un diagnóstico no es informar. A propósito de un caso clínico.

INTRODUCCIÓN

Varón, 24 años, estudiante de Medicina, acude a consulta de Cardiología por referir sensación de palpitaciones, autolimitadas, sin otra sintomatología, preguntando por diagnósticos diferenciales muy alarmantes elaborados por él. Se realiza ecografía objetivándose valvulopatía aórtica bicúspide que origina insuficiencia aórtica ligera. Se enuncia el hallazgo ecográfico, que no tiene relación con la sintomatología del paciente, y se pide estudio de las palpitaciones. El paciente presenta una comunicación no verbal muy potente de preocupación que el médico ignora.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

El paciente, descontento con la actuación médica, solicita una segunda opinión con otro cardiólogo, con encuentro similar al anterior descrito, y sin terminar en ningún caso el estudio cardiológico. Meses posteriores acude a su médico de familia refiriendo dolor torácico atípico, que empeora en época de exámenes. Se le pauta benzodiacepinas, mejorando, y vuelve a acudir al primer cardiólogo que lo atendió para completar el estudio. En esta ocasión, el médico si detecta la comunicación no verbal del paciente (postura cerrada, ...) y le hace un señalamiento sobre la misma "le noto preocupado" facilitando que el paciente realice un vaciaje emocional sobre su vivencia. Tras una escucha activa y baja reactividad, empatiza con la preocupación del paciente. Para informar utiliza como principal herramienta la bidireccionalidad, empleando preguntas abiertas "¿Qué sabes sobre la valvulopatía aórtica? ¿Qué le preocupa?" y compartiendo así la información. Al finalizar la entrevista, el paciente, con gesto relajado, agradece su actitud durante la consulta "Me voy tranquilo ahora, gracias, me era muy necesaria". Finalmente termina el estudio de su sintomatología, sin hallazgos de interés y acude anualmente a revisión de su valvulopatía. Asintomático actualmente y sin precisar uso de medicación.

CONCLUSIONES

Informar es un proceso dinámico en el que se debe mantener un diálogo, usando la bidireccionalidad entre médico y paciente. Gracias a él se consigue transmitir la información que necesita y solicita el paciente. No hacer caso a la comunicación no verbal y enunciar, en lugar de informar, genera una mala comunicación, y en muchas ocasiones, una mayor demanda de nuevas consultas y tratamientos innecesarios.

ID: 00988

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

ANA MARÍA MORENO¹

CRISTINA NARANJO²

ELISA AMOR MAZÓN³

1) Paterna de Rivera 2) Hospital Universitario Puerta del Mar 3) Hospital Naval San Carlos

Palabras clave: Communication; Professional-Patient Relations; Emotions

Malas noticias: autocontrol emocional

INTRODUCCIÓN

- Descripción del caso:

Paciente mujer de 60 años que acude a consulta de Atención Primaria por sangrado postmenopáusico desde hace 6 meses, siendo diagnosticada de cáncer de endometrio con metástasis. La paciente, tras el diagnóstico, acude a la consulta nuevamente y expone sus sentimientos, destacando llanto fácil y tristeza. Ante esa situación me abordan sentimientos de ansiedad, inseguridad y miedo, y comienzo a dar respuestas automáticas como “no te preocupes”, “todos vamos a morir algún día”... pero me doy cuenta de que no estoy ayudando a la paciente.

- Antecedentes de interés:

La paciente es del cupo de Atención Primaria desde hace más de 30 años y mantiene una buena relación médico-paciente. Familia nuclear en etapa V del ciclo vital familiar (final de la contracción). Buena red de apoyo social y familiar.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

- Evolución y desenlace del caso:

Tras un esfuerzo de autocontrol emocional, intento responder a los sentimientos de la paciente, validando y normalizando su situación, permitiendo la expresión de sus emociones durante toda la entrevista clínica. Para ello se emplean habilidades de comunicación, predominando la escucha empática y los silencios funcionales. Finalmente, aseguré a la paciente mi disponibilidad y seguimiento.

CONCLUSIONES

- Qué se ha aprendido y aplicabilidad práctica:

El motivo fundamental por el cual los sanitarios no sabemos comunicar bien las malas noticias se basa en el hecho de no ser capaces de reconocer y aceptar nuestras propias emociones, y por ello, muchos médicos reconocen sentirse incómodos con las emociones que las malas noticias provocan tanto en ellos como en sus pacientes y no se sienten preparados ni con experiencia. Debemos de conseguir el autocontrol emocional ya que cuando seamos capaces de reconocer y aceptar nuestras emociones seremos capaces de responder a las emociones del paciente, logrando así el mínimo impacto necesario. Por lo tanto, dar malas noticias es un reto para el médico.

ID: 00989

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

MANUEL ANGEL GARCÍA¹

PETRONILA MIREIA ALCÁZAR¹

ISABEL SAURA¹

1) C.S. Vistalegre- La Flota

Palabras clave: Neoplasms; Fear; Health Resources

Oncofobia

INTRODUCCIÓN

Mujer de 42 años que acude a nuestra consulta preocupada por si tuviera cáncer desde hace meses. Noto su preocupación y comienzo a realizar anamnesis, ella está asintomática, refiere que a su hija le extirparon un tumor benigno en la mama cuando tenía 24 años, un tío falleció de cáncer de páncreas.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Tras la anamnesis, la paciente pide una analítica con marcadores, a su vecina se los mandan todos los años y a ella nunca se le han realizado, y una mamografía por el antecedente de su hija. Le explico que a su edad el único cribado que tiene que hacer es el del cuello de útero y que lo tiene actualizado; las analíticas de marcadores sirven para el seguimiento de tumores y en su caso no está indicado, respecto a la mamografía tampoco está en la edad y que debe de autoexplorarse las mamas después de la menstruación por si nota algún bulto que nos lo diga.

La paciente sigue preocupada, hay algo más, a su cuñado ha fallecido recientemente tras una intervención de cáncer de colon y su hermana lo está pasando mal. Cuenta que ella es el único apoyo que tiene su hermana, por eso no quiere que le detecten cáncer cuando no haya solución y está en una situación de estrés emocional importante

Tras comprender la situación de la paciente hablo con ella para transmitirle tranquilidad e infundirle esperanza, el fallecimiento de su cuñado es reciente y no hay palabras que yo le pueda decir ni pastillas para olvidar lo que ha pasado, pero que no sufra ya que ella ha estado, está y estará al lado de su hermana ayudándola y que recuerde que la consulta está a su disposición para cuando lo necesite

CONCLUSIONES

Dedicar el tiempo suficiente a cada paciente es necesario para un abordaje integro ya que ante ciertas peticiones puede haber un trasfondo emocional.

Es labor de todos racionalizar los recursos sanitarios e intentar no dejar llevarnos por las emociones que nos puedan transmitir los pacientes.

ID: 00990

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

ÁNA MARÍA MORENO¹

CRISTINA NARANJO²

MARÍA PÉREZ³

1) Centro Salud Paterna de Rivera 2) Hospital Universitario Puerta del Mar 3) Centro Salud Barrio Bajo, Arcos de la Frontera

Palabras clave: Anxiety Personality Disorder; Family Conflict; Communication

Ansiedad en consulta, con manejo del acompañante intrusivo

INTRODUCCIÓN

Paciente mujer de 25 años que acude a consulta de atención primaria por menstruaciones irregulares de cuatro meses de evolución, consistente en retrasos en los ciclos. Acude acompañada de su madre, que participa de forma activa en la entrevista, contestando por la paciente y dando instrucciones de cómo se debería de actuar. Destaca una ansiedad importante en el entorno, la hija mediante comunicación no verbal y la madre de forma verbal, refiriendo la gran preocupación que le ocasiona que su hija tenga ese desarreglo. Dado el comportamiento de la familiar, se hace muy difícil llevar a cabo la entrevista clínica con la paciente, puesto que interrumpe cada vez que me intento dirigir a ella y no consigo entrevistarla. Me comienzo a sentir impotente y muy incómoda en la consulta, y comprendo que la entrevista está fallando...

Antecedentes de interés: Sin interés y pocas visitas a consulta. Destaca una situación familiar estresante reciente, porque los padres se encuentran en proceso de divorcio. La madre de la paciente se encuentra en tratamiento ansioso-depresivo reactivo a esto.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

- Evolución y desenlace del caso: Dentro de la gran ansiedad verbal de la familiar, destaca la siguiente frase "puede tener algo malo doctora, y ya es lo que nos faltaba en la familia...". Le realizo un señalamiento sobre lo dicho y le permito realizar un vaciaje con escucha activa. Es cuando expone la problemática familiar y lo mal que lo están pasando tanto ella como sus hijos, quedándose más relajada. Con esto se resuelve el conflicto del principio y entrevisto a la paciente tras realizar un pacto de intervención "me gustaría ahora hablar con la paciente, ¿le parece bien?". El resto de la entrevista clínica transcurre con normalidad, destacando la situación de estrés y ansiedad que hay en el entorno dado a este conflicto familiar, principal motivo al que parece deberse esos desajustes menstruales.

CONCLUSIONES

- Qué se ha aprendido y aplicabilidad práctica: El acompañante intrusivo es aquel que participa activamente en la entrevista, se identifica con el paciente o el médico, de manera que contesta por el paciente y da instrucciones al médico. Es muy importante detectarlos y realizar un manejo adecuado de los mismos, para que la entrevista y la relación médico-paciente no se vean perjudicados. El vaciaje emocional con baja reactividad es la principal estrategia para abordarlos, puesto que permite no solo mejorar la entrevista clínica, sino obtener una información que puede ser de gran utilidad. Además, el empleo de habilidades de comunicación como la escucha activa o la empatía son herramientas muy potentes.

ID: 00991

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

MANUEL ANGEL GARCÍA¹

ISABEL SAURA¹

PETRONILA MIREIA ALCÁZAR¹

1) C.S. Vistalegre- La Flota

Palabras clave: Hospice Care; Right to Die; Family Relations

Una vela que se apaga.

INTRODUCCIÓN

En el área de centro de salud rural está Carmen, mujer de 95 años, como único antecedente de patología dislipemia en tratamiento dietético, viuda desde hace más de 10 años, vive con una hija y el marido de ésta, sin deterioro cognitivo.

Avisa su hija que lleva varios dos días sin querer salir de la cama, sin ganas de comer y pasó la noche agitada. Es una mujer que ha sido fuerte y luchadora toda su vida, y siempre nos ha manifestado su deseo de no ingresar en el hospital.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Llegamos al domicilio y vemos a nuestra paciente apagada, la mirada perdida, aunque nos reconoce y vemos reflejado un halo de tranquilidad al vernos, afebril, hipofonesis generalizada y tonos del corazón débiles.

Hablamos con la hija y le explicamos la situación de la paciente, es una vela que se está apagando. Recordamos que nos manifestó no ingresar en el hospital, tanto la familia como nosotros respetamos la decisión. Le comunicamos a Carmen que no va a ser trasladada al hospital y en su cara se nota que está agradecida.

Planeamos junto a la hija la evolución de debe seguir, tiene que avisar a sus hermanos que viven lejos para que acompañen a su madre, se coloca una palometa subcutánea y dejamos medicación por si se agita esa noche y mañana volveríamos a pasar.

Al día siguiente la paciente ha precisado medicación que la hija ha colocado con temor, pero con decisión. La felicitamos por su valentía y que su madre le está agradecida, nos cuenta que sus hermanos están de camino; Carmen tiene pulso, pero no abre los ojos, seguiremos pasando todas las mañanas.

A los 3 días nos avisan de que ha fallecido, la familia al completo agradece nuestra ayuda sobre todo por explicarles los procesos naturales y que no debían tener miedo a la muerte de su madre.

CONCLUSIONES

Como equipo de atención primaria debemos respetar las decisiones del paciente y no provocar iatrogenia innecesaria. Cuando se explican los procesos naturales y anticipamos lo que va a suceder la aceptación por parte de la familia es menos traumática

ID: 00992

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

ANA MARÍA MORENO¹

CRISTINA NARANJO²

ELISA AMOR MAZÓN³

1) Centro Salud Paterna de Rivera 2) Hospital Universitario Puerta del Mar 3) Hospital Naval San Carlos

Palabras clave: Communication; Outpatients; Professional-Patient Relations

Comunicación y ancianos: la importancia del cierre de la entrevista

INTRODUCCIÓN

- Descripción del caso: Paciente mujer de 77 años que acude sola a urgencias por proceso respiratorio, ya fue atendida hace dos días por este mismo motivo en el servicio, con diagnóstico de bronquitis aguda y prescripción de tratamiento broncodilatador para el domicilio. La paciente refiere que persiste con la misma sintomatología y que al acudir a la farmacia por la medicación prescrita, solo había unos tarros de colores, "me mandaron unos polvos, pero nadie me dijo como usarlos". La paciente persiste con bronquitis aguda.

- Antecedentes de interés: La paciente padece deterioro cognitivo leve, hipoacusia moderada de oído derecho y nunca se le había prescrito tratamiento broncodilatador.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

- Evolución y desenlace del caso: Le explico a la paciente que persiste con bronquitis aguda y que el tratamiento indicado son los broncodilatadores que le prescribieron. Realizo un adecuado cierre de la entrevista, empleando técnicas para favorecer la comprensión del tratamiento y así asegurar una buena adherencia terapéutica. Para ello realizo un dibujo sencillo del aparato respiratorio y la función del broncodilatador en la vía aérea, además le enseño el manejo de los broncodilatadores y le detallo las instrucciones terapéuticas por escrito. Finalmente compruebo la asimilación con el empleo de frases como "¿puede resumirme lo que le he explicado?", "dígame usted cómo va a hacer este tratamiento". Al finalizar la entrevista clínica la paciente se muestra muy agradecida y se marcha con la tranquilidad mutua de que va a realizar un adecuado manejo terapéutico.

CONCLUSIONES

- Qué se ha aprendido y aplicabilidad práctica: En los ancianos, especialmente si tienen deterioro cognitivo, es fundamental la relación médico-paciente con un adecuado cierre de la entrevista clínica, favoreciendo y asegurando una buena adherencia terapéutica. Las habilidades de comunicación, así como el empleo de técnicas como el complemento visual mediante dibujos, detallar las instrucciones por escrito y comprobar la asimilación pidiéndole al paciente un resumen de lo más importante, son herramientas de mucha utilidad para este fin, especialmente en este tipo de pacientes.

ID: 00994

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

CRISTINA NARANJO ¹

ANA MARÍA MORENO²

MARÍA PÉREZ³

1) Hospital Universitario Puerta del Mar 2) Centro Salud Paterna Rivera 3) Centro Salud Barrio Bajo, Arcos de la Frontera

Palabras clave: Emergency Medicine; Communication; Professional-Family Relations

Malas noticias en urgencias hospitalarias: técnica escalonada

INTRODUCCIÓN

- Descripción del caso: Paciente varón de 49 años que es traído en ambulancia a las urgencias hospitalarias por accidente de tráfico de impacto, por colisión lateral de un vehículo con su motocicleta, saliendo disparado de la misma con caída al suelo. El paciente llevaba casco y el equipo de la ambulancia, tras la evaluación primaria en el lugar del accidente lo traen al hospital. A su llegada el paciente se encuentra estable clínica y hemodinámicamente con buen nivel de conciencia, aunque está muy agitado. Al pasar a una cama en el área de observación, sufre una parada cardiorrespiratoria, siendo imposible su reanimación tras 30 minutos de actuación. Sus familiares (esposa y padres), llegaron al hospital a la vez que el paciente, por lo que lo vieron al entrar en las urgencias, estable y consciente.
- Antecedentes de interés: Familia nuclear en etapa IIB del ciclo vital familiar (extensión). Esposa de 45 años, hija de 15 años e hijo de 10 años. Buen entorno familiar y social.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

- Evolución y desenlace del caso: Durante los 30 minutos de reanimación cardiopulmonar, la familia no pudo ser informada de la situación, por lo que, tras fallecer, había que transmitir la mala noticia. Para ello se empleó la "técnica escalonada", saliendo cada 5 minutos a dar información con frases como "estamos atendiéndole, pero está muy grave", "su corazón está sufriendo y puede pararse en cualquier momento", "su corazón se ha parado, estamos intentando recuperarlo", "lo siento... ha fallecido".

CONCLUSIONES

- Qué se ha aprendido y aplicabilidad práctica: Una mala noticia puede definirse como aquella noticia que afecta negativamente a las expectativas de la persona, bien por ser ella directamente la afectada o por ser afectada alguna persona de su entorno. Ante una situación inesperada, como puede ser el fallecimiento repentino tras un accidente de tráfico, es útil conocer estrategias concretas de comunicación de malas noticias, para intentar ocasionar el menor impacto negativo posible tanto a la familia como a nosotros mismos. La "técnica escalonada" consiste en dar la información poco a poco, de forma escalonada, en minutos, y su empleo en situaciones muy traumáticas ha demostrado una gran utilidad.

ID: 00995

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

CRISTINA NARANJO ¹

ANA MARÍA MORENO²

MARÍA PÉREZ³

1) Hospital Universitario Puerta del Mar 2) Centro Salud Paterna Rivera 3) Centro Salud Barrio Bajo, Arcos de la Frontera

Palabras clave: Breast Self-Examination; Communication; Negotiating

Dolor mamario en chica joven, “¿Qué le preocupa?”

INTRODUCCIÓN

- Descripción del caso: Paciente mujer de 27 años que acude a consulta de Atención Primaria por mastalgia desde hace una semana, sobre todo de la mama derecha. No se ha notado nódulo ni presenta signos infecciosos ni otros síntomas de alarma. Se explora a la paciente sin hallazgos y se le informa de forma correcta, indicando vigilancia domiciliaria y analgesia. Pero la paciente muestra un rechazo, de forma no verbal (postura cerrada y evitación del contacto visual) de la propuesta a seguir. Tras detectar la resistencia, se emplea una respuesta evaluativa “observo que no está conforme, ¿qué le preocupa?”, tras lo cual la paciente manifiesta el origen de la resistencia (miedo al cáncer de mama y desea realizarse pruebas complementarias).

- Antecedentes de interés: Abuela paterna fallecida hace 6 meses de cáncer de mama, diagnosticado a los 75 años.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

- Evolución y desenlace del caso: Se realiza una escucha activa de su desacuerdo, y de forma asertiva, teniendo en cuenta el modelo centrado en el paciente, informamos de lo erróneo de su idea y se racionaliza, explicando los síntomas de alarma más frecuentes del cáncer de mama (técnica de negociación de reconversión de ideas). De todos modos, acordamos con la paciente que si en un mes la clínica persiste, se le realizará una ecografía mamaria (técnica de negociación del doble pacto). La paciente se queda tranquila y conforme con lo hablado y no vuelve a consultar por dicho motivo puesto que a la semana la clínica desapareció y se encuentra asintomática.

CONCLUSIONES

- Qué se ha aprendido y aplicabilidad práctica: La negociación se inicia cuando tras informar correctamente existe un desacuerdo entre el paciente y el profesional, en una palabra, es pactar. Pero para iniciarla debemos de percatarnos del rechazo del paciente, lo cual no siempre es fácil puesto que la mayoría de las veces lo expresan mediante comunicación no verbal. Siempre se debe invitar al paciente, con escucha activa, a que nos dé su opinión, empleando si es necesario respuestas evaluativas y volcándonos en el modelo centrado en el paciente. Para negociar utilizaremos técnicas de negociación de manera asertiva, habilidad estrechamente relacionada.

ID: 00998

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

CRISTINA NARANJO ¹

ANA MARÍA MORENO²

ELISA AMOR MAZÓN ³

1) Hospital Universitario Puerta del Mar 2) Centro Salud Paterna Rivera 3) Hospital Naval San Carlos

Palabras clave: Professional-Patient Relations; Passive-Aggressive Personality Disorder; Empathy

La agresividad en urgencias hospitalarias: vaciaje y empatía

INTRODUCCIÓN

- Descripción del caso: Paciente varón de 19 años de edad que acude acompañado de su padre a Urgencias Hospitalarias por presíncope de segundos de duración, tras realizar ejercicio físico, en el día de hoy. A su llegada a urgencias el paciente se encuentra totalmente asintomático. A su entrada en consulta el padre tiene una actitud muy hostil, con una agresividad verbal directa desde el principio de la entrevista, demandando valoración urgente por cardiología y sin dejar iniciar la anamnesis.
- Antecedentes de interés: Episodios presincopecales de repetición desde hace aproximadamente un mes tras esfuerzo físico, motivo por el cual ha acudido en varias ocasiones a dicho servicio, realizándosele pruebas complementarias y descartando patología urgente.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

- Evolución y desenlace del caso: Dada la gran agresividad directa del familiar, intento no discutir ni razonar en los primeros momentos y dejo que haga un vaciaje emocional, mostrando en todo momento una bajar reactividad e intentando el autocontrol de mis emociones. Tras esto, me muestro cordial y legítimo sus sentimientos, con actitud empática en todo momento, empleando frases como “entiendo que se preocupe”, “voy a hacer todo lo posible por ayudarlo”. Tras estos primeros minutos de tensión, la agresividad desaparece y se lleva a cabo una buena entrevista clínica centrada en el paciente.

CONCLUSIONES

- Qué se ha aprendido y aplicabilidad práctica: El paciente agresivo se puede definir como aquella persona que antes, durante o después de la consulta nos expresa su descontento de forma violenta y/o agresiva. Las reacciones agresivas constituyen una de las situaciones más conflictivas que los profesionales de salud debemos afrontar, provocando un desgaste emocional y una repercusión que puede perdurar a lo largo del día. Es muy importante su manejo adecuado, especialmente en las urgencias hospitalarias, donde se producen casi la mitad de las agresiones. Cuando se detecta que el paciente comienza a tener un comportamiento agresivo hay que realizar por parte del profesional un autocontrol emocional y permitir que el paciente realice un vaciaje a través de nuestra escucha activa, de esta forma, llegará un momento en que su enfado ira disminuyendo paulatinamente, y es en ese momento cuando debemos de empatizar. Una vez que se haya producido este paso, podremos utilizar técnicas de negociación para tratar de llegar a un acuerdo.

ID: 01000

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: póster

ENRIQUE MOLINA¹PABLO FABUEL¹LAURA MARTÍNEZ¹

1) CS Vistalegre-La Flota

Palabras clave: Countertransference; Communication Barriers

Un dolor de muelas...**INTRODUCCIÓN**

Mari Carmen acude a consulta a por una receta de antibióticos para su marido Daniel, que, según refiere, tiene una molar infectado desde hace varios días. Daniel, de 40 años, no tiene antecedentes de interés y sólo consta un episodio de flemón dentario en su HCE. Trabaja como cocinero y no puede acudir en horario matinal al centro de salud. El residente que atiende a Mari Carmen le explica que no puede hacerle esa receta sin verlo antes, a lo que Mari Carmen responde enfadada que "las cosas no son tan fáciles". Al interesarnos por esa última frase nos comenta que tanto la situación laboral de su marido como la suya (limpiadora) limitan mucho su disponibilidad para ir a la consulta. Finalmente se prescribe el antibiótico y se acuerda que nos visite Daniel si tiene un hueco.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

El encuentro clínico descrito causó al residente incomodidad por el enfado y una mala contratransferencia, aunque entendió que el contexto estaba dominado por una situación socioeconómica difícil. Reconstruyendo la historia con su tutor y con la pediatra del CS realizó un genograma y citó a Mari Carmen de forma programada para conocer con más detalle su historia. Mari Carmen tiene 38 años y es portadora de una anomalía X frágil. Como secuela tiene una minusvalía y varias intervenciones quirúrgicas. Es limpiadora. Se casó con Daniel, de 40 años, y han tenido dos hijos, Ismael (10 años) y Óscar (7 años). El más pequeño heredó la anomalía y tiene un cuadro polimarfomativo cerebral y retraso del desarrollo psicomotor y mental, que ha requerido una intervención multidisciplinar y el cuidado casi en exclusiva por parte de su padre, que aprovecha su trabajo a turnos para estimularlo en casa y en la asociación. Al conocer la situación, el residente se sorprende por la complejidad de la consulta y aprende a ver/tratar con otra "mirada".

CONCLUSIONES

- Un enfado en la consulta es una alarma. En nuestro caso señalaba complejidad.
- La complejidad requiere un conocimiento amplio de la familia y de la persona.
- La narrativa vital del paciente nos ayuda a entender y contextualizar.

ID: 01001

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

MARTA VALENZUELA¹

MIGUEL HERCBERG¹

MANUEL LAYNEZ¹

1) UGC Loreto-Puntales

Palabra clave: ALZHEIMER; COMMUNICATION; AGRESIVITY

“Doctora, ya no puedo más... ¿Qué le pasa a mi marido?”

INTRODUCCIÓN

Hombre de 82 años pluripatológico, diagnosticado de Enfermedad de Alzheimer en estadio leve-moderado. Dependiente para todas las actividades de la vida diaria desde hace dos años. Situación familiar: vive con su esposa, cuidadora principal. Desde hace 2 meses, acuden de manera reiterada al Servicio de Urgencias por episodios de agitación y agresividad, que la cuidadora no es capaz de controlar, descartándose en todas las visitas la posible organicidad del proceso, pautándose tratamiento con distintos fármacos para el control de síntomas.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Ante la continuidad de visitas, me dispongo a investigar el porqué de estas. Intento controlar el clima, y me dirijo al paciente primero, para conocer su percepción de la situación: “a mí no me pasa nada, quiero irme a mi casa”. Entrevisto entonces a la cuidadora, permitiendo su vaciaje emocional mediante una escucha activa, manteniendo baja reactividad, empatizando con su situación y validando sus sentimientos, me dispongo entonces a preguntar por sus miedos con preguntas abiertas, “Me dijeron que tenía Alzheimer, pero nadie me ha explicado lo que le podía pasar a mi marido, y creo que tiene algo malo”.

Utilizo entonces la técnica pregunta-respuesta-pregunta para compartir la información, de forma ordenada, en pequeñas dosis, de una manera pausada y tranquila, me centro en conocer qué saben de la enfermedad y de sus síntomas, relacionándolos con la sintomatología actual del paciente. Comprobando asimilación, apporto la información que la cuidadora me va solicitando, y sobre todo, la más relevante para el control NO farmacológico de los síntomas del paciente. También me centro en la importancia de la continuidad asistencial desde Atención Primaria, búsqueda de recursos y ayudas.

CONCLUSIONES

La bidireccionalidad es fundamental para compartir información con el paciente y sus cuidadores, ya que facilitamos que pregunten sus necesidades y adaptamos la información a estas. Aportar la información necesaria de la evolución de una patología tras emitir un diagnóstico es totalmente relevante para el manejo de la misma, para su entendimiento y control de los síntomas.

ID: 01002

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

MARTA VALENZUELA¹

MIGUEL HERCBERG¹

MANUEL LAYNEZ¹

1) UGC Loreto-Puntales

Palabra clave: ALZHEIMER; Diagnosis; COMMUNICATION

“Entonces, ¿qué tengo?”

INTRODUCCIÓN

Mujer de 62 años acude a Neurología acompañada de su marido a recoger resultados de prueba de imagen. Había sido remitida por su Médico de Familia por detección en consulta y tras hablar con familiar de fallos de memoria reciente (olvidos recetas de cocina, fechas) y desorientación en su barrio. Se realizan test de ayuda al diagnóstico, resultando positivo para deterioro cognitivo.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

La neuróloga informa al familiar sobre resultados concluyentes, en ningún momento nombra “Alzheimer”, se anula a la paciente, la cual pregunta qué pasa, y se le tranquiliza: “lo que ya sabíamos, tienes fallitos”. Le entrega informe al marido con Diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer probable leve y tratamiento farmacológico. La paciente acude a su médico de familia para que la informe de la situación porque siente que le han mentido. Preguntamos qué sabe y qué información ha recibido en Neurología. Mediante escucha activa, permitimos el vaciaje emocional y la expresión de sus miedos, respetando sus tiempos y los silencios, ella responde: “Yo tengo algo más grave, y no me lo quieren decir, me noto rara, creo que tengo Alzheimer como mi abuela”. Normalizamos y expresamos empatía. Negociamos que acuda al final de la mañana acompañada, para poder tener una entrevista con más tiempo, y en ella, resolveremos sus dudas.

Se trabajó la información que tenía de la paciente y qué deseaba conocer amoldando la información a sus necesidades, adaptando los mensajes a su alteración cognitiva (repetir, resumir, comprobar comprensión), se atendió a sus emociones y transmitimos mensajes positivos de ayuda haciendo énfasis en la progresión lenta de la enfermedad y en el trabajo a favor de las habilidades conservadas.

CONCLUSIONES

Nos encontramos ante la comunicación del diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer situación difícil. Es importante mantener el clima tranquilo, escucha activa con baja reactividad, silencios, empatía y sobre todo ser bidireccional, para facilitar al paciente y su familia que pregunten todo lo que deseen. En este caso la paciente es consciente de sus síntomas por lo que conocer su enfermedad le ayudará a comprender lo que le ocurre y a compartir sus deseos y miedos.

ID: 01003

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

MIGUEL HERCBERG¹MARTA VALENZUELA¹ISABEL VALENCIA¹

1) UGC Loreto-Puntales

Palabra clave: Assertiveness; Paresthesia; Shared decision

Toma de decisiones compartidas**INTRODUCCIÓN**

Se trata de una entrevista llevada a cabo en urgencias hospitalarias. El paciente es un varón de 43 años sin factores de riesgo cardiovascular que acude refiriendo parestesias en miembro superior derecho y boca de unas dos horas de evolución que comenzaron de forma brusca en el contexto de una discusión con su pareja.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

El profesional mantiene una actitud de escucha activa, con posición corporal abierta, contacto visual-facial, baja reactividad y realiza preguntas abiertas sobre la situación que rodeaba al cuadro clínico, los miedos, creencias y expectativas del paciente sobre lo que le ocurre. La ansiedad que presentaba el paciente a su llegada va disminuyendo, los síntomas desaparecen y expresa su creencia sobre el origen de los síntomas en relación a su estado emocional y sus miedos. Nos encontramos ante un caso de difícil diagnóstico dada la inespecificidad de los síntomas. El médico se plantea la posibilidad de solicitar un TC craneal aunque no descarta un origen psicógeno. Al no existir indicación clara para realizar esta prueba se decide tomar una decisión conjunta médico-paciente. Para ello el médico expresa su postura asertivamente, con un buen control del clima, del tono de voz, escuchando activamente la postura del paciente, mostrándole empatía verbal a sus miedos y admitiendo sus dudas sobre el origen del cuadro. Acepta sugerencias planteadas por el paciente. Finalmente realiza un resumen donde muestra su postura y las alternativas, dejando la puerta abierta a que sea el paciente quien tome la decisión sobre la realización de dicha prueba diagnóstica o no.

El paciente decide aceptar la vigilancia de la reaparición de los síntomas o la aparición de otros de alarma explicados por el médico y acudir a su Médico de Familia para seguimiento y tratamiento del caso.

CONCLUSIONES

El este caso la asertividad, la exploración de creencias y la búsqueda de acuerdos ha permitido una actitud de colaboración y corresponsabilidad del paciente frente al plan diagnóstico y terapéutico. Estas herramientas resultan de mayor utilidad en los casos en los que el planteamiento diagnóstico o de tratamiento no está claro o existen varias opciones igualmente aceptables.

ID: 01004

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

JAVIER NARANJO¹

MARIA ELISA MONTERO¹

CRISTINA NARANJO¹

1) Hospital Universitario Puerta del Mar

Palabras clave: Communication; Polycystic kidney disease; Emotions

Aceptación de enfermedad en paciente con poliquistosis renal

INTRODUCCIÓN

La poliquistosis renal autosómica dominante (PQRAD) es una enfermedad que afecta a 1:1000 personas con gran carga emocional y comorbilidad. Presentamos el caso de un paciente de 37 años con antecedentes familiares de madre con poliquistosis renal y con dos hermanos mayores libres de la enfermedad que en reciente estudio ecográfico ha sido diagnosticado de PQRAD. Tras múltiples consultas el paciente presenta un rechazo a la enfermedad, con miedo a la hemodiálisis y con incumplimiento a las medidas higienico-dietéticas indicadas y tratamiento pautado para enlentecimiento del deterioro de la función renal.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

El abordaje del paciente se hizo de forma continua, en sucesivas consultas de nefrología, empleando la estrategia de Buckman en la comunicación de malas noticias. Se preparó un entorno adecuado en cada consulta, explicando la enfermedad y resolviendo todas las dudas que le surgían. El abordaje de las emociones fue lo más difícil, dado que el paciente tenía muchos miedos con respecto a la enfermedad que manifestaba en un principio como negación. Empatía, escucha activa y silencios funcionales fueron las herramientas de comunicación más potentes, consiguiendo finalmente que el paciente aceptara su enfermedad y por tanto una adecuada adherencia terapéutica.

CONCLUSIONES

El concepto de malas noticias no se limita a las situaciones que amenazan la vida, y no debemos de olvidar, que el hecho de informar sobre enfermedades hereditarias, pueden ser vividas también como malas noticias para la persona que la recibe. El protocolo de seis pasos de Buckman es una estrategia para abordar las malas noticias y debe establecerse en orden, sin pasar de una a otra etapa si la anterior no está acabada. En la comunicación de malas noticias, la escucha empática y los silencios funcionales son habilidades destacadas por su utilidad.

ID: 01007

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

LAURA LOZANO¹

JESUS COMBARRO²

LEA CONDE³

1) C.S. Verín 2) C.S. Culleredo 3) C.S. Mariñamansa

Palabras clave: PSICOTERAPIA; CAMIO; OBJETIVOS

Enseñando a girar cambiando. Terapia Familiar Breve en AP

INTRODUCCIÓN

Amelita tiene 39 años, es administrativa y vive sola. Toma un antihipertensivo. Hace 5 meses sufrió un traumatismo mandibular y desde entonces presenta acúfenos. Acude a mi consulta porque desde que el Otorrino le pidió más pruebas hace 15 días está más nerviosa, irritable y expone que: "no puedo vivir más con estos ruidos, me están volviendo loca". Decido utilizar Terapia Familiar Breve (TFB). Empiezo por fijar un objetivo preguntando "¿qué te gustaría conseguir?", responde que le gustaría aceptar que tiene acúfenos y aprender a convivir con ellos. Continúo preguntándole por las excepciones (esas acciones y circunstancias en las que la presencia de la queja se atenúa o no ocurre), comenta que está mejor cuando está distraída o hace ejercicio. Indago sobre soluciones intentadas ineficaces (todo aquello que hace cuando se presenta el problema y contribuye a mantenerlo o empeorarlo) preguntando qué hace cuando tiene acúfenos y me dice "intentar no pensar en ellos, pero no lo consigo y me pongo más nerviosa"

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

La TFB propone que la solución al problema es "hacer más de lo que ya funciona" o "hacer lo contrario de lo que no funciona". Cada vez que Amelita nota acúfenos intenta no pensar en ellos, pero no le funciona. La TFB propone para esto realizar un giro y hacer lo contrario: prescribir el síntoma.

Entonces propongo una tarea:

"Amelita veo que eres muy trabajadora y luchadora (elogio), pero parece que intentar no pensar en los acúfenos no está funcionando. Voy a proponerte algo que puede sonarte un poco extraño pero hay gente a la que le funciona. Me gustaría que durante media hora al día intentes pensar en tus ruidos y en lo que te hacen sentir, ¿qué te parece?". Está de acuerdo, le gusta la idea y se compromete a hacerlo. Programamos otra cita. En la segunda consulta comenta que ha hecho la tarea y se encuentra mejor, ya no le molestan los acúfenos. Refuerzo y utilizo estrategia de calma.

CONCLUSIONES

En la consulta se ven situaciones que se pueden resolver sin ayuda farmacológica, utilizando un tipo de psicoterapia como el descrito.

ID: 01008

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: póster

EVA PEGUERO¹

CLAUDIA BUFNEA¹

ROGELIO ARGUETA¹

1) EAP EL CASTELL

Palabras clave: diagnostic delay; companion

Y usted, ¿cómo la ve?. Esa imprescindible pregunta cuando hay un acompañante.

INTRODUCCIÓN

Paciente de 49 años sin antecedentes de interés que solicita varias visitas a urgencias ambulatorias por cefalea holocraneal opresiva durante tres meses. Lo relaciona con la separación de su pareja unos diez meses antes. Exploración neurológica dentro de normalidad, se orienta como cefalea y se inicia analgesia seriada, con evolución tórpida. En una de las visitas de ambulatorio, se orienta como trastorno adaptativo y se inicia tratamiento antidepresivo con citalopram. Sorprende al revisar el caso que la paciente ha acudido además de 4 veces a urgencias ambulatorias, 3 veces más a urgencias hospitalarias, tanto del hospital de referencia como el de tercer nivel más cercano. Finalmente, en una de las visitas en urgencias ambulatorias se detecta que la paciente camina inestable en la sala de espera. Al levantarse de su silla se aprecia que se ha orinado encima. Se hace una nueva valoración: Glasgow 14. Paciente con tendencia al sueño, bradipsiquia, desorientada en tiempo, que responde al interrogatorio parcialmente, la conversación parece fluida y coherente, pupilas isocóricas y reactivas, sin aparente afectación de pares craneales, balance muscular simétrico, marcha inestable. y ante el empeoramiento clínico con síndrome confusional e inestabilidad de la marcha, es derivada a urgencias hospitalarias.

En urgencias se realiza TAC craneal con evidencia de una lesión expansiva frontal izquierda que afecta cuerpo calloso y asociada a importante edema vasogénico que desvía la línea media en 10mm. Se realiza RMN que se informa de lesión tumoral de estirpe glial de alto grado. En el reintergatorio con su médico de cabecera una vez realizado el diagnóstico, éste le pregunta a la madre quien comenta que ella ha acompañado a la paciente en todas las visitas pues le preocupaba que de vez en cuando se orinaba encima y cada vez caminaba más raro.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Diagnóstico de glioblastoma multiforme. Se realiza craneotomía frontal izquierda y exéresis tumoral macroscópicamente completa. Posteriormente inicia radioterapia y quimioterapia de tratamiento y entra en un ensayo clínico. Actualmente la paciente está ciega como efecto secundario del tratamiento. Además, presenta una recidiva local que está respondiendo a un nuevo tratamiento.

Sorprende que ninguno de los médicos que atendimos a la paciente, le preguntamos a su madre: "Y usted, cómo la ve?" aunque sí apuntamos en la historia que venía acompañada.

CONCLUSIONES

Los autores de este trabajo consideramos que, si alguno de los profesionales que atendieron a esta paciente siempre acompañada de su madre, hubieran interrogado a la madre, se habría diagnosticado antes a la paciente acortando el período de incertidumbre cuando ya había síntomas. Es un ejemplo muy claro de la importancia del abordaje del acompañante.

ID: 01012

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

MARIA ELISA MONTERO¹

JAVIER NARANJO¹

CRISTINA NARANJO²

1) Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Puerta del Mar 2) Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Puerta del Mar

Palabra clave: Hemodialysis Units, Hospital; Family conflicto; Communication

Problemática social en paciente en hemodiálisis

INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso de un paciente de 62 años con ERC secundaria a nefropatía diabética en tratamiento renal sustitutivo (TRS) mediante hemodiálisis desde hace dos años y medio. Como antecedentes familiares una hermana fallecida por suicidio con la que convivía. Ámbito social conflictivo, convive con un hermano y sobrino, el cuál agrede física y verbalmente al paciente reiteradamente, requiriendo en ocasiones intervención policial. El paciente decide no continuar con el TRS faltando a sus sesiones de hemodiálisis.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Tras contactar vía telefónica con el paciente se consigue que acuda al centro de hemodiálisis para dialogar con él, informándose de manera clara y con bidireccionalidad las consecuencias de su decisión. Empatizamos con su situación por lo que se consigue mediante técnicas de negociación (doble pacto), que el paciente retome de forma regular sus sesiones de hemodiálisis al ofrecerle diferentes soluciones para su problemática social (asociaciones, comedor social, nueva vivienda, soporte psicológico...).

CONCLUSIONES

La relación médico-paciente puede tener una importante repercusión emocional y clínica. Es importante ampliar nuestros recursos y habilidades en el proceso de la entrevista con especial mención a la adecuada información mediante la bidireccionalidad. Podemos utilizar también técnicas de negociación para tratar de llegar a un acuerdo.

ID: 01015

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

ELENA SÁNCHEZ¹MARÍA TERESA PALACIOS ¹ALMUDENA SALAS¹

1) Centro Salud Virgen de la Caridad -Cartagena Este

Palabras clave: Nocturnal Enuresis; Quality of life; Anxiety

Bajo la mirada de una madre**INTRODUCCIÓN**

Mujer de 20 años que acude a la consulta acompañada por su madre. Niegan antecedentes de interés. Consulta por haber presentado varios episodios de enuresis nocturna en un hotel donde se encontraba pasando el fin de semana, preocupada porque esto le haya ocurrido fuera de su domicilio.

Durante la entrevista es su madre la que relata en todo momento lo ocurrido, solo en un par de ocasiones, a pesar de preguntarle a la paciente de manera directa nos contesta ella. La madre muestra su preocupación por este episodio de forma reiterativa, gesticulando y apresurándose a intervenir en todo momento, mientras que la paciente permanece sentada en silencio con los brazos cruzados y mirando hacia abajo y en las pocas ocasiones que interviene lo hace en voz muy baja y con frases cortas.

Tras reinterrogar en varias ocasiones, nos informan de que presenta episodios de enuresis nocturna desde la infancia, mayoritariamente aislados y siempre cuando estaba en su domicilio y durante periodos de estrés, y a los que no habían otorgado mayor relevancia. Refiere la madre que era del conocimiento del pediatra, pero no aparece nada entre sus antecedentes en la historia clínica de que disponemos. Al parecer se encuentra en periodo de exámenes en su primer año de universidad.

Cuando le planteamos la necesidad, además de realizar un estudio del componente físico, de realizar un abordaje desde el punto de vista psicológico y/o de psiquiatría, la paciente permanece en silencio, pero la madre se niega en rotundo a dicha intervención.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

la paciente no ha vuelto a presentar nuevos episodios por el momento, al menos que nos haya relatado. Ha aceptado que se realice una valoración psicológica, pero la madre continúa negándose a valoración por psiquiatría.

CONCLUSIONES

Queremos destacar la importancia que las relaciones interpersonales y el manejo de las mismas tienen tanto en las patologías como en el abordaje que debemos realizar de las mismas, y como, en ocasiones, la presencia de otros miembros del grupo familiar limita la accesibilidad y comunicación adecuadas con el paciente.

ID: 01018

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: póster

LIDIA MARIA GARCÍA ¹

CARMEN MARÍA GARCÍA ²

1) Hospital Comarcal Valle de los Pedroches 2) Consultorio rural

Palabra clave: neoplasms; Primary Health Care; family

Abordaje del Cáncer Hereditario en Atención Primaria

INTRODUCCIÓN

Mujer de 51 años que acude preocupada a la consulta de atención primaria porque cree que en su familia existe un riesgo elevado de padecer cáncer. Presenta la inquietud por conocer si en su familia hay una predisposición hereditaria al cáncer. En su historia clínica no están descritos sus antecedentes familiares. Escucho a la paciente activamente y con empatía intento tranquilizarla ofreciéndole mi ayuda. Por mi falta de conocimientos en ese momento sobre el cáncer hereditario decido citar a la paciente al día siguiente para abordar con más tiempo, seguridad e información su motivo de consulta. Le pido que realice un árbol genealógico de su familia en donde quede reflejado los familiares afectados de cáncer, el tipo de neoplasia y la edad con la que murieron en caso de fallecimiento.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Al día siguiente la paciente se encuentra más tranquila, colaboradora y motivada me enseña la información que ha conseguido reunir de su familia. La paciente cumple con los criterios de Amsterdam II para Síndrome de Lynch, por lo que es correcta su derivación a Unidad de Cáncer Hereditario. Se lo comunico usando un lenguaje verbal adaptado a la comprensión de la paciente y un lenguaje no verbal que intenta mostrar mi cercanía y apoyo, explicándole la importancia de ser estudiada. Refiere que quiere tomarse un tiempo para tomar una decisión ya que le han entrado dudas acerca de conocer la verdad. Finalmente decide de no querer iniciar estudio y me pide que no la derive a dicha unidad.

CONCLUSIONES

- Es imprescindible que el médico de familia detecte los pacientes con riesgo superior al poblacional de padecer cáncer hereditario y conozca bien los criterios de derivación al nivel asistencial correspondiente. El médico de familia es quien mejor conoce la historia personal y familiar del paciente y, por tanto, es quien puede identificar de manera más precoz la sospecha de cáncer hereditario. Para ello, es fundamental que exista una buena relación médico-paciente, una escucha activa y dedicación de tiempo en la consulta. Hay que respetar la decisión que tome el paciente sin hacer juicios de valor.

ID: 01019

Tipo de comunicación: Casos Clínicos

Formato de presentación: poster

JOANA GUILLÉN¹

LIDIA HOLGADO¹

JUAN MATAMOROS¹

1) CS Almussafes

Palabras clave: MALTRATO; GENERO; PSICOLÓGICO

LO QUE EN OCASIONES ENCIERRAN MOTIVOS DE CONSULTA FRECUENTES BANALES

INTRODUCCIÓN

Mujer de 45 años que acude a nuestra consulta todas las semanas en dos o tres ocasiones por motivos aparentemente banales sin ningún tipo de patología encontrada. Refiere estar más nerviosa en el trabajo, en casa, lo habitual según ella. Desde el punto de vista médico no presenta patología alguna. Después de un mes acudiendo con tanta frecuencia a la consulta le preguntamos si le gustaría contarnos algo más. Ella refiere que tenemos mucha espera y que prefiere venir en otro momento. Le ofrecemos venir un día a última hora. No acude.

Se presenta de nuevo por otro motivo de consulta aparentemente anodino. Sin embargo, se disculpa entre sollozos por no haber acudido a la cita programa de última hora.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Después de una larga conversación cuenta que su marido la maltrata psicológicamente. Ella no trabaja, pero se esfuerza mucho en el domicilio y con sus hijos y nadie se da cuenta de ello. Se siente inútil. Su marido continuamente la amenaza en que si lo deja ella no será capaz de salir adelante porque solo sabe fregar.

Le preguntamos de manera prudente pero clara si sufre maltrato físico también. Lo que niega rotundamente. Tiene miedo de perder la familia que socialmente está tan bien vista tener.

Decidimos no tratarla farmacológicamente por el momento. Necesita ayuda de otro tipo.

La derivamos a psicología de nuestro pueblo. Después de 6 meses decide coger las maletas de casa y emprender un nuevo rumbo. Ahora viene una vez al mes en una consulta programa donde nos cuenta la experiencia de vivir su vida a su manera.

CONCLUSIONES

El maltrato doméstico es más frecuente de lo que en ocasiones pensamos. La vergüenza a contarlo y el miedo a hacerlo conlleva en la consulta de Atención Primaria motivos de consulta banales múltiples en un intento de rescate de la situación.

Es muy importante estar alerta ante este tipo de situaciones y mirar más allá ante situaciones extrañas o diferentes.

D) EXPERIENCIAS

D.1.-COMUNICACIONES ORALES

Viernes, 13 de octubre, de 16,45 a 18,30 horas. Sala de Grados. Mesa de Experiencias y Casos clínicos

Moderador: Roger Ruiz y Jaime Castro

ID: 00844

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: oral

FRANCISCO JOSÉ SÁNCHEZ¹

1) Servicios de Apoyo del Servicio Andaluz de Salud (SAS)

Palabras clave: Communication; Electronic Health Records; Patient Portals

D.1.1. La ventana del ciudadano al SSPA: ClicSalud

INTRODUCCIÓN

ClicSalud es el portal del paciente del SSPA. Los pacientes pueden consultar un resumen de la información clínica contenida en su historia clínica electrónica y comunicarse con sus profesionales sanitarios de una forma segura. En su siguiente versión, ClicSalud e InterSAS se fusionan en un nuevo portal que incorporará mejoras y nuevas funciones.

OBJETIVOS

El principal handicap de ClicSalud es su falta de difusión y conocimiento, tanto entre ciudadanos como profesionales. El objetivo principal de la charla es dar a conocer las posibilidades que ofrece esta herramienta en el ámbito de la comunicación entre ciudadanos y profesionales sanitarios en un escenario de corresponsabilidad de los pacientes en el cuidado de su salud.

DESCRIPCIÓN

El nuevo ClicSalud contendrá todas las funcionalidades (administrativas) de InterSAS, además de las que ya tenía ClicSalud 1.0.

Como contenido adicional:

- Se podrán ver las analíticas solicitadas a través de MPA.
- Se podrá ver el calendario vacunal de los pacientes y los de sus beneficiarios.

CONCLUSIONES

ClicSalud es una de las palancas de cambio que permitan una mayor implicación y participación de los pacientes en el cuidado de su salud.

Será el vehículo de una nueva atención virtual/no presencial que puede ayudar a optimizar los tiempos de todos.

APLICABILIDAD

Aplica a todos los ciudadanos y a los profesionales del SAS.

ID: 00860

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: oral

ESTRELLA CASTRO¹

SONIA GONZALEZ²

GENOVEVA TAPIA¹

MANUELA URBANO¹

1) UNIDAD DE GESTION CLINICA DE OCCIDENTE 2) DISTRITO SANITARIO CORDOBA Y GUADALQUIVIR

Palabras clave: ESTILOS DE DIRECCION; CLIMA LABORAL; MINDFULNESS

D.1.2. DIRECTORA DE LA FELICIDAD: GENERAR OPTIMISMO Y COOPERACION EN LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA (UGC)

INTRODUCCIÓN

Numerosas investigaciones demuestran que en el trabajo se puede ser feliz. El punto más importante de generación de felicidad de una UGC son los cargos intermedios. Son muchas las grandes empresas y gobiernos que han incorporado la figura del GERENTE DE LA FELICIDAD, cultura de valores corporativos, clima laboral y estrategia de gestión: opinión y bienestar del trabajador.

OBJETIVOS

Poner en práctica un estilo de dirección participativa que encuadrada en los objetivos del Servicio Andaluz de Salud (SAS) busque la felicidad de los profesionales que forman parte de la Unidad de Gestión Clínica

DESCRIPCIÓN

A lo largo del último año se han iniciado en la UGC diversas estrategias para permitir al profesional su participación y mayor felicidad. Curso de motivación personal y laboral: sesiones de grupo con psicóloga coach y monitora de mindfulness (MFN). Hablemos de la consulta: sesiones de grupo en las que se llevan todo tipo de situaciones críticas ocurridas en consulta. Mensual. Sesiones de comunicación: videgrabaciones simulando consultas críticas donde los profesionales son actores. Bimensual. Grupo de MFN: semanal. Grupo de Tai-Chi: semanal. Utilizamos mucho la técnica de mi cosecha de Experto en mi UGC: técnica anónima por escrito solicitada en reuniones de equipo ante decisiones clave en la UGC. Reuniones de equipo convencionales periódicas con técnicas intercaladas no convencionales: Dicho impacto podrá cuantificarse a final de año con los resultados de un cuestionario elaborado para tal fin

CONCLUSIONES

El impacto de todas las medidas que se están llevando a cabo este año se están pudiendo materializar en el buen ambiente creado en el equipo y la solicitud por parte de los profesionales de la continuidad de tales estrategias.

APLICABILIDAD

- Introducir el concepto de Directora de la Felicidad en el Servicio Andaluz de Salud.
- Ser felices en el lugar de trabajo, haciendo de nuestra actividad laboral, nuestra pasión.

ID: 00897

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: oral

M. CARMEN GONZÁLEZ³

BEATRIZ MELLADO ³

JOSÉ M^a MARTÍN ³

1) Equipo de Soporte Mixto de Cuidados Paliativos Área Sanitaria Norte de Córdoba UCG provincial Córdoba. Pozoblanco 2) Equipo de Soporte Mixto de Cuidados Paliativos Área Sanitaria Norte de Córdoba UCG provincial Córdoba. Pozoblanco 3) Equipo de Soporte Mixto de Cuidados Paliativos Área Sanitaria Norte de Córdoba UCG provincial Córdoba. Pozoblanco

Palabras clave: Cartas de condolencia; Cuidados Paliativos

D.1.3. Cartas de duelo o condolencia como forma de comunicación de los Equipos de Cuidados Paliativos con los familiares dolientes.

INTRODUCCIÓN

La atención a los pacientes paliativos y sus familias, por los profesionales, incluye aliviar el sufrimiento de la pérdida de estas últimas, cuando el paciente ya no se encuentre. Las cartas de condolencia nos permiten una comunicación entre profesionales sanitarios y la familia doliente. No es un ejercicio de cordialidad, sino que tiene un fundamento terapéutico, contribuyendo a la elaboración normal del duelo.

OBJETIVOS

Dar a conocer nuestra experiencia de atención al duelo, mediante cartas de condolencia, que enviamos a las familias tras el fallecimiento del paciente.

DESCRIPCIÓN

Nuestra experiencia como Equipo de Cuidados Paliativos consiste en:

- Realizar llamada telefónica a la familia en las primeras 24-48h tras el fallecimiento del paciente.
- Enviar carta de duelo a los 15 días aproximadamente del fallecimiento, a la familia de aquellos pacientes a los que hayamos realizado dos visitas y en los que haya habido implicación en la atención por su parte.

En ellas, expresamos nuestras condolencias y deben proporcionar consuelo a la familia y un refuerzo a la labor de cuidado realizado; deben ser sencillas y sinceras y estar escritas en un tono de concordancia con la relación establecida entre el equipo y el paciente/familia. Es una herramienta para poder desmontar falsas creencias de la enfermedad y la pérdida, que luego pudiera desembocar en una resolución complicada del duelo

CONCLUSIONES

El cuidado a la familia en el duelo forma parte de nuestro trabajo. No existe ninguna evidencia sobre qué tipo de actuación es más efectiva tras el fallecimiento: llamadas, cartas o visitas. Las cartas de duelo no son un recurso específico de los equipos Cuidados Paliativos, sino que puede ser utilizado desde Atención Primaria.

APLICABILIDAD

Las cartas de duelo son una herramienta terapéutica beneficiosa para abordar el duelo de los familiares que han perdido a un ser querido

ID: 00898

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: oral

RAFAEL NAVAS¹

1) Universidad de Granada

Palabras clave: Inclusión; Sanidad; Rehabilitación

D.1.4. Necesidad de la inclusión de un profesional en Ciencias del Deporte en la Sanidad Pública

INTRODUCCIÓN

Soy Rafael Navas estudiante de Ciencias de la Actividad física y el Deporte en Granada. Por otra parte, soy parapléjico, tengo 41 años y a través de mi propia experiencia en mi rehabilitación personal quiero dar importancia a mi gremio para que en un futuro próximo un Graduado en esta especialidad forme parte del equipo de rehabilitación en un Hospital público. Explicar brevemente la lesión medular y sus afecciones según su localización.

OBJETIVOS

Demostrar que según determinados casos es muy importante la aportación de un graduado en Ciencias del Deporte en el tratamiento de lesiones y hacer hincapié sobre todo en la lesión medular por los daños colaterales que conlleva sobre todo a nivel de pérdida de masa muscular. Por otra parte, demostrar que ante una lesión de rodilla el tratamiento previo de un entrenamiento sobre la misma antes de la operación es más positivo que el tratamiento tradicional.

DESCRIPCIÓN

Cuando tuve la lesión perdí 20 Kg de masa muscular. Cada miembro del equipo que me trató tiene su especialidad y según artículos hay un médico que afirmó que no son capaces en prescribir actividad física, ya que en su carrera universitaria no hay asignaturas dedicadas a ello. Por otra parte, un fisioterapeuta me movilizaba las piernas y tampoco me ayudó en demasía. El terapeuta ocupacional te enseña a vestirte, ducharte y a realizar las actividades de la vida cotidiana de un lesionado. Con esto quiero recalcar que lo principal hubiese sido ganar masa muscular para realizar las demás actividades rehabilitadoras y para ello necesitaba un compañero mío en equipo con los demás.

CONCLUSIONES

Tras perder 20 Kg era incapaz de realizar las actividades que me mandaban en rehabilitación. Los médicos no saben prescribir ejercicio físico. Los fisioterapeutas aunque tienen algunas pinceladas tampoco saben profundizar en la readaptación a nivel de ganancia muscular. Animar a nuestros compañeros a luchar por la inclusión en la sanidad pública para atender las necesidades de pacientes que tengan daños medulares o incluso con otro tipo de pacientes.

APLICABILIDAD

El tratamiento de la lesión medular a través del deporte así como el asesoramiento para que en un futuro dichos lesionados puedan adquirir adherencia al deporte ya sea por sí solos o mediante deportes como baloncesto, ciclismo, etc.

ID: 00902

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: oral

CARMEN ALBAÑIR¹

MARIA JOSE PEREZ²

JOSE RAMON SERRANO¹

1) C. S. VILAFRANCA DE CORDOBA 2) C. S. BUJALANCE

Palabras clave: CHRONIC PAIN; FATIGUE; ANXIETY

D.1.5. GRUPO DE AUTOAYUDA DE PACIENTES AFECTADOS DE FIBROMIALGIA

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia es un síndrome que engloba un abanico de síntomas de causa desconocida que junto al dolor somático está el dolor emocional y al hacerse inseparables desarrollan sentimientos de frustración y ansiedad. En un Centro de Salud se ha creado un grupo de ayuda mutua donde se sienten [comprendid@s](#).

OBJETIVOS

- Crear un espacio físico dónde [l@s](#) pacientes con fibromialgia puede expresar sus sentimientos, inquietudes y necesidades.
- Utilizar técnicas de Mindfulness para disminuir la ansiedad y el dolor alcanzando un óptimo estado de bienestar físico y mental.
- Concienciar al resto del equipo sanitario de la verdadera esencia de este síndrome y aceptarla como tal.

DESCRIPCIÓN

El primer viernes de cada mes se realiza una reunión en el centro de salud donde se trabajan técnicas grupales y técnicas de Mindfulness. El origen data desde 2008 con varias Convivencias Familiares de personas afectadas por fibromialgia en un parque periurbano de la localidad. Paralelamente se realizan talleres de la Escuela de Pacientes que le dan continuidad a esta experiencia.

CONCLUSIONES

Desde la aplicación de técnicas grupales y de Mindfulness se ha reducido el nivel de dolor de [l@s](#) pacientes participantes, aumentando su calidad de vida y bienestar.

APLICABILIDAD

La realización de estos grupos de ayuda mutua ha mejorado la vivencia de la fibromialgia en [l@s](#) pacientes y sus familiares.

ID: 00904

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: oral

MARIA JOSE PEREZ ¹

JOSE RAMON GONZALEZ¹

ESTEBAN LUIS GARCIA¹

JAIME JESUS CASTRO ²

JUAN ALEXANDER AVILA³

INES MARIA MONTILLA²

1) C.S. BUJALANCE 2) HOSPITAL DE MONTILLA 3) C. S. LA CALA DE MIJAS

Palabras clave: WOMEN; EMOTIONS; ANXIETY

D.1.6. GRUPO SOCIOEDUCATIVO DE MUJERES EN ATENCION PRIMARIA (GRUSE-M): "ERES CAPAZ DE MUCHO, Y ESTAMOS PARA AYUDARTE"

INTRODUCCIÓN

GRUSE-M (Grupo Socioeducativo en Mujeres) es una estrategia dirigida a mujeres que acuden a consulta de Atención Primaria y que sufren complicaciones sociales o personales que actúan como factores de riesgo al no contar con los recursos o habilidades para afrontarlos. Incluye también mujeres vulnerables o que sufren simples situaciones problemáticas que sin ser factores de riesgo pueden suscitar demanda de ayuda.

OBJETIVOS

Desarrollar talentos y potenciar habilidades personales para un afrontamiento saludable de los problemas creando un espacio de encuentro grupal. Empoderar a las mujeres y erradicar mitos originados por la construcción social de género y los "mandatos de género". Encontrar un espacio de apoyo psicosocial potenciando recursos para afrontar situaciones complicadas o factores de riesgo de la vida diaria.

DESCRIPCIÓN: Se inicia cada sesión con una dinámica de expresión libre de cada una de las participantes, seguido de los contenidos del tema central y finalmente se usan diferentes dinámicas grupales para relajarse, reflexionar, sentir, y recuperar esa parte de sí misma que habían perdido. Los temas abordados son la búsqueda de activos en salud, comunicación, autoestima y autopercepción, manejo de las emociones, metas y objetivos, resolución de problemas y trabajo en equipo.

CONCLUSIONES: Estudios realizados concluyen que trabajar sobre los problemas del día a día tiene un efecto positivo para la salud, desarrollando adherencia a la intervención, alta percepción de utilidad y mejoría del estado anímico, disminución de ansiedad y disminución de frecuentación a la consulta.

APLICABILIDAD: Es un programa de promoción de salud impartido por Trabajo Social de la UGC de Bujalance y se está realizando en todos los centros de Atención Primaria de Andalucía. Está en marcha un programa dirigido a hombres (GRUSE-H). Es fundamental la implicación de tod@s l@s profesionales sanitari@s en dicho programa.

ID: 00920

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: oral

RAQUEL LÁZARO¹

JESÚS MANUEL TEJERO²

1) Universidad de Alcalá 2) Consejería de Sanidad de la JCCM

Palabras clave: accesibilidad; calidad; barreras culturales y lingüísticas

D.1.7. Interculturalidad, calidad y accesibilidad en el sistema sanitario: el abordaje de las barreras lingüísticas y culturales en la atención a la población inmigrante

INTRODUCCIÓN

La accesibilidad es una de las dimensiones de la calidad asistencial (Donabedian, 1988). Además, los problemas de comunicación afectan a la seguridad del paciente (Suñol y Bañeres, 2003). Los servicios públicos (sanitarios, educativos, administrativos) deben atender a personas que no dominan el castellano, superando barreras producidas por las diferencias culturales y lingüísticas entre usuarios y proveedores de servicios.

OBJETIVOS

El SESCAM mantiene desde el 2007 un “programa de interculturalidad” (interpretación telefónica multilingüe, guías multilingües para pacientes, mediación intercultural y formación de profesionales). Objetivos del programa: • Minimizar barreras culturales y lingüísticas en la atención sanitaria. • Mejorar la accesibilidad y la seguridad clínica (población inmigrante y minorías étnicas, como la etnia gitana). • Eliminar actitudes negativas ante la interculturalidad en el SESCAM.

DESCRIPCIÓN

Las intervenciones de interpretación telefónica y de mediación intercultural se realizaron en el periodo 2008-2012; los cursos de formación se mantienen desde el 2007, hasta la actualidad. Los intérpretes y los/las mediadoras están obligados al secreto según lo previsto en el artículo 16.6 de la Ley 41/2002.

CONCLUSIONES

Los cursos de formación cuentan con un número anual de alumnos entre 200 y 300. Al menos 1500 profesionales (sanitarios y no sanitarios) han recibido una formación en competencias interculturales en estos años. La valoración media de los alumnos ha estado como promedio en un 8,3 sobre 10. En 20 horas lectivas, el programa incluye una introducción teórica sobre “organizaciones sanitarias competentes en interculturalidad”, nociones sobre mediación e interpretación en la atención a los pacientes de origen inmigrante, atención a la diversidad religiosa, un módulo sobre las características específicas de la atención a la población de etnia gitana, vacunaciones y enfermedades infecciosas en la población de origen inmigrante en la atención primaria, y la relación entre migración y salud mental.

APLICABILIDAD: Confiamos en que experiencias como la del programa de interculturalidad del SESCAM contribuyan a mejorar la accesibilidad y la equidad en el sistema sanitario, y en que

la mediación intercultural y la interpretación multilingüe se incluyan como prestaciones básicas en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.

ID: 00922

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: oral

CRISTINA GONZALEZ¹

SILVIA BONTEMPO¹

MÓNICA COLL¹

ARACELI RIOS¹

PRUDENCIA TORIBIO²

ROSA CARDÚS³

1) EAP Poble Sec 2) Institut Català de la Salut (EAP Poble Sec) 3) Centre d'Estudis Africans i Interculturals

Palabras clave: Intercultural program; Communication; debate

D.1.8. DEBATE ENTRE PROFESIONALES: LA EVIDENCIA DE LA DIFERENCIA

INTRODUCCIÓN

En nuestro centro de atención primaria (CAP) atendemos pacientes que provienen de Pakistán, en ocasiones se generan dificultades idiomáticas, culturales, mal control enfermedades metabólicas...El equipo realizó formación, investigación y creación de materiales didácticos, así como una sesión de reflexión-debate sobre creencias de los profesionales.

OBJETIVOS

Conocer con un enfoque intercultural la población pakistaní. -Detectar los prejuicios, limitaciones y emociones de los profesionales.

DESCRIPCIÓN

El "Centre d'Estudis Africans i Interculturals" junto con dos CAP que trabajan en la zona coordinaron grupos focales con profesionales y paralelamente con pacientes pakistaníes. En base a enunciados que representaban creencias de los grupos focales pakistaníes, los equipos reflexionaron sobre la visión de sus pacientes, su propia posición personal y los efectos que genera la diferencia (malestar, emociones, prejuicios). Se organizaron pequeños grupos y posteriormente un debate general sobre 4 dimensiones: 1. Espiritual/religiosa: Cómo influencia la fe y prácticas religiosas frente la enfermedad/salud, percepción del ayuno...2. Familiar/colectiva: Orden de prioridades que se establece entre salud individual y bienestar familiar, roles de género basados en la complementariedad...3. Cultural: Papel de la medicina tradicional, estereotipos culturales, gastronomía...4. Cambios después del proceso migratorio: Nivel socioeconómico, cambios de estilo de vida...

CONCLUSIONES: A partir del proceso de reflexión grupal se toma conciencia de cómo las creencias influyen en nuestra relación asistencial. A partir del conocimiento y de la reflexión podemos neutralizar inercias y pensamientos irracionales para propiciar cambios y mejoras en la relación terapéutica favoreciendo la integración.

APLICABILIDAD: Debates de este tipo son eficaces para explorar y profundizar en nuestras

propias creencias en diferentes ámbitos de nuestra práctica diaria. Generan conocimiento y respeto mutuo.

ID: 00923

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: oral

ADRIANO SIANES¹

MARTA I. DEL NOZAL¹

MANUEL CENIZO¹

DOLORES BARRIOS¹

1) Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla

Palabras clave: abused woman; health team, interdisciplinary; asset mapping

D.1.9. ESTRATEGIA DE COORDINACIÓN INTERDISCIPLINAR E INTERNIVEL ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN UN ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA

INTRODUCCIÓN

En mayo de 2016 se constituye una Comisión Interdisciplinar para la actuación ante la Violencia de Género (VG) con profesionales de diferentes categorías y nivel asistencial en un Área de Gestión Sanitaria para avanzar hacia una atención más coordinada en la detección y actuación ante la VG

OBJETIVOS: Impulsar una estrategia de participación coordinada en detección y actuación ante la VG en un área sanitaria con todos los sectores implicados. Ofrecer herramientas de ayuda a profesionales para la detección y actuación ante la VG

DESCRIPCIÓN: Dada la diferencia de nivel de conocimientos entre vocales de la comisión, profesionales vocales expertos en VG realizan una formación básica de conceptos y sensibilización el resto de miembros de la Comisión durante dos jornadas de trabajo

Tras ello, se revisan protocolos existentes y decide elaborar herramientas más efectivas de ayuda para profesionales diseñando un documento de ayuda a la toma de decisiones en materia de VG más sintética, intuitiva y de fácil lectura y comprensión para una entrega individualizada a todos los profesionales del área

Por último, se decide avanzar en una estrategia Intersectorial elaborando el mapa de activos del Área Sanitaria en VG con el que se trabajará en red para una estrategia coordinada entre sectores implicados.

CONCLUSIONES: Crear comisiones específicas en materia de VG posibilitan la puesta en marcha de elementos de mejora para una participación coordinada en la detección y actuación ante la VG precedida de estrategias de formación y sensibilización. La estrategia de trabajo intersectorial es sentida como necesidad por parte del grupo una vez recibida la oportuna formación.

APLICABILIDAD: Poner en marcha estructuras concretas de abordaje en materia de VG en cualquier organización sanitaria supone un impulso y avance hacia elementos que mejoran el

conocimiento y sensibilidad sobre este problema de salud pública y un salto hacia un enfoque intersectorial como necesidad para una atención más coordinada.

ID: 00925

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: oral

CRISTINA GONZALEZ¹

ARACELI RIOS¹

MÒNICA COLL¹

SORAYA DONOSO¹

EQUIPO INVESTIGACIÓN AEQUALIS²

1) EAP Poble Sec 2) Fundació Salut i Envel·liment/eap Sardenya

Palabras clave: communication; empowerment; photography

D.1.10. Fotografía reflexiva: imágenes para el dialogo

INTRODUCCIÓN

El uso de la fotografía como herramienta de comunicación promueve el diálogo crítico acerca de cuestiones personales y de la comunidad. Hemos utilizado la fotografía reflexiva en el ciclo de talleres "sentir-nos bé". Es un ciclo de talleres destinados a la promoción del auto-cuidado, alfabetización en salud y capital social en el contexto de un grupo control del estudio clínico Aequalis.

OBJETIVOS

- Promover la reflexión a través de la imagen visual
- Conversar-relacionarse a través de la fotografía
- Empoderar a los individuos y grupos, mejorando su capacidad de estar informados para tomar decisiones.

DESCRIPCIÓN

Hemos realizado un ciclo de 12 talleres destinados a personas mayores de 65 años con baja percepción de salud. En diversas sesiones se ha utilizado la fotografía reflexiva como técnica para promover el debate, la reflexión y el empoderamiento del grupo a través de imágenes elegidas por las profesionales. Mediante el diálogo se ha promovido la comunicación horizontal con intercambio de puntos de vista que han sido transformadores en todas las direcciones. Se ha creado un espacio físico y emocional para expresar temas de soledad, autonomía...y establecer un debate crítico acerca de estereotipos.

CONCLUSIONES

El uso del diálogo como elemento central del proceso permite conformar un sistema de conocimiento en el que las narraciones se generan, permitiendo producir relatos liberadores capaces de generar una mirada más comprensiva e integrada de la realidad.

La fotografía reflexiva permite identificar los relatos, ponerlos en perspectiva y descubrir cómo nos afectan, así como trabajar el empoderamiento desde la atención primaria

APLICABILIDAD

Conocimiento de esta metodología como herramienta facilitadora de comunicación grupal con el fin de promover el diálogo y la reflexión.

ID: 00932

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: oral

JOSE LUIS LEÓN ¹

CARMEN MOYANO¹

MARÍA DOLORES GALIANI¹

1) SUAP. DCCU DSCyG
(Córdoba)

Palabras clave: Ambulancia Medicalizada; MIR; Urgencias Extrahospitalarias

D.1.11. LA AMBULANCIA VIRTUAL

INTRODUCCIÓN

Los Servicios de Urgencias Extrahospitalarias de Atención Primaria (SUAP) prestan su servicio tanto en los puntos fijos (consultas), como fuera de los mismos, con los EM (Equipos Móviles), siendo imprescindible la formación del MIR en la actividad asistencial en ambos medios.

OBJETIVOS

Dentro de las funciones del Plan Marco de la Reorganización de la Asistencia a las Urgencias y Emergencias, la función docente ocupa un lugar fundamental. La formación del Médico Interno Residente (MIR), es una de las tareas fundamentales de nuestro colectivo, encaminado al óptimo desarrollo del perfil profesional del médico de familia, consiguiendo así una mayor capacidad de mejora del nivel de salud de la población. Dentro de las habilidades y conocimientos que ha de aprender un MIR según el programa docente de la especialidad de Medicina de Familia, se encuentra la preparación para la atención urgente extrahospitalaria, y es aquí donde encuentra el significado este instrumento docente.

DESCRIPCIÓN

Mediante “El Paseo por la ambulancia virtual” hemos querido dotar al MIR de una herramienta práctica que le permita un acercamiento a la ambulancia medicalizada (De Soporte Vital Avanzado o UVI móvil), como medio fundamental para el aprendizaje, aplicable en la práctica de la atención urgente del paciente en el medio extrahospitalario. La ambulancia medicalizada de los EM forma parte de las herramientas de trabajo, conocerla ayuda a optimizar la atención urgente, disminuyendo el tiempo de respuesta al paciente y proporcionando seguridad al profesional.

CONCLUSIONES

“Un paseo por la ambulancia virtual” muestra el interior de una ambulancia medicalizada, con su medicación, material de movilización e inmovilización y el aparataje electromédico.

APLICABILIDAD

Herramienta formativa aplicable tanto para los MIR, como para los estudiantes de medicina y enfermería y para los profesionales que comiencen a desarrollar la atención al paciente urgente extrahospitalario, dentro de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU).

ID: 00937

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: oral

MOYANO SALVAGO¹

IGNACIO MARTÍNEZ ²

FERNANDO SÁNCHEZ²

MARÍA DOLORES GALIANI¹

1) DCCU (Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias). SUAP (Servicio de Urgencias de Atención Primaria). 2) Unidad Ambulatoria del PAIME

Palabras clave: SALUD MENTAL; MIR

D.1.12. ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DEL MÉDICO INTERNO RESIDENTE (MIR)

INTRODUCCIÓN

La Salud Mental es el estado de equilibrio entre una persona y su entorno sociocultural, que garantiza y favorece sus actividades laborales, intelectuales y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida, ayudándole a manejar las situaciones de estrés que puedan aparecer en las distintas etapas de la vida. Durante el periodo de residencia del médico en formación (MIR), se pueden generar situaciones de estrés, provocadas por la relación con compañeros y tutores, por la presión asistencial, académica, la atención a pacientes difíciles o en situaciones de vulnerabilidad, o la atención a urgencias vitales. Se unen cambios debidos a una variación en los horarios habituales sobre todo en las guardias. Este estrés no siempre se solventa con éxito por el MIR, dificultando de su nivel de aprendizaje.

OBJETIVOS

Con el objetivo de “cuidar al cuidador”, desde hace tres años se viene llevando a cabo una oferta formativa de carácter práctico, mediante talleres y cursos dirigidos al médico residente e impartidos por profesionales (psiquiatra y psicólogos) pertenecientes al PAIME (Plan de Atención Integral al Médico Enfermo). Los tutores de los MIR disponen también de cursos y talleres impartidos por los profesionales del PAIME, con el objetivo de aprender a detectar y prevenir alteraciones en la salud mental de sus tutorizados, así como ayudarles a una rehabilitación y reinserción laboral, con la finalidad última de garantizar una asistencia de calidad para los ciudadanos.

DESCRIPCIÓN

Se exponen por parte de los docentes y de los médicos en formación aquellas situaciones que se dan en su ámbito laboral y que pueden acabar con situaciones de agotamiento físico y mental, estrés emocional y depresión, así como otros problemas psicológicos y adictivos.

CONCLUSIONES

Formación, apoyo y orientación en el manejo del paciente y de la situación personal.

APLICABILIDAD

MIR y Tutores.

D) EXPERIENCIAS

D.2.-POSTER (pantallas expositoras, hall principal de la Facultad)

ID: 00845

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: poster

ALFONSO PIÑANA¹

RAFAEL LUQUIN¹

M^a CONCEPCION ALONSO¹

FRANCISCO JAVIER JIMENEZ ¹

M^a COCEPCION CARVAJAL¹

RAMON RUBIO²

1) CENTRO DE SALUD CARTAGENA OESTE, AREA 2, SERVICIO MURCIANO DE SALUD 2)
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA, AREA 2, SERVICIO MURCIANO DE
SALUD

Palabras clave: Telemática; cardiología; consulta

ECOCARDIOGRAFIA EN CENTRO DE SALUD COMO CATALIZADOR DE COMUNICACIÓN

INTRODUCCIÓN

La gerencia única del Área 2 del servicio murciano de salud está implementando una mejorar de la comunicación médico paciente mediante la utilización de la telemedicina asociado el uso del programa SELENE ha elegido varios centros de salud para que el médico desde su consulta se comunique directamente, vía telemática (PICAP), con el especialista, el cual, le contesta al médico de atención primaria directamente por medio del programa informático SELENE o se cita al paciente para acudir a su servicio de especializada; además un facultativo especialista se compromete a realizar sesiones cada 15 días en el centro de salud para la evaluación de pacientes y dudas diagnósticas. A raíz de estas entrevistas mensuales con el especialista de cardiología surge la idea de realizar las ecocardiografías en el propio centro de salud.

OBJETIVOS: Valorar la comunicación entre niveles asistenciales mediante la utilización del ecocardiógrafo portátil en un centro de salud.

DESCRIPCIÓN: Cuando el cardiólogo acude al centro de salud cada mes para la evaluación de los pacientes, los facultativos del centro tienen citados a cuatro pacientes para, una vez terminada la sesión clínica de los facultativos del centro de salud y el cardiólogo proceder a realizar las ecocardiografías en una consulta libre durante media mañana

CONCLUSIONES: Se ahorraron 4 consultas cada vez, con sus 4 solicitudes de pruebas, lo cual hubiera supuesto casi 1 año entre la espera de consulta y la espera de la eco en centros de salud sin PICAP. Todo ello fruto de la comunicación directa de los facultativos de atención primaria con especializada. Es una experiencia muy positiva.

APLICABILIDAD: La experiencia demuestra como una comunicación fluida entre facultativos de distinto ámbito asistencial hace que se pueda aplicar una medida que mejore la asistencia al usuario.

ID: 00847

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: póster

JOSÉ GÓMEZ¹

1) Hospital Reina Sofía (Córdoba)

Palabras clave: Surgery; Medical Professionalism; Confidential Information

COMUNICACIÓN Y RELACION MEDICO-PACIENTE EN LAS ESPECIALIDADES CON CIRUGIA

INTRODUCCIÓN: La relación médico/paciente en cirugía reúne aspectos diferenciales con la entrevista clínica realizada en atención primaria. En la actualidad, donde cada vez existe acceso más rápido a la información y donde los pacientes cada vez son más conscientes de sus derechos, cuidar los aspectos de la relación médico/paciente que afectan a un cirujano cobran más relevancia que en el pasado

OBJETIVOS: Conocer la idiosincrasia de la relación médico-paciente en una especialidad quirúrgica y tratar de identificar competencias necesarias para elevar el nivel de calidad de la comunicación en cada una de las fases del proceso quirúrgico.

DESCRIPCIÓN: El acto quirúrgico tiene tres tiempos: la visita preoperatoria, la intervención quirúrgica y el seguimiento postoperatorio que se desarrollan en diferentes espacios (consulta, quirófano, salas de información postoperatoria, áreas de reanimación, UCI, salas de hospitalización ante la cama,...). En todos estos espacios se debe mantener una relación adecuada, adaptándose a los medios existentes en cada caso, proporcionando información y manteniendo una actitud empática que ayude al paciente a llevar bien su proceso. La entrevista clínica con un cirujano descansa sobre la indicación quirúrgica y gran parte de la entrevista se dedica a esta actividad existiendo riesgos en la dificultad del paciente para entender las explicaciones a causa de bloqueos emocionales. Otro aspecto intrínseco a la cirugía es la necesidad de curar un proceso infligiendo un daño controlado lo que puede dar lugar a complicaciones no previstas incluso dramáticas con la posibilidad de muerte imprevista, situaciones que requieren dosis elevadas de autocontrol y asertividad, así como herramientas y recursos para manejar la culpa y la frustración.

CONCLUSIONES: La práctica de la medicina en el campo de las especialidades quirúrgicas requiere de forma importante las siguientes competencias: 1) Habilidades de comunicación interpersonal; 2) Habilidades de presentación de impacto de la información y negociación de conflictos; 3) Habilidades emocionales que permitan manejar el miedo, la ansiedad, la frustración y la culpa; 4) Formación bioética sobre la limitación del esfuerzo terapéutico; 5)

Actitud de acompañamiento hasta el final de la vida si la decisión o el estado de la enfermedad requiere una limitación del esfuerzo terapéutico.

APLICABILIDAD: Aplicable a consultas, despachos, salas de información en áreas quirúrgicas, pasillos, habitaciones de hospital... con los resultados previsibles de mayor humanización de la medicina, Pacientes más satisfechos con la doble atención recibida, científico-técnica y humana, pacientes terminales más acompañados y felices, uso de los recursos disponibles más eficiente al limitar el esfuerzo terapéutico en casos seleccionados. Y sobre todo un sistema sanitario más humano.

ID: 00855

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: póster

MERCEDES AMO¹
ELVIRA GUERRA¹
M^a CARMEN DIAZ²
JOSE CAMACHO³

1) C.S. CISNEO ALTO 2) C.S. ADORATRICES 3) C.S. EL TORREJÓN

Palabras clave: Health Communication; Sexism; Health Equity

RECOMENDACIONES PARA UNA COMUNICACIÓN IGUALITARIA EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL

INTRODUCCIÓN

El género es considerado un determinante de salud. Según la OMS, un requisito para alcanzar la equidad en salud es introducir la Perspectiva de Género (PG) a todos los niveles, incluida la atención sanitaria. Esto implica reconocer la existencia de diferencias en el estado de salud de mujeres y hombres (y en sus formas de enfermar y sus necesidades de intervención) que trascienden las causas biológicas y que son debidas a factores construidos socialmente. Abordar la asistencia sanitaria con PG requiere de un modelo de comunicación igualitario y del uso de lenguaje integrador, no sexista, aún poco incorporados en la práctica asistencial.

OBJETIVOS

Proporcionar a profesionales de salud una herramienta de ayuda para incorporar un estilo de comunicación igualitario, basado en el uso de lenguaje no sexista, en la práctica clínica.

DESCRIPCIÓN

A partir de una búsqueda documental sobre el uso no sexista del lenguaje, se han priorizado aquellas recomendaciones con más consenso y de aplicabilidad en consultas y encuentros asistenciales del ámbito sanitario, con las que se ha elaborado esta herramienta metodológica, a manera de “código de buenas prácticas” en comunicación igualitaria. Dichas recomendaciones hacen referencia a cuestiones como: evitar el sexismo y el androcentrismo lingüísticos, evitar la transmisión de roles y estereotipos tradicionales, etc. Y se acompañan de ejemplos ilustrativos y de alternativas integradoras a los usos sexistas (muchas veces inconscientes) más habituales.

CONCLUSIONES

El lenguaje refleja el pensamiento y lo estructura. Los estereotipos lingüísticos en los que prima

lo masculino obstaculizan la igualdad y perpetúan la invisibilidad de las mujeres y la división y jerarquización de roles tradicionales que repercuten en la salud. Romper esa desigualdad, también en el ámbito asistencial, redundará en la mejora de la calidad asistencial y de la salud de las personas. Esta herramienta pretende facilitar este proceso en la clínica.

APLICABILIDAD

Cualquier consulta y/o encuentro asistencial.

ID: 00857

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: poster

ORLANDO ENRIQUEZ¹

1) Centro de Salud Fuentelarreina

Palabras clave: Music; therapy; relationship

DEL DIÁLOGO AL DUÓLOGO

INTRODUCCIÓN

Médico y paciente han pasado de la consulta a compartir escenario, dando un concierto de música clásica, en dos ocasiones.

OBJETIVOS

Salir del entorno habitual de la consulta y compartir la experiencia de regalar música ante amigos y conocidos (incluidos otros pacientes del cupo).

DESCRIPCIÓN

La paciente, jubilada hace años, y con patología crónica, fue profesora de piano. En uno de los encuentros clínicos y hablando de sus aficiones, salió a relucir la música, ámbito compartido por el médico como principal afición. A instancias principalmente de la paciente, se elaboró un programa musical de una hora de duración, repartido entre música de piano y guitarra clásica, en un pequeño salón de actos en Madrid, siendo invitados amigos, familiares y pacientes. La experiencia tuvo lugar en 2016 y en 2017.

CONCLUSIONES

La relación clínica en el ámbito de la atención primaria se caracteriza por la continuidad asistencial. A lo largo de los años, podemos encontrar ámbitos de interés mutuo, entre médico y paciente, que pueden plantear el reto de hacer juntos cosas que van más allá del diálogo clínico, convirtiéndonos en compañeros de actividad. En palabras de la paciente: "Creo que cuando compartes con tu médico un arte como la música, abres una puerta muy grande donde a través de ella surgen sensibilidades, sentimientos que de forma inmediata se hacen presentes. Surge el diálogo más fácil sin menoscabo de un trato respetuoso tanto de un lado como de otro. Estoy encantada de tener la suerte de que la segunda profesión de mi médico me haya acercado mucho más, y que la visita como paciente sea algo no solo profesional sino agradable y constructivo"

APLICABILIDAD

La posibilidad de que médico y paciente colaboren más allá de la consulta, ya sea por compartir inquietudes artísticas o de otra índole, abre posibilidades que modulan positivamente la relación clínica.

ID: 00861

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: póster

ANTONIO LEON²

ESTRELLA CASTRO¹

ANA LEMOS³

JOSE ANTONIO GASCON⁴

1) UNIDAD DE GESTION CLINICA DE OCCIDENTE 2) UNIDAD DE GESTION CLINICA DE AEROPUERTO 3) UNIDAD DE GESTION CLINICA DE POSADAS 4) UNIDAD DE GESTION CLINICA DE SANTA ROSA

Palabras clave: COMUNICACIÓN; GESTION CLINICA; ATENCION PRIMARIA

COMUNICACION Y GESTION CLINICA COMPARTIDAS ENTRE LAS UNIDADES DE GESTION CLINICA (UGCs) DE UN DISTRITO URBANO Y RURAL

INTRODUCCIÓN

Desde el año 2013 tras la fusión de los Distritos Córdoba (urbano) y Guadalquivir (rural) se hace necesario unificar los distintos sistemas de gestión existentes que incorporen estándares de calidad ya desarrollados en algunas UGCs mediante un sistema de comunicación e intercambio de herramientas útiles para la gestión entre los cargos intermedios.

OBJETIVOS

Seleccionar y desarrollar herramientas de gestión en la reducción de la variabilidad en la recogida, análisis y difusión de resultados de las UGCs. Elaborar un plan de comunicación a los profesionales que permita diseñar propuestas de mejora. Iniciar líneas de investigación que analicen la repercusión de la implementación de estas herramientas en resultados en salud, seguridad del paciente, uso adecuado del medicamento (UAM), calidad de registro de la HSD (Historia Salud Digital) y nivel de satisfacción del ciudadano.

DESCRIPCIÓN

Se constituye un grupo de trabajo que ha seleccionado las siguientes áreas: Registro historias clínicas, Procesos Asistenciales Integrados (PAIs), Consentimiento informado, Reclamaciones. La metodología a seguir será: Solicitud a los cargos intermedios de las UGCs de los procedimientos empleados que serán analizados en cada grupo, seleccionándose los más adecuados para adoptar un único procedimiento de común aplicación en todas las UGCs. Se desarrolla un plan de comunicación y cronograma en el 2017. Se designan los responsables de las líneas de investigación.

CONCLUSIONES

La puesta en marcha de una metodología de trabajo compartida supone una mejora en la

comunicación, el benchmarking y clima laboral entre los cargos intermedios y los profesionales, disminuyendo la variabilidad en la gestión, mejorando la participación de los profesionales, la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

APLICABILIDAD

La estructura y canales de comunicación existentes permiten la implementación en Atención Primaria de esta estrategia.

ID: 00862

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: poster

JOSÉ LUIS HERNÁNDEZ¹

MARÍA PILAR BOHÓRQUEZ¹

MARÍA ÁNGELES ÁLVAREZ¹

1) Distrito Sanitario Sevilla AP. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Sevilla.

Palabras clave: Family Practice; Web; Social Media

Estrategias de comunicación de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Sevilla

INTRODUCCIÓN

Considerando que la comunicación debe ser dinámica, relevante, transparente, comprensible y seductora, se propone dentro de los objetivos de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Sevilla, desplegar nuevas estrategias de comunicación.

OBJETIVOS

Desarrollar un plan de comunicación en la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Sevilla.

DESCRIPCIÓN

Durante el año 2016 se propone a la comisión de docencia elaborar un plan de comunicación anual, en el que se establecen nuevas estrategias de comunicación centradas en los residentes de medicina familiar y comunitaria, tutores y colaboradores docentes. Tras contacto con responsables del grupo Nuevas Tecnologías SAMFYC, se perfila la estrategia creativa y se propone potenciar el perfil 2.0 de la unidad docente, con el desarrollo de una web, blog y presencia en redes sociales (twitter y facebook). Después de un año de trabajo centrados en mejorar la comunicación con los profesionales de la unidad docente se han desarrollado:

- Página WEB: www.udmfycdesevilla.com, con apartados diferenciados, diseño web responsive y 500 visitas al mes; destacando en número de visitas las secciones de cursos, información incorporación MIR 2017 y blog.

- Redes sociales: presencia en Twitter (@udmfycdesevilla) y Facebook (/udmfycsevilla).

CONCLUSIONES

El plan de comunicación elaborado ha conseguido con éxito, mejorar la presencia y posicionamiento de la WEB y número de seguidores en redes sociales en el último semestre, especialmente entre médicos de familia y médicos en formación. Queda pendiente potenciar los canales de comunicación interna (blog, email), así como el desarrollo de newsletter.

APLICABILIDAD

Se pretende alcanzar progresivamente no solo a los residentes, tutores y colaboradores docentes, sino al resto de especialistas en medicina familiar y comunitaria; además de la población general interesada en la especialidad.

ID: 00863

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: póster

ROGER RUIZ-MORAL¹

FERNANDO CABALLERO¹

DIANA MONGE¹

CRISTINA GARCIA DE LEONARDO¹

SOPHIA DENIZON¹

1) Universidad Francisco de Vitoria (UFV). Madrid.

Palabras clave: Medical education; Communication Skills; Medical students

Un Curriculum Integral de Comunicación para el grado de Medicina: Lecciones tras 7 años de experiencia en una Facultad de Medicina

INTRODUCCIÓN

Las Habilidades de Comunicación (HC) han sido aceptadas como contenido importante en planes de estudio de medicina y la comunicación reconocida como competencia esencial por organismos acreditativos y organizaciones internacionales y nacionales (ANECA) de educación médica

OBJETIVOS

Describir las características generales, organizativas y pedagógicas de un programa transversal dirigido a los estudiantes de medicina para su formación en HC desarrollado en la Facultad de medicina de una universidad durante los últimos siete años. Presentar un conjunto de recomendaciones para el desarrollo de curricula semejantes en otras facultades.

DESCRIPCIÓN

Primer año: HC para la interacción humana asignatura “Habilidades y Competencias interpersonales”. Segundo año: el médico ante la experiencia y el sufrimiento que origina la enfermedad, asignaturas “Psicología”, “Antropología”: Metodología: Rotatorios en Centros sanitarios, observación dirigida mediante incidentes críticos. Tercer año: La entrevista médica, el método clínico centrado en el paciente. Cuarto año: manejo de emociones (Malas Noticias) y cambio de conductas asignaturas “Métodos Clínicos I y II” Metodología: trabajo en grupo e individual con Pacientes simulados Feedback. Quinto y sexto año: situaciones específicas, asignaturas médico-quirúrgicos seminarios Personalidad Límite; Historia Sexual; Entrevista adolescente,...

CONCLUSIONES: La formación en HC que requiere principalmente ensayos con “pacientes simulados” bajo supervisión y observación directa-indirecta y feedback personalizado. La mayoría de actividades en grupos pequeños, a través de un aprendizaje experiencial, impartido

por profesores especializados, de forma integrada con otras habilidades clínicas. Se desarrolla a lo largo de todo el curriculum involucrando a diferentes asignaturas. Se realiza una evaluación adecuada a los métodos y se estudia el impacto de las actividades.

APLICABILIDAD: Programa factible, eficaz para la adquisición de HC por los estudiantes. Muchos de sus ingredientes organizativos metodológicos y evaluativos podrían ser útiles en otros entornos educativos similares.

ID: 00865

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: poster

JOSÉ LUIS HERNÁNDEZ¹

ANTONIA FARIA³

MARÍA PILAR BOHÓRQUEZ¹

SIMÓN ARREBOLA²

MARÍA ÁNGELES ÁLVAREZ¹

1) Distrito Sanitario Sevilla AP. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Sevilla.

2) Universidad Sevilla 3) Centro Arteterapia

Palabras clave: Family Practice; Self care; Art therapy

Autocuidado del médico de familia a través de la Arteterapia: comunicación y recursos para su integración.

INTRODUCCIÓN

Las/os médicas/os de familia somos capaces de entender y promover el autocuidado de los pacientes, pero en muchas ocasiones resulta difícil aplicarlo a nosotras/os mismos. El término burnout o síndrome de "estar fundido" hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional generado en profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas, que puede aumentarse cuando ésta es catalogada de ayuda (medicina, enfermería, magisterio, etc) y su origen se basa en cómo estas personas interpretan y mantienen sus propios estadios profesionales ante situaciones de crisis.

OBJETIVOS

Ofrecer un espacio de comunicación que permita reflexionar sobre el propio autocuidado del/la médico/a de familia.

DESCRIPCIÓN

Se realizó un taller experiencial, voluntario, de 4 horas de duración, dirigido a tutores de medicina de familia y comunitaria de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Sevilla, a la que asistieron 15 profesionales. El taller estuvo dirigido por un arteterapeuta profesional. Se tuvo en cuenta un enfoque multidisciplinar desde la base de la arteterapia como medio de comunicación/expresión, complementado con técnicas de relajación y ejercicios corporales que facilitaron la toma de conciencia de las personas que asistieron y la intención posterior de integración en la vida.

CONCLUSIONES

Los/as tutores/as manifiestan la necesidad de encontrarse con ellos/as mismos/as y de expresar sus necesidades con los/as iguales, saliendo del rol cuidador; además muestran la

necesidad de conectar con su propio cuerpo y descubrir que les nutre. Es importante destacar la dificultad de expresión desde lo inconsciente y el apego a lo racional.

APLICABILIDAD

Es pertinente propiciar nuevos espacios y mantener los existentes donde las/os médicas/os de familia puedan encontrar otras formas de expresión y comunicación para el mundo interior, en muchas ocasiones tan falto de atención; ya que la mayoría están más en el otro que en sí mismos.

ID: 00866

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: poster

LAURA CARBAJO ¹

JOSÉ ANTONIO MIRA¹

JOSÉ ANTONIO EXPÓSITO¹

GABRIEL GÓMEZ¹

RAFAEL GALISTEO ¹

1) Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla

Palabras clave: communication; integration; primary care

Comunicación on-line para mejor integración Atención Primaria-Atención Hospitalaria

INTRODUCCIÓN

Existen nuevas formas de comunicación a través de redes de todo tipo que han revolucionado muchos sectores, pero en el ámbito sanitario los cambios son más lentos y difíciles.

La comunicación es la tecnología más importante y valiosa para la atención primaria por lo que lograr tener una comunicación fluida con otros niveles asistenciales resuelve muchas consultas habituales.

OBJETIVOS

Valorar la aplicabilidad de la realización de consultas on line para mejorar la comunicación entre atención hospitalaria y atención primaria

DESCRIPCIÓN

Creación de una página web dentro de la intranet del área y por tanto sin acceso externo. Dicha página tiene información de todo tipo, pero desde hace 3 meses se ha puesto en marcha la opción: Consulta tus dudas. En este espacio diferentes servicios y especialidades dan respuesta a consultas habituales del médico de familia. La consulta se realiza telemáticamente y se responde en un plazo máximo de 2-3 días también a través de la intranet. Se ha simplificado con un botón único y visible además de formularios unificados

CONCLUSIONES

La experiencia está siendo muy bien valorada por ambos niveles asistenciales. De una parte las derivaciones de pacientes son mucho más adecuadas porque se pueden consultar problemas menores o de pacientes pendientes de revisiones. Los médicos de familia de un

área tan dispersa además sienten un mejor acompañamiento ante dificultades con enfermos complejos.

APLICABILIDAD

La integración de mejoras de comunicación entre los diferentes niveles asistenciales debería ser una meta común para el sistema ya que mejora la calidad de asistencia y la satisfacción de los profesionales.

ID: 00868

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: poster

LAURA CARBAJO¹

ADRIANO SIANES¹

MARTA DEL NOZAL¹

MARÍA DEL CARMEN CANDELA¹

JOSÉ ANTONIO EXPÓSITO¹

1) Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla

Palabras clave: Communication; Strategic line; Integral care

Comunicación bidireccional y metodología ampliada de grupos de trabajo

INTRODUCCIÓN

Comunicación y coordinación deben ir acompañados. ¿Cómo mejorar la asistencia sanitaria en nuestro entorno? Es indudable que de la mano de los profesionales. En este sentido el órgano de gobierno del área se constituyó con el Consejo Asesor Permanente de Directores y Coordinadores de Unidades de Gestión Clínica. Las decisiones estratégicas a nivel de macrogestión se toman coordinadamente en dicho Consejo, pero ¿cómo hacer que funcione y se vincule con la microgestión? A través de líneas de trabajo concretas formadas con profesionales de diferentes categorías y niveles asistenciales.

OBJETIVOS

Promocionar un cambio de estructura con comunicación bidireccional y mejoras a través de Grupos de Trabajo en función de las Líneas Estratégicas del Área.

DESCRIPCIÓN

Puesta en marcha de grupos de trabajo acompañados por las líneas estratégicas:

- Plan de Atención Integral al cáncer (subgrupo paliativos)
- Plan Integral de Atención al Dolor
- Plan Integral de Atención a la Insuficiencia cardíaca
- Grupo de sepsis extrahospitalaria
- Grupo de Atención al SCACEST
- Plan Integral de Diabetes

- Manejo de pruebas complementarias en Atención Primaria

CONCLUSIONES

Cuando los protocolos de actuación se armonizan con los profesionales y las necesidades de mejora salen desde todos los ámbitos asistenciales se consiguen verdaderas mejoras asistenciales. La comunicación muy verticalizada no ayuda a la bidireccionalidad pero de esta forma mucho más transversal se multiplica el efecto.

APLICABILIDAD: La organización sanitaria en general necesita nuevos modelos de trabajo colaborativo para mejorar la comunicación y plantear mejoras asistenciales.

ID: 00872

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: poster

TERESA MURILLO ¹

ALBA SORIANO¹

1) CS LA JOTA

Palabras clave: motivación; educación sanitaria

EXPERIENCIA. TRABAJO EN GRUPO, MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el (SP) sobrepeso y la (OB) obesidad es un problema de salud que afecta a gran parte de la población mundial, aumentando las comorbilidades y disminuyendo la calidad de vida. Cuando los pacientes vienen a la consulta de enfermería y se les da los consejos sobre “qué deben comer y que no”, me quedo con la sensación de dar un discurso estandarizado que no motivan a las personas a cambiar sus hábitos de vida. Hay veces que me miran con una expresión de “otra vez la misma canción” o respuestas como “la teoría ya me la sé, pero”. Tras un año de rotación decidimos hacer un taller de introducción a la (DM) Dieta Mediterránea.

OBJETIVOS

1. Transmitir el impacto positivo de llevar una dieta Mediterránea y de abandonar malos hábitos dietéticos.
2. Introducir a los niños y adolescentes en una vida activa y una dieta saludable.

DESCRIPCIÓN

Se captaron personas con SB y OB que quisieran hacer un cambio en su estilo de vida. Se les citó para hacer un taller en el CS. Cada uno se presentó y expuso lo que creía que podía mejorar de su alimentación. Posteriormente se les explicó las consecuencias de un mal hábito alimenticio y los beneficios de seguir la DM. Por último, mostramos diferentes recetas basadas en la DM. Cada uno elaboró un menú que expusieron en común.

CONCLUSIONES

Desde mi experiencia, creo que abordar este problema en grupo hace que la gente se sienta más arropada. Durante la sesión veía cómo la gente empatizaba y se daban consejos los unos a los otros, se animaban a hacer cambios en su vida e incluso preguntaban dudas que en una consulta individualizada no hacían. Al finalizar el taller me sentí muy satisfecha porque por fin había llegado el mensaje que quería transmitir a los asistentes mediante un lenguaje coloquial y adaptado. Además, mi sensación es que se fueron motivados, contentos y agradecidos.

APLICABILIDAD

En cualquier comunidad que necesita un cambio en su estilo de vida.

ID: 00884

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: poster

CARMEN ROSA MORENO¹

CARMEN MARISCAL¹

EVA ROOS²

MIGUEL ANGEL ALCALDE ²

ROSARIO HERRADOR³

MARÍA FERNÁNDEZ³

1) Centro de Salud 2) Hospital Comarcal Valle de los Pedroches 3) Gimnasio Peñón

Palabras clave: Equipo (equipment); Formación (training); Saludable (healthy)

Reto: "Objetivo Peñón Saludable"

INTRODUCCIÓN

Experiencia basada en el uso de la comunicación y el trabajo en equipo para favorecer el estímulo mutuo y la motivación. Consiguiendo que toda la potencia del grupo se dirija a conseguir hábitos de vida más saludables.

OBJETIVOS

- 1) Entender la dieta Mediterránea como un estilo de vida que equilibra al hombre con su entorno, su alimentación, su salud y su cultura.
- 2) Aumentar la adherencia e introducir como parte de la rutina diaria la práctica de actividad física.
- 3) Formarse a través de profesionales cualificados sobre estilos de vida saludable
- 4) Compromiso por parte de todos los participantes en la experiencia de mantener este estilo de vida durante al menos tres meses.

DESCRIPCIÓN

Es un reto integral (cuerpo, ocio y mente). Consiste en el concierto de una serie de personas adultas, que se comprometen mediante un contrato, a formar parte de un grupo durante tres meses para llevar un estilo de vida saludable: alimentación, actividad física y formación en talleres impartidos por profesionales cualificados en diferentes áreas, todas ellas relacionadas con hábitos de vida saludables, y según los principios de la Dieta Mediterránea. Todo este proceso estará supervisado y dirigido por personal sanitario y sigue un plan predeterminado.

CONCLUSIONES

- 1) El efecto reforzador del grupo ha sido de gran ayuda para mantener el pacto y para conseguir el objetivo de estar más saludables.
- 2) Al estar tres meses, los nuevos hábitos aprendidos, se han incorporado a la vida cotidiana de los participantes. Haciéndolos perdurables en el tiempo.
- 3) Al llevar una formación paralela, los participantes, comprenden y deciden que hacer, como hacerlo y por qué. Lo que favorece la adherencia hacia los nuevos hábitos saludables.

APLICABILIDAD

Se puede aplicar a grupos de personas de todas las edades y situaciones, adecuando el programa y los grupos a sus capacidades físicas e idiosincrasias.

ID: 00896

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: poster

MARIA JOSE PEREZ¹
JAIME JESUS CASTRO²
SUSANA GUERRERO¹
FRANCISCA PEREZ¹
EMILIA CANTADOR¹
CRISTINA VADILLO¹

1) C.S. BUJALANCE 2) HOSPITAL DE MONTILLA

Palabras clave: NURSING; BREASTFEEDING; INFANT

INCORPORACIÓN DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN LA EDUCACIÓN MATERNAL

INTRODUCCIÓN: El proceso del embarazo, preparación al parto y cuidados neonatales son competencias de la Atención Primaria. Actualmente, la educación maternal se desarrolla de forma exclusiva por personal de Enfermería. Existe una demanda de adecuación del programa a la realidad actual, gracias a la cual, la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de una población ha creado un programa pionero que incorporara un equipo multidisciplinar a este proceso garantizando una formación en todos los ámbitos (emocional, cognitiva, asistencial, física y social)

OBJETIVOS: - Formar mediante un abordaje integral y multidisciplinar a los futuros padres y madres para que vivan la experiencia del embarazo y nacimiento del neonato como un proceso positivo, reduciendo ansiedad y eliminando ideas erróneas o distorsionadas.

- Concienciar que embarazo no significa enfermedad y favorecer el sentirse parte de un colectivo con los mismos intereses y expectativas.

- Aportar conocimientos de higiene postural en el parto, lactancia materna, salud bucodental, así como prestaciones socioeconómicas que se derivan del nacimiento

DESCRIPCIÓN: Se desarrollan 8 sesiones, 4 impartidas por Enfermería, abordando alimentación, cambios y proceso de embarazo, preparación al parto y planificación familiar. Fisioterapia profundiza sobre higiene postural. Odontología y Auxiliar de Enfermería describen la salud bucodental y Pediatría defiende la importancia de la lactancia materna, sirviendo de

primer contacto para el posterior seguimiento del niño. Trabajo Social, en la última sesión, asesora sobre recursos y prestaciones.

CONCLUSIONES: Tras una encuesta anónima, todas las participantes valoraron positivamente la experiencia obteniendo en todas las sesiones la máxima puntuación con una asistencia máxima. Acudieron personas de dos poblaciones debido a su proximidad geográfica. La experiencia resultó gratificante tanto para embarazadas como para todo el personal del Centro Sanitario.

APLICABILIDAD: Será de aplicación a los futuros padres/madres de las diferentes localidades que forman la UGC de la población, así como a los recién nacidos. Sería factible la extensión del programa al resto de centros del Distrito Sanitario.

ID: 00901

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: poster

SUSANA GUERRERO¹
MARIA JOSE PEREZ¹
FRANCISCA PEREZ¹
JOSE RAMON SERRANO¹
FRANCISCO CARO¹
DAMIANA AGUILAR¹

1) C.S. BUJALANCE

Palabras clave: HEALTH; CHILDREN; TO GET CLOSER

EN TU CENTRO DE SALUD: " TÚ ERES EL PROTAGONISTA"

INTRODUCCIÓN

La experiencia consiste en organizar visitas al centro de salud de niñ@s de hasta 3 años de guardería. Nuestro equipo multidisciplinar muestra las instalaciones y la labor de l@s profesionales.

OBJETIVOS

- Familiarizar a la población infantil menor de 3 años con l@s profesionales y servicios del centro sanitario de su zona y la promoción de hábitos saludables.
- Dotar a l@s niñ@s de conocimientos básicos y seguridad en sí mismos disminuyendo dudas y temores al acudir al centro.

DESCRIPCIÓN

Con lenguaje sencillo y visión positiva se les enseña cómo es el centro de salud y el trabajo diario que realizamos para ayudarles y curarles. Visitan la consulta de pediatría, radiología, urgencias, vacunas y enfermería, explicándoles por qué, para qué y cómo les exploramos. A través de juegos les mostramos la importancia del lavado de manos, hábitos y ejercicio saludable. Conocen el material: depresores, otoscopio, fonendoscopio, jeringuillas etc. Jugando a ser sanitarios. En odontología jugaron en el sillón de exploración. Nuestra fisioterapeuta les enseñó higiene postural. Finalmente suben en la ambulancia y les mostramos material de urgencias, luces y sonido para no inquietarse si la ven llegar.

CONCLUSIONES

Es difícil encontrar niñ@s que no tengan en algún momento de su vida inseguridad o temor al acudir con su familia al centro de salud. Lo que no entienden les genera desconfianza o miedos. Tras la visita, fue enriquecedor ver el cambio de actitud de l@s niñ@s , desapareciendo temores y regalándonos sonrisas.

APLICABILIDAD

Las realizaciones de estas experiencias suponen una gran oportunidad de acercar y familiarizar los servicios sanitarios a l@s menores y sus familias. Facilita la promoción de hábitos saludables y fomenta el uso adecuado de los centros y sus recursos.

ID: 00907

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: poster

JOSE PEREZ¹

SARA MARIA FERNANDEZ¹

BEATRIZ PEREZ²

1) UGC CAMAS 2) HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE VALME

Palabras clave: bromhidrosis; asertive comunicación; malodor

CUANDO OLER MAL SE CONVIERTE EN MOTIVO DE CONSULTA

INTRODUCCIÓN

Con frecuencia acuden a consulta pacientes que huelen mal y no siempre es por falta de higiene. La bromhidrosis es una enfermedad relacionada con las glándulas apocrinas que causa un mal olor imposible de disimular. Puede ocasionar un problema de autoestima y relaciones sociales.

OBJETIVOS

Comunicarles a tres pacientes que huelen mal, darle tiempo para digerirlo, analizar cómo responden, cómo admiten el problema y si aceptan soluciones ofrecérselas.

DESCRIPCIÓN

- 1.-Mujer 75 años: se enfada, lo vive como agresión, se defiende y llama a su hijo
- 2.-Mujer 23 años: llora y se siente rechazada.
- 3.- Hombre 56 años: lo agradece y escucha propuestas para evitarlo.

CONCLUSIONES

Comunicarle a un paciente que huele mal es una situación incómoda que genera tensión y a veces conflicto: Usar mensajes en primera persona, Dejarle tiempo para asumirlo a su manera, Afrontar la opinión negativa y utilizar técnicas asertivas que nos ayuden a centrar el mensaje y conducir nuestra incomodidad, no disculparnos en exceso por el malestar generado, ya que diluye el objetivo del mensaje y la persona puede centrarse más en la disculpa que en la petición que se le hace. Ofrecerle soluciones cuando diga que no sabe cómo evitarlo, no antes,

ya que puede vivirlo como una agresión muy directa. No usar gestos de desaprobación ni frases de desprecio directo.

APLICABILIDAD

Una vez pasado el mal trago de comunicarlo toca ayudarle: Descartar diabetes, enfermedades tiroideas, alteraciones suprarrenales, déficit vitamínicos, ITUs. Evitar estreñimiento, estrés, tóxicos (tabaco, alcohol) y especias (cebolla, ajo). Usar jabones con germicidas y antibióticos tópicos mejor que cremas hidratantes. Depilación. Si hace deporte, antitranspirantes con Cloruro de aluminio. Si hiperhidrosis ->toxina botulínica. Cirugía->Liposucción para eliminar glándulas apocrinas.

ID: 00910

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: poster

CARMEN PADILLA ¹

MARÍA DEL PILAR AGUILERA ²

MARÍA DEL CARMEN LÓPEZ ³

1) UGC Roquetas de Mar.Zona Sur y Las Marinas 2) UGC Roquetas de Mar. Zona Las Marinas. 3) UGC Roquetas de Mar. Zona Las Marinas.

Palabras clave: Entrevista; relación médico-paciente;confianza

“Valor de la entrevista clínica en Atención Primaria”.

INTRODUCCIÓN

A menudo las cosas no son lo que parecen. El paciente suele explicar el motivo de consulta al final de la misma. Debemos ser pacientes y tener esto en cuenta, así como tener habilidades en la comunicación para llevar a que nos lo cuente todo.

OBJETIVOS

-Ser paciente con el paciente, valga la redundancia. -Destacar las habilidades que debe tener el médico para poder conocer bien lo que le sucede al paciente. -Emplear recursos, pruebas y demás, solo cuando se precisen. -Fomentar una buena relación médico-paciente es fundamental en el buen quehacer del médico.

DESCRIPCIÓN

Paciente de 25 años sin alergias ni antecedentes personales de interés, con núcleo familiar de infancia estable, que vive con su marido y con sus dos hijos. No solía acudir a consulta salvo para alguna revisión en época de gestaciones. Comienza a acudir asiduamente a consulta aquejándose de diversas dolencias, todas ellas inespecíficas (dolores erráticos, dispepsias, insomnio, etc). Exploración física normal. Con gran componente ansioso. Se propone acudir la paciente en consulta programada con más tiempo para poder analizar el caso mejor. Tras dicha entrevista se encuentra la causa de sus problemas, preocupación pues el marido tiene problemas de adicciones y está sufriendo mucho por ello. Se pudo relajar y descargó su ansiedad, además se derivó a Psicólogo para continuar tratamiento por su parte.

CONCLUSIONES

A menudo, lo que parece una enfermedad física resulta ser el resultado de problemas psicológicos, familiares o sociales, incluso somatizaciones. De ahí la importancia de una buena

entrevista clínica en las consultas de Atención Primaria, así como trabajar para conseguir una buena relación médico-paciente.

APLICABILIDAD: Debemos tener en cuenta este tipo de casos de pacientes y darles su tiempo para poder contarnos lo que les sucede. Actualmente con las consultas cada 5-6 minutos es difícil de abordar, pero nos podemos apoyar en que vuelva a consultar y evitar así sobredosis de fármacos para el insomnio por ejemplo, o derivaciones a otros especialistas sin sentido alguno, incluso evitar pruebas innecesarias. Por desgracia la vida que llevamos hoy día, de la inmediatez y el no contar los problemas a nadie, por falta de tiempo o de confianza. Ya no existe la figura del sacerdote al que se le contaban los problemas, ya la gente cada vez más está en su vida encerrado. Esto además hace que la medicina esté deshumanizándose y no veamos a nuestros pacientes como lo que son, seres humanos que sienten y padecen, nosotros mismos acabamos metidos en ese círculo en el cual no debimos entrar.

ID: 00912

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: póster

SARA MARIA FERNANDEZ¹

SONIA NIEVES¹

BEATRIZ PEREZ²

JOSE PEREZ¹

JUAN IGNACIO ANGUIS¹

PALOMA CARO¹

1) UGC CAMAS 2) HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE VALME

Palabras clave: Mental health; anxiety; depression

APROVECHANDO QUE EL RESIDENTE ESTA ROTANDO POR SALUD MENTAL

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales suponen aproximadamente un 30% de los problemas de salud recibidos en AP (Atención Primaria). El 25% de las personas derivadas desde AP a Salud Mental no presentan ningún trastorno mental diagnosticable. Falta formación del EAP (Equipo Atención Primaria) en Salud Mental

OBJETIVOS

Aprovechar el rotatorio del residente por Salud Mental y su formación en entrevista psiquiátrica, para abrirle una agenda de pacientes con factores de riesgo (paro, pobreza, migración, falta de apoyo familiar o social, abuso de sustancias, soledad, preocupación, tristeza ..) para detectar precozmente los trastornos mentales más prevalentes en Atención Primaria.

DESCRIPCIÓN

A 30 pacientes le aplica la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, fácil de usar y que además sirve como guía para la entrevista: -Probable ansiedad (punto corte ≥ 4) --> 20 pacientes; -Probable depresión (punto corte ≥ 2) --> 8 pacientes; -En el mismo acto le realiza intervención psicofarmacológica con buena aceptación, ya que solo 5 pacientes

reclamaron posteriormente derivación a Salud Mental.

CONCLUSIONES

La Atención Primaria por su accesibilidad y seguimiento longitudinal es el escenario idóneo para dar respuesta de manera integral a los problemas de salud mental que van aumentando. Otra cosa es la falta de tiempo, siendo necesaria la implicación de pacientes, familias, profesionales e instituciones públicas.

APLICABILIDAD

El tutor debe asegurarse que su residente recibe una buena formación en entrevista psiquiátrica durante su rotatorio por Salud Mental. Así mismo el residente debe familiarizarse con técnicas y habilidades para hacer propuestas de promoción de salud mental: estrategias de afrontamiento y alta resiliencia, manejo del estrés y abandono de hábitos tóxicos, autoestima y proyecto de vida claro, redes de apoyo psicosocial (vínculos con personas positivas, no aislarse, pedir consejo), actitud vital (amar la vida y disfrutar).

ID: 00913

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: poster

ALICIA MOSCOSO¹, RODRIGO SEBASTIÁN FERNÁNDEZ MÁRQUEZ¹

1) C. S. SANTA ROSA
(Córdoba)

Palabras clave: deterioro cognitivo; empatía

El deterioro cognitivo a través de gafas con empatía

INTRODUCCIÓN

Varón de 79 años con hipercolesterolemia e hiperuricemia. Fumador de un paquete al día desde hace más de treinta años y bebedor de “dos copitas de vino” al día. Ha trabajado como albañil. Reside en su casa (un primer piso con ascensor) y vive solo. No tiene ayuda a domicilio ni nadie que le supervise la medicación. No tiene hijos. El paciente refiere que “él ha acudido a esta consulta porque su médica le ha hecho unas preguntas y decía que tenía que ir; pero él se encuentra perfectamente”. Pruebas complementarias normales.

OBJETIVOS

Descartar un proceso de deterioro cognitivo y procedimiento a seguir.

DESCRIPCIÓN

Cuando el paciente entra en la consulta observamos que presenta un aspecto descuidado con poca higiene personal. No viene acompañado. El médico espera a que se siente. Entonces le pregunta en tono empático si alguien podría haberlo acompañado. El hombre responde de forma desagradable, pero el médico continúa intentando saber qué le ocurre haciéndole preguntas abiertas sobre su situación personal y posteriormente médica de forma empática y manteniendo el contacto visual. Tras varios minutos, nos damos cuenta de que el paciente empieza a confiar en nosotros. Entonces nos dice que no tiene a nadie porque solo tenía a su mujer, quien falleció hace un año. Entonces, comprendiendo la situación, le decimos que

vamos a contactar con la trabajadora social y la enfermera de enlace para intentar encontrar la mejor solución, antes de pautar un tratamiento definitivo.

CONCLUSIONES

Un paciente no es solo una enfermedad, sino un conjunto de muchas circunstancias y factores que pueden provocar su estado actual. Por ello, debemos hacer una correcta anamnesis, para llegar al fondo del problema que se nos plantea.

APLICABILIDAD

Si tratamos a nuestros pacientes con respeto y empatía, será más fácil para nosotros y más beneficioso para ellos la entrevista clínica.

ID: 00914

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: poster

ALICIA MOSCOSO¹, RODRIGO SEBASTIÁN FERNÁNDEZ MÁRQUEZ¹

1) C. S. SANTA ROSA
(Córdoba)

Palabras clave: deterioro cognitivo; empatía

El deterioro cognitivo a través de gafas sin empatía

INTRODUCCIÓN

Mujer de 84 años con hipertensión arterial, artrosis (necesita andador), síndrome depresivo. Ha sido ama de casa. Reside en su casa (un tercer piso sin ascensor) con su marido (con hemiplejía derecha). Tiene ayuda a domicilio dos horas diarias, aunque ella administra su medicación. Tiene tres hijos. Viene a consulta acompañada por una hija. Esta refiere que “desde hace varios meses mi madre confunde los nombres de mis hermanos, repite varias veces cosas de hace años y se ha dejado el fuego encendido en dos ocasiones”. No se objetivan alteraciones en las pruebas complementarias.

OBJETIVOS

Descartar un proceso de deterioro cognitivo y procedimiento pertinente.

DESCRIPCIÓN

Antes de que la paciente haya entrado a nuestra consulta el médico se mira el reloj de forma impaciente y le dice a la mujer que no tiene todo el día y que hay muchos pacientes esperando. De forma despectiva y mirando el ordenador continuamente, el médico le dice a la hija que para qué la traen. Entonces la hija le cuenta lo que ocurre y le dice que está preocupada. La respuesta del médico es que a esa edad es lo que hay y que el tratamiento del que se dispone no es efectivo, así que hay que aguantarse. La hija con gran tristeza en la cara mira a su madre y se dirigen juntas a la salida.

CONCLUSIONES

Este médico no ha sabido ni escuchar ni tratar correctamente a su paciente, ya que lo primero que tiene que tener cualquier profesional sanitario es empatía con sus pacientes, ya que ellos normalmente acuden asustados con la esperanza de recibir ayuda.

APLICABILIDAD

Debemos intentar observar cuáles son los comportamientos de los profesionales sanitarios que queremos imitar, pero es más importante si cabe, observar cuales no queremos imitar e intentar mejorar la situación dentro de nuestras posibilidades en cada caso.

ID: 00919

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: poster

CARMEN PADILLA ¹

MARIA DEL CARMEN LÓPEZ ²

AGUILERA LOSADA ³

1) UGC Roquetas de Mar.Zona Sur y Las Marinas 2) UGC Roquetas de Mar. Zona Las Marinas. 3) UGC Roquetas de Mar. Zona Las Marinas.

Palabra clave 1: Hipertensión arterial

Palabra clave 2: Autocontrol

Palabra clave 3: Vida saludable

"El papel de enfermería en el ámbito psicosocial del paciente hipertenso"

INTRODUCCIÓN

A menudo enfermería detecta problemas psicosociales mucho antes que su médico de cabecera. Dada la circunstancia del tener mayor tiempo para dedicarle al paciente y que al realizarle una prueba técnica da pie a que el paciente le hable y se desahogue. Esto en consulta es más complejo, dado que es más frío el trato, y hay barreras físicas como los mismos objetos de la habitación, así como el hecho de no acercarnos al paciente salvo en caso de explorarle. Sin olvidar el factor tiempo, claro.

OBJETIVOS

Detectar a los pacientes que precisan mayor tiempo en consulta. Saber utilizar recursos lingüísticos para que el paciente se sienta cómodo y nos cuente su verdadero problema. Determinar si el paciente precisa o no pruebas o tratamientos médicos orales es fundamental.

DESCRIPCIÓN

Paciente de 51 años, sin alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes personales de interés. Con núcleo familiar de infancia estable vive con su marido y sus dos hijos. Acude a enfermería derivada por su médico de cabecera para controles de cifras tensionales, resultando elevada. Se programa controles en enfermería. En siguientes tomas de control la paciente comenta situación de estrés y nerviosismo por problemas familiares. Le explicamos medidas de vida saludable y hábitos adecuados, ejercicio, buena alimentación, etc. Tras comenzar a realizar dichas pautas recomendadas, las cifras de tensión arterial se normalizaron y no precisó tratamiento farmacológico para su control.

CONCLUSIONES

Es esencial acompañar los tratamientos médicos con medidas higiénico-saludables, así como realizar consultas programadas con los pacientes para conocerlos mejor y saber de su ámbito psicosocial, para poder valorar su posible relación con la patología que pueda presentar.

APLICABILIDAD

Es fundamental que médico y enfermero estén unidos en un objetivo común y den la misma información al paciente. Debemos realizar cursos prácticos para crear buen ámbito relacional entre médico-paciente. No podemos perder de vista que el paciente es un "todo" no es solo su enfermedad puntual, sino que debemos tratar de ayudar el resto de ámbitos de su vida, ya que haciendo esto mejorará en el resto de manera indirecta.

ID: 00926

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: poster

VICENT SAVALL¹

HELENA MOLINA²

ALBA TRAVER¹

ANA MARTINEZ¹

M^a FERNANDA AGUIRRE¹

REMEI RAGA¹

1) CS República Argentina 2) CS Font Sant Lluís

Palabras clave: life style; Community Medicine; public health

Actividad física como elemento socializador

INTRODUCCIÓN: Promocionar Salud es actuar sobre los determinantes de la salud y desarrollar condiciones que la favorezcan como los estilos de vida, redes sociales y el entorno comunitario. La participación ciudadana y comunitaria favorece el empoderamiento de la salud de la ciudadanía, como proceso social, cultural, psicológico o político, mediante el cual individuos y grupos sociales expresan sus necesidades, plantear preocupaciones y llevar a cabo acciones político, social y culturales para poder influir y defenderlas. crear entornos de apoyo y comunidades resilientes, («Salud 2020» de la Región Europea de la OMS)

OBJETIVOS: Promocionar Salud es actuar sobre los determinantes de la salud y desarrollar condiciones que la favorezcan como los estilos de vida, redes sociales y el entorno comunitario. La participación ciudadana y comunitaria favorece el empoderamiento de la salud de la ciudadanía, como proceso social, cultural, psicológico o político, mediante el cual individuos y grupos sociales expresan sus necesidades, plantear preocupaciones y llevar a cabo acciones político, social y culturales para poder influir y defenderlas. crear entornos de apoyo y comunidades resilientes, («Salud 2020» de la Región Europea de la OMS)

DESCRIPCIÓN: Constitución de Consejo de Salud urbano y abierto al barrio, iniciando paseos saludables y amigables. Como experiencia grupal en el campo de la promoción de la salud y la participación ciudadana, los participantes discuten sobre problemas de salud del barrio y como abordarlos. El grupo propone actividades decidiendo su oportunidad, adaptabilidad y procedencia. Forman red social: grupo whatsapp y correo electrónico donde comparten

experiencias, sugerencias, invitaciones a eventos culturales, sociales, deportivos, etc. opiniones y debates, materiales visuales..., también reciben un taller formativo de determinantes de salud. Se coordinan con otras entidades: mejorar la movilidad en personas mayores; tratamiento psicológico grupal para fumadores; talleres alimentación saludable para escolares. Se les llama para relatar su experiencia en diferentes Centros Salud y eventos. Realización Jornadas de puertas abiertas del Consejo en su primer aniversario.

CONCLUSIONES: Importancia de grupos y redes ciudadanos en el desarrollo de actividades de salud. Actividad Física grupal: elemento dinamizador clave para conectar social y emocionalmente, aumentando el bienestar. La comunidad importante "agente activo de salud" para grupos específicos.

APLICABILIDAD: Pertenencia grupo con beneficios psicológicos y sociales. Proyectos comunitarios de evitación aislamiento social. No precisa recursos añadidos.

ID: 00930

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: póster

MARÍA BENEDITO¹

DAVID JIMÉNEZ¹

ANA ISABEL ORTEGA ²

MARINA MARTÍNEZ¹

VICTORIA GARCÍA¹

INMACULADA CONCEPCIÓN SÁNCHEZ³

1) C. S. MURCIA CENTRO (SAN JUAN) 2) C. S. SANTOMERA 3) C. S. VISTALEGRE - LA FLOTA

Palabras clave: Physician; Patient; Relations

EL CONTROL DE LAS EMOCIONES

INTRODUCCIÓN

Paciente policonsultadora y demandante, que "nos incomoda". Suele gritar en la sala de espera que se la vea de urgencia. Se muestra agresiva, y uno de los días me empuja dentro de la consulta y comienza a gritar. Yo guardo silencio, dejo que hable, y cuando acaba, le digo que en estos momentos ni ella ni yo estamos en condiciones para abordar una consulta y le invito a salir

OBJETIVOS

Ser capaz de reconocer las emociones que provocan en nosotros los pacientes y aprender a cambiar las que no nos dejan trabajar con empatía para poder prestar una atención de calidad.

DESCRIPCIÓN

La paciente se mostró agresiva lo cual me puso en "estado de alerta". Ella tomó el control de la situación. No era beneficioso para ninguna de las dos iniciar el acto médico: ella estaba muy agitada y yo incómoda. En ese momento no podía entender su demanda. La paciente salió enfadada de la consulta. Volvió a entrar calmada y sin gritar. Yo cambié mis emociones por la escucha activa e intenté entender por qué siempre acudía de urgencia.

CONCLUSIONES

Es importante mantener el control de la consulta. Debemos aprender el manejo de los pacientes difíciles, así como las emociones que nos provocan: ira, miedo, rechazo... Si no estamos preparados para realizar una escucha centrada en el paciente es mejor parar, reflexionar y buscar otro sentimiento que nos haga entender las situaciones conflictivas para prestar una atención de calidad.

APLICABILIDAD

Ante pacientes difíciles debemos escuchar nuestras emociones. Además de ayudar al paciente prevenimos el "burnout".

ID: 00933

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: póster

LEONOR PADILLA¹

ANTONIO RANCHAL¹

1) Hospital Universitario Reina Sofia (Córdoba)

Palabras clave: verbal; Prevention; occupational risk

PREVENCION DE AGRESIONES EN SITUACIONES DE AGITACION MEDIANTE LA DESESCALADA VERBAL

INTRODUCCIÓN

Los estados de agitación psicomotriz y las conductas disruptivas son situaciones que se pueden presentar en cualquier servicio de hospitalización. Los posibles daños y las consecuencias que pueden derivarse de estas conductas justifican la preocupación en torno a este problema, al constituir también una causa de accidentes de trabajo cuando se materializan en forma de agresión al personal. Estos episodios de agitación y comportamientos disruptivos pueden presentarse como síntoma aislado o asociados a distintas enfermedades.

OBJETIVOS

El objetivo de esta experiencia es dar a conocer la técnica de desescalada verbal y su aplicabilidad en el contexto real dentro del ámbito sanitario, mostrando ejemplos prácticos que muestran la importancia de una comunicación adecuada en situaciones especiales en la que existe riesgo de agresión.

DESCRIPCIÓN

La técnica de la desescalada verbal persigue garantizar la seguridad tanto del personal como del paciente y usuarios en estas situaciones, para lo cual es un objetivo fundamental, e implica practicar una atención a la salud libre de daños evitables, el aumentar la probabilidad de detectarlos cuando ocurren y mitigar sus consecuencias. Por ello, resulta básico analizar situaciones tensas que llevan a conflictos y aprender estrategias para evitarlas. En este sentido, la experiencia nos muestra que cuando se trabaja con un paciente en estado de agitación, se deben respetar los siguientes aspectos:

Garantizar la seguridad del paciente, la del personal y la de otras personas que puedan estar en el entorno; Ayudar a la persona a controlar sus emociones, su angustia y a mantener o recuperar el control de su comportamiento; Evitar otras intervenciones coercitivas que escalen aún más su estado de agitación.

CONCLUSIONES

Frente a medidas reactivas, la técnica de desescalada verbal puede ser una medida proactiva en situaciones susceptibles de generar agresiones.

APLICABILIDAD

La formación específica del personal con mayor riesgo, como es el de enfermería, el que mayor tiempo permanece con los pacientes, ayudaría a reducir la incidencia de accidentes de trabajo por dicha etiología en áreas o unidades con mayor prevalencia de las mismas.

ID: 00940

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: poster

JOSE PEREZ¹

JUAN IGNACIO ANGUIS¹

BEATRIZ PEREZ²

PALOMA CARO¹

SARA MARIA FERNANDEZ¹

SONIA NIEVES¹

1) UGC CAMAS 2) HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE VALME

Palabras clave: Motivational interview; Eating disorder; diabulimia

GRACIAS A UNA ENTREVISTA MOTIVACIONAL DIAGNOSTICAMOS DIABULIMIA

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), aunque más frecuentes en adolescentes, también pueden presentarse en otros perfiles de pacientes. Una situación especial la constituyen los pacientes jóvenes con diagnóstico de (DM 1) que presenta descompensaciones glucémicas frecuentes. En ellos se debe sospechar **diabulimia**: TCA que consiste en omitir o manipular dosis de insulina para conseguir pérdida de peso.

OBJETIVOS

Resaltar la importancia de la entrevista motivacional, mediante la cual averiguamos que nuestra paciente con DM1, después de un año de ingresos, descompensaciones, visitas a endocrinos, neurólogos, y pruebas complementarias sin resolverse el problema padecía además un TCA y conseguimos un cambio de comportamiento

DESCRIPCIÓN

Raquel tiene 33 años, padece DM1 desde sus 7 años (25 años de evolución), lleva un año con hipoglucemias severas repetidas (5 ingresos en observación hospitalaria), pérdidas de memoria, olvidos frecuentes, no recuerda si se pone las dosis de insulina y ha perdido 15 kg.

Sin embargo, presenta hbg% >10. Fue necesario un abordaje multidisciplinar triple: el bio-psico-social del médico de familia, el psicoterapéutico del equipo de salud mental y el endocrinológico para una buena evolución de esta paciente

CONCLUSIONES

En DM1, sobre todo chicas, debemos sospechar diabulimia, TCA que no requiere participación activa sino solo omitir dosis de insulina si: periodos de muy mal control glucémico, alternancia hipo-hiperglucemias, no concordancia cifras glucemia en libretas de control y laboratorio

APLICABILIDAD

La entrevista motivacional es una herramienta que al ayudar al paciente a resolver sus ambivalencias puede ser eficaz en el control de la DM y en los TCA mediante la gestión de las emociones y la estimulación del sentido de la autoeficacia

ID: 00945

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: poster

MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ ¹

EVA REYES²

GRACIA BEJARANO ³

1) Centro de Salud Don Paulino García Donas. Alcalá de Guadaíra. 2) Unidad de Gestión Clínica de Salud Bucodental del Distrito Sanitario Aljarafe Sevilla Norte. Centro de Salud de La Algaba. 3) Unidad de Gestión Clínica de Salud Bucodental del Distrito Sanitario Aljarafe Sevilla Norte. Centro de Salud de El Viso.

Palabras clave: Mindfulness; Feeding and Eating Disorders; Primary Health Care

TALLER DE ALIMENTACIÓN CONSCIENTE. ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS.

INTRODUCCIÓN

El mindfulness está considerado como una de las mejores medicinas naturales. El arte de la atención plena puede transformar nuestra cotidiana lucha con las comidas, renovar nuestro sentido del placer, así como nuestra satisfacción con la alimentación.

OBJETIVOS

Este taller va dirigido a personas que tengan sobrepeso, obesidad, o para cualquier persona que quiera aprender a comer de forma atenta y consciente. Para poder desarrollar mecanismos de regulación que nos ayudarán a establecer una relación saludable con la comida.

DESCRIPCIÓN

Se realiza un taller dinámico en grupo combinando la parte teórica con la práctica, dirigidas a aprender a comer con atención. Se abordan: la función biológica de la comida, con ejercicios para ser conscientes de los tipos de hambre, pautas y hábitos inconscientes alimenticios, el miedo a pasar hambre, la relación entre el estado de ánimo y las comidas. Los pacientes no sólo aprenden a comer alimentos nutritivos, sino que toman consciencia de la forma en la que

comen, ayudándolos a establecer una conexión armónica con la comida y evitar las consecuencias de los excesos.

CONCLUSIONES

Con la práctica en alimentación consciente se logran beneficios como son mejorar la capacidad para identificar las señales de hambre y saciedad, que permiten comer menos cantidad de alimentos, saber qué, cuándo comer; reducir el número de atracones y descontroles con la alimentación en situaciones de malestar emocional; ayuda a conocer cuáles son los desencadenantes de los descontroles alimentarios; aprender a conocer qué alimentos necesita tu cuerpo y ayuda a incrementar la autoaceptación, seguridad y autoconfianza.

APLICABILIDAD: Este recurso, para el abordaje de los trastornos alimentarios, contribuye a ser una herramienta muy valiosa para el equipo de atención primaria ya que abre un nuevo enfoque para la mejora de los hábitos saludables de la población en general.

ID: 00950

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: poster

MARÍA AMALIA PINILLA¹

MARTA MARÍA PINILLA²

ANTONIA BAUZA¹

1) Centro de Salud Esperanza Macarena 2) Hospital Universitario Virgen Macarena

Palabras clave: fear; death; intervention

Apoyo en los últimos días de vida para una muerte digna sin sufrimiento

INTRODUCCIÓN

Paciente diagnosticado de Neoplasia pulmonar con desestimación de tratamiento curativo en seguimiento por Cuidados Paliativos y Médico de Atención Primaria. Paciente conocedor de su enfermedad y del pronóstico de ésta, manifiesta deseo de fallecer en domicilio, pero además manifiesta su gran miedo a la muerte. Incapaz de dormir por las noches, que es cuando su familia descansa, sintiéndose solo y con mucho miedo. Hablamos con el paciente y su familia y reajustamos tratamiento para intentar facilitar su descanso nocturno. Además, damos consejos para intentar ayudarlo e intervenimos a través del psicólogo de la unidad para realización de psicoterapia.

OBJETIVOS

Intentar cumplir el deseo de fallecer en domicilio, así como intentar que el paciente tenga una muerte digna con el menor sufrimiento posible, tanto físico como mental.

DESCRIPCIÓN

Intervenimos a través del psicólogo de la unidad. Éste acude al domicilio para realización de psicoterapia intentando atenuar los miedos del paciente. El paciente es consciente en todo momento del pronóstico de su enfermedad y expresa en todo momento su gran miedo a la muerte. Hablamos con la familia sobre la importancia del apoyo y acompañamiento en los últimos días del paciente y damos consejos que pueden ayudar a que el paciente no se sienta

solo. Gracias a nuestra intervención, reajuste de tratamiento, psicoterapia y acompañamiento familiar pudimos conseguir que paciente falleciera en domicilio sin sufrimiento.

CONCLUSIONES

La coordinación de las unidades que han intervenido ha conseguido alcanzar los objetivos propuestos, que no hubieran podido conseguirse sin la realización de un buen trabajo en equipo. Cabe destacar el papel fundamental desempeñado por la familia que ha estado en todo momento acompañando al paciente, así como integrada en el equipo sanitario.

APLICABILIDAD

Aplicable en situaciones similares. Todos tenemos derecho a una muerte digna y sin sufrimiento por lo que deberíamos tenerlo presente y aplicarlo a la práctica diaria.

ID: 00953

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: póster

DAVID JIMÉNEZ¹

MARÍA BENEDITO¹

ANA ISABEL ORTEGA²

VICTORIA GARCÍA¹

MARINA MARTÍNEZ¹

INMACULADA SÁNCHEZ³

1) Centro de Salud Murcia Centro - San Juan 2) Centro de Salud Santomera 3) Centro de Salud Vistalegre - La Flota

Palabras clave: Empathy; Accident; Feelings

Aceptando la ira

INTRODUCCIÓN

Hoy en día estamos acostumbrados a tratar enfermedades o dolencias de una forma eficaz y sistemática, pero el problema surge cuando el paciente expresa su disconformidad ante el trato recibido o se encuentra en un momento emocional determinado. Pero ¿es este un problema del paciente o tenemos los profesionales parte de responsabilidad en estas situaciones?

OBJETIVOS

El objetivo principal es ser conscientes de la inercia terapéutica que llevamos habitualmente y poder dar un giro a nuestra intervención centrándola en el paciente.

DESCRIPCIÓN

Paciente de 28 años que es traída al servicio de urgencias hospitalarias a primera hora de la madrugada tras haber sufrido un accidente de tráfico. El coche ha quedado destrozado, pero ella aparentemente ha salido ilesa. Tras realizar pruebas complementarias no se observan fracturas y a la exploración presenta un cuadro de crisis de ansiedad. Le explico los resultados y le retiro el collarín rígido que le habían colocado en la ambulancia y le explico los síntomas que probablemente va a padecer las siguientes horas y el tratamiento que debe tomar en su domicilio. Tras esto, la paciente siente ira y la expresa verbalmente diciendo que yo no tengo ni idea de cómo ha sido el accidente y que no puedo asegurar que se pueda ir en esas condiciones sin collarín. Intento explicarle de nuevo, pero ella sigue enfadada y no acepta nada

de lo que le ofrezco, no quiere irse, pero tampoco quedarse en observación. Tras intentarlo una tercera vez sin éxito, soy consciente de que la situación me desborda y abandono de malas maneras la consulta pidiendo ayuda a una compañera para que se encargue de la situación.

CONCLUSIONES

Esta experiencia me hace reflexionar sobre la responsabilidad que tengo yo como profesional en la relación médico-paciente. Cada paciente trae la patología que padece para que sea valorada y tratada por nosotros, pero además trae consigo el resto de su ser ligado a las experiencias vividas, sus ideas, cultura, miedos y emociones. Debemos tener presente la integridad del individuo y mostrar respeto aceptando lo que sea que traiga a consulta como punto de partida para iniciar el encuentro terapéutico.

APLICABILIDAD: Las reflexiones que se extraen de esta experiencia son aplicables al día a día en la consulta de atención primaria u hospitalaria, así como en los servicios de urgencias.

ID: 00955

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: poster

JOSE PEREZ¹

JUAN IGNACIO ANGUIS¹

PALOMA CARO¹

BEATRIZ PEREZ¹

SARA MARIA FERNANDEZ¹

SONIA NIEVES¹

1) UGC CAMAS

Palabras clave: active listening; clinical interview; empathy

"DEJEMOS HABLAR AL PACIENTE Y ESCUCHEMOSLO ACTIVAMENTE, EL NOS DIRÁ LO QUE TIENE"

INTRODUCCIÓN

La escucha activa consiste en "escuchar y entender la comunicación desde el punto de vista del que habla". Es una habilidad que se puede adquirir con la práctica, aunque puede ser difícil dominar por requerir un esfuerzo de nuestras capacidades cognitivas y empáticas.

Si dejamos hablar al paciente los primeros minutos de la entrevista son "diamante en bruto".

OBJETIVOS

Cuantificar una serie de aspectos técnicos relativos a la escucha activa en las consultas de los MF (médicos familia), así como los errores más frecuentemente cometidos en entrevista clínica.

DESCRIPCIÓN

Un residente formado teóricamente y habiendo adquirido habilidades en entrevista clínica y particularmente en escucha activa rota una hora por la consulta de cinco MF, previo permiso y sin desvelar el motivo. Se analizaron 50 entrevistas: 10 pacientes por consulta. Solo en 58% el MF saluda al paciente: en 59% de ellos con frialdad, siendo cordial solo en el 41% de los

saludos. El tiempo medio desde que el paciente inicia la narración hasta que el MAP lo interrumpe por primera vez fue de 22 segundos. El número medio de interrupciones durante el relato fue de 4 veces. En el 21 % no se delimitó claramente la demanda. Durante la exploración física, el MF interrumpe la misma en el 43% para preguntar, regañar o dar consejos.

CONCLUSIONES

A los MAP nos hace falta más formación en entrevista clínica. Desde que llega el residente al centro de salud, debemos trabajar para inculcarle habilidades psicomotoras en la escucha activa: contacto visual; gestos y expresiones especulares, naturalidad y crear un clima tranquilo. evitar distracciones, dejar atrás prejuicios

APLICABILIDAD

Debemos incorporar en la formación continuada del centro de salud más sesiones clínicas referentes a entrevista clínica, escucha activa y discusión de situaciones.

ID: 00965

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: póster

ANTONIO TORO¹

HERMINIA MORENO²

MARÍA VICTORIA MARTÍNEZ³

MARÍA DEL MAR RODRÍGUEZ⁴

MARGARITA GALERA⁵

AMELIA VALLEJO⁵

1) C.S. PUCHE 2) C.S. LA CAÑADA 3) HOSPITAL TORRECÁRDENAS 4) UNIDAD DE FORMACIÓN DISTRITO ATENCIÓN PRIMARIA ALMERÍA 5) UNIDAD DOCENTE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Palabras clave: end-of-life care; communication; medical education

HABLANDO CON RESIDENTES DE FAMILIA DE COMUNICACIÓN AL FINAL DE LA VIDA

INTRODUCCIÓN

En la formación en entrevista clínica de los residentes de Medicina de Familia (MF), el entrenamiento en comunicar malas noticias es importante. Un aspecto del mismo, es hacerlo en situaciones al final de la vida. La adecuada comunicación ahí requiere abordar los aspectos médicos, pero también aprender de las experiencias vividas con la muerte de personas cercanas y mirar y afrontar la certeza de la propia muerte.

OBJETIVOS

Conocer conceptos y normas de la atención al morir. Conocer las fases del duelo del paciente, sus necesidades y derechos. Conocer la dinámica familiar en estas situaciones. Conocer y practicar la comunicación dando malas noticias, abordando preguntas difíciles y valorando el acompañamiento en silencio. Reflexionar las propias creencias y emociones acerca de la muerte. Aprender herramientas para el autocuidado.

DESCRIPCIÓN: Taller de cinco horas dirigido a residentes de MF de cuarto año de nuestra Unidad Docente. Se realiza a mitad del último año. Van cinco ediciones. Consta de cinco núcleos: conceptos y normas, el paciente, la familia, la comunicación y el profesional. En cada apartado se explican, con textos y vídeos de apoyo, las nociones básicas; y con reflexiones personales y trabajo en grupos se elaboran conclusiones y se inicia o profundiza en la propia vivencia acerca de la muerte.

CONCLUSIONES: Recogiendo su sentir en las evaluaciones, se ha incrementado cada año el tiempo dedicado a la reflexión personal y al aprendizaje del reconocimiento y manejo de emociones. El feedback es muy positivo y refuerza la continuidad de la actividad.

APLICABILIDAD: Este taller y con esta metodología proporciona un contrapeso al exceso de tecnificación que tienden a recibir los residentes de MF durante su formación. Complementa una formación integral necesaria para realizar una atención de calidad en la atención al final de la vida.

ID: 00967

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: oral

MARIA ELENA VALVERDE¹

JUANA MARIA JANER¹

BARTOLOME VILLALONGA¹

CLARA VIDAL¹

CATALINA NUÑEZ¹

CONSUELO MENDEZ¹

1) IB-SALUT-GERENCIA ATENCION PRIMARIA

Palabras clave: Community; Health Resources; Administrative Units

“Uso adecuado de los recursos sanitarios como bien común. ¡Las unidades administrativas pueden contribuir!”

INTRODUCCIÓN

Asegurar el valor de los recursos sanitarios significa utilizarlos eficientemente, añadiendo sostenibilidad al sistema sanitario, implicando a la organización y a la Comunidad.

La Gerencia de Atención Primaria-Mallorca en el Contrato de Gestión 2017, potencia las actividades comunitarias en las Unidades Administrativas (UA). La Comisión Técnica de Asesores y Formadores trabaja para que las UA participen en actividades comunitarias y de promoción y educación para la salud. Se desarrolla la estandarización de consejos breves individuales sobre el uso adecuado de los recursos sanitarios para realizarlos desde las UA de los centros de salud, a los usuarios y a los agentes sociales de la zona.

OBJETIVOS

-Que las personas que acuden al centro de salud perciban el sistema sanitario como un bien social para la Comunidad. Fomentar el buen uso de los recursos sanitarios haciendo partícipe a la Comunidad. Informar y promover el uso responsable de los recursos aumentando así la eficiencia del sistema sanitario.

DESCRIPCIÓN

Se realizan diferentes modelos de intervención individual mediante consejos breves estructurados, para personas que acuden por primera vez al centro, los "sin cita" y los que acuden a los Puntos de Atención Continuada. Esta intervención se pilota en un centro urbano de Palma, se presenta en sesión docente al equipo y se trabaja en las Asociaciones Vecinales. Tras pilotarlo, se presenta a todas las UA de los centros de salud de Mallorca para su implementación.

CONCLUSIONES

La UA incorporan esta experiencia, aportando un nuevo enfoque profesional, con alto grado de satisfacción y proporcionando nuevas perspectivas para el resto de profesionales. Fortalece la unión con la Comunidad, recogiendo sus inquietudes trasladándolas al equipo y a la Gerencia de Atención Primaria.

APLICABILIDAD

Se incorporarán a las UA de los centros implicando a los usuarios y a los agentes sociales de la zona básica de salud.

ID: 00973

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: poster

MARTA MARÍA PINILLA¹

MARÍA AMALIA PINILLA²

ANTONIA BAUZA²

1) Hospital Universitario Virgen Macarena 2) Centro de Salud Esperanza Macarena

Palabras clave: Forecast; Hematoma; Information

CONFLICTO FAMILIA-MÉDICO TRAS RECIBIR MALA NOTICIA

INTRODUCCIÓN

Experiencia de paciente hipertenso con buen control, derivado por los servicios de emergencias conectado a ventilación mecánica invasiva (VMI) tras encontrarlo con bajo nivel de consciencia en domicilio.

Se realiza TAC de Cráneo urgente objetivando gran hematoma invadiendo ventrículos, siendo desestimado de evacuación por el servicio de Neurocirugía del hospital referente.

OBJETIVOS

- Mal pronóstico de patologías agudas en Urgencias y su comunicación
- Posibilidad donación de órganos

DESCRIPCIÓN

Informamos a los familiares del diagnóstico y mal pronóstico, explicándoles que no es candidato de evacuación quirúrgica y por lo tanto de tratamiento curativo. Los familiares no aceptan la situación y expresan su desacuerdo con la decisión tomada por el servicio de Neurocirugía, solicitando hablar con el jefe de la guardia, quien, tras hablar de nuevo con el hospital referente, informa a la familia que la experiencia de este tipo de situaciones que se

abordan quirúrgicamente es infausta y hay que respetar la decisión. Además, avisamos a la coordinadora de trasplantes, por posible donación de órganos en paciente sin contraindicaciones registradas para la misma, explicándole la necesidad de margen de tiempo para la solicitud de órganos, pues los familiares se encontraban en una situación de no asimilar de la situación de mal pronóstico de su ser querido.

CONCLUSIONES

Dar malas noticias no es fácil, pero es peor recibir una mala noticia acerca de un ser querido. Cuando ello ocurre y los familiares no comprenden que la medicina tiene límites, los escasos recursos que nos quedan para salvar la vida a su familiar... debemos dejarles tiempo de asimilación y no entrar en conflictos.

APLICABILIDAD

Ante situaciones de mal pronóstico en las que los familiares no aceptan nuestras decisiones como médicos, hay que ser paciente y dar la información oportuna dejando también tiempo de asimilación de toda la información que hemos transmitido.

ID: 00976

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: póster

SANDRA LOPEZ¹

ERIC VIVES¹

ADORACIÓN BORRELL¹

NURIA OROZCO¹

CARLA SEBASTIA¹

GLORIA RABANAQUE¹

1) Centro de salud Segorbe (Alto Palancia)

Palabras clave: Rural population; physician-patient relations; interdisciplinary communication

¿Qué entienden los pacientes de las explicaciones verbales de los especialistas?

INTRODUCCIÓN

La respuesta únicamente verbal a una interconsulta es frecuente tras el regreso a las consultas de Atención Primaria. La comunicación es una herramienta esencial para todo buen médico. Aunque la tecnología ofrece importantes beneficios, sigue siendo la entrevista clínica, la comunicación y la comprensión que tiene el paciente de su enfermedad uno de los pilares de la medicina. La bibliografía revisada (Medline, Cochrane, Elsevier, SciELO, PubMed) no ha podido responder a nuestra pregunta inicial.

OBJETIVOS

Analizar si los pacientes que acuden a consulta del especialista derivado desde Atención Primaria comprenden y entienden las explicaciones sobre su diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

DESCRIPCIÓN

Experiencia llevada a cabo en Atención Primaria por médicos de familia, de una Zona de Salud Rural acreditada para docencia; previamente entrenados para garantizar la máxima homogeneidad, de forma transversal, multi-céntrica con componentes cualitativos. Se elaboró un cuestionario de creación propia mediante encuesta personal. Cuestionario piloto previo a 20 pacientes para perfeccionarlo y aumentar su validez. Muestreo no probabilístico, consecutivo, a todos los pacientes que cumplían criterios de inclusión, daban su consentimiento informado, que en el último mes habían ido a algún especialista, y acudían a la consulta del médico de familia durante ese año, para minimizar el sesgo de memoria.

CONCLUSIONES

Más de la mitad de los pacientes no recibieron informe escrito, objetivándose dificultades de comprensión, interpretaciones erróneas, desconocimiento de su enfermedad, pronóstico y seguimiento; falta de información para el médico que hizo la interconsulta.

APLICABILIDAD

La información al paciente y la comprensión de su proceso es clave para garantizar su autonomía, facilita la entrevista clínica y contribuye a mejorar la relación médico paciente. Los resultados tienen implicaciones bioéticas y socio sanitarias. Implementar cambios en la gestión de las respuestas a las interconsultas revertirá en mejor calidad asistencial.

ID: 00979

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: póster

ÁNGEL CARNERO¹

1) Centro Universitario San Isidoro

Palabras clave: Exercise; Medicine; Health

¿Por qué el ejercicio físico es medicina?

INTRODUCCIÓN

La seguridad y la eficacia del ejercicio físico en numerosas enfermedades crónicas está ampliamente contrastada. Conocer el tipo de ejercicio y la dosis de esta cobra especial importancia en necesidades especiales y patologías, diferenciándose así del ejercicio físico de ocio.

OBJETIVOS

Acercar el conocimiento actual en las ciencias del ejercicio físico a otras áreas del conocimiento con el fin de acercar posturas y de esta manera hacer que las intervenciones sean mucho más objetivas, ya que las recomendaciones en ejercicio tradicionales están obsoletas.

DESCRIPCIÓN

Se enumerará la actual evidencia del ejercicio físico como medicina en numerosas

necesidades especiales y patologías, que distan mucho de las tradicionales recomendaciones en ejercicio.

CONCLUSIONES

El ejercicio físico actúa como tratamiento coadyuvante en numerosas enfermedades. De manera tradicional, por falta de evidencia, las recomendaciones están caducas, haciendo que las intervenciones por medio del ejercicio no sean óptimas, siendo en su mayoría por debajo de las posibilidades de la persona.

APLICABILIDAD

Cumpliendo con los objetivos, los asistentes tendrán referencias bibliográficas actuales y una formación breve de la importancia que cobra realizar ejercicio programado por un profesional que controle las diferentes variables del entrenamiento, así como la importancia de la actualización en ejercicio, debido a que es una ciencia todavía joven y en continuo proceso de mejora.

ID: 00980

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: poster

MIGUEL HERCBERG¹

MARTA VALENZUELA¹

ISABEL VALENCIA¹

1) UGC Loreto-Puntales

Palabras clave: Tobacco Cessation; Group therapy

Sesiones grupales antitabaco dirigidas por residentes

INTRODUCCIÓN

Deshabitación tabáquica a través de sesiones grupales realizadas por residentes dirigidos a pacientes en estadio contemplativo.

OBJETIVOS

Valorar la utilidad de las sesiones grupales en la ayuda para la deshabitación tabáquica y su aplicabilidad en el ámbito de la atención primaria.

DESCRIPCIÓN

Se realizó la búsqueda de candidatos en las distintas consultas de atención primaria siempre asegurándose de captar a los pacientes en estadio contemplativo. Se comenzaba con sesiones individuales a cada participante para crearse un perfil de dependencia y motivación y para identificar posibles patologías o tratamiento potencialmente influyentes en el proceso de deshabitación. En esta entrevista individual se le recomendaba al paciente el uso de medicación en caso de que fuera necesario indicando su posología y posibles efectos secundarios. Una vez terminadas todas las entrevistas comenzaban las sesiones grupales, un total de seis. En cada sesión se trataban temas diferentes siempre recalando los temas más importantes tratados en sesiones anteriores y fomentando la colaboración, autoeficacia y insistiendo en el refuerzo positivo. El grupo estaba dirigido por tres residentes del centro de salud y lo iniciaron diez pacientes. De los pacientes que comenzaron terminaron siete, todos

habiendo abandonado el hábito antes de finalizar con las sesiones. Un mes después todos ellos mantenían la abstinencia

CONCLUSIONES

El uso de sesiones grupales resulta de gran utilidad y facilita el proceso de deshabituación tabáquica. Se consigue ahorrar tiempo y recursos al tratar a varios pacientes al mismo tiempo por lo que es un método muy eficiente para el sistema sanitario, con evidentes beneficios en salud a largo plazo.

APLICABILIDAD

Se necesita tiempo, formación y disponibilidad de profesionales para llevar a cabo un grupo completo de principio a fin de forma correcta, pero es un método que a largo plazo aporta muchos beneficios tanto económicos, sanitarios y de bienestar de la comunidad.

ID: 00981

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: poster

JOSE DOMINGO GARCÍA-REVILLO¹

VALERIO TRIGOS¹

ANA MARÍA GARCÍA¹

AURORA BLANCO¹

FERNANDO ALARCÓN PORRAS ALARCÓN²

VICTORIA PEÑA¹

1) Centro de Salud de Cabra Matrona Antonia Mesa 2) Centro de salud Lucena 1

Palabras clave: Violence; Woman; Gender

“¿Van las cosas bien por casa?”

INTRODUCCIÓN

Pasando consulta de AP, atiendo a una mujer de 67 años que acude por séptima vez en los últimos 5 meses por pérdida de peso, cefalea, dispepsia y tristeza. Ante la sospecha de que la paciente pudiera estar sufriendo violencia de género (veo hematomas en escote y en antebrazo derecho), decido preguntar “¿Van las cosas bien por casa?”.

OBJETIVOS

Pude comprobar cómo lo que dice la literatura es verdad, y que tras hacer una pregunta bastante evidente que fácilmente pueda dar pie a que la paciente nos cuente su calvario, esta se desahoga, confía en nosotros y nos cuenta su problema, sintiéndose aliviada y confiando en que entre todos podamos encontrar una solución al problema.

DESCRIPCIÓN

Tras la pregunta, la paciente titubea y tras unos segundos, se derrumba y nos cuenta que lleva 7 años sufriendo maltrato psicológico y físico por su pareja. **Nunca se lo había contado a nadie antes.** Gracias a ello, y tras 3 consultas más, la paciente se decidió a denunciar y tras los distintos procesos judiciales, y gracias a grupos de apoyo a la mujer y a la trabajadora social, a día de hoy, la paciente vive con su hijo, siendo ellos los principales actores de sus vidas, y alejados del peligro y de los miedos, habiendo recuperado la relación con su familiar y

amigos.

CONCLUSIONES

Muchas mujeres se sienten solas y aisladas, en parte por culpa del maltrato psicológico que durante años el marido ha ejercido sobre ella, aislándola de sus núcleos sociales. Por eso, y en contra de lo que podemos pensar, muchas maltratadas están deseando que alguien les pregunte si hay algo más allá de sus “dolencias”, para poder desahogarse. Y a partir de ahí, nosotros podremos actuar.

APLICABILIDAD

Gracias a esta experiencia, decidí hacer una sesión clínica al servicio de Medicina Interna para poder trasladarles a ellos el protocolo que existe en el hospital. Para ello, estuve durante días informándome y recabando información al respecto de este tema.

ID: 01005

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: póster

ESTHER ÁLVAREZ¹

1) Inspección Provincial. Delegación Territorial de Salud

Palabras clave: Communication; Health Policy; Physicians Family

LA INSPECCIÓN MÉDICA: CANAL DE COMUNICACIÓN CON LOS MÉDICOS DE FAMILIA

INTRODUCCIÓN

El control de la baja laboral como una prescripción terapéutica más, se encuadra dentro de la evaluación de la correcta toma de decisión clínica y en aplicación de un modelo de gestión compartida entre el médico de familia y la Inspección de Servicios Sanitarios.

OBJETIVOS

Dar a conocer el canal de comunicación que representa la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades de la Inspección de Servicios Sanitarios para los médicos de familia en su relación con los distintos agentes implicados en la gestión de la incapacidad temporal (IT).

DESCRIPCIÓN

Se llevan a cabo visitas planificadas a las Unidades de Gestión Clínica (UGC), en las que se informa de normativa y procedimientos relativos a gestión de IT, se realiza formación que ayude en la toma de decisiones al médico. Se solicita la colaboración con la Inspección para realizar informes preceptivos en gestión de IT, así como se insta a escribir en la historia digital de salud (Diraya) todo lo concerniente al proceso de baja para evitar citas y desplazamientos innecesarios. Se utiliza la comunicación a través del buzón del profesional en el módulo de IT de Diraya para envío y resolución de propuestas de alta, solicitud de valoración de casos, solicitud de cambio de contingencia, solicitud de desplazamiento....

El teléfono y el correo electrónico son un medio de comunicación utilizado con frecuencia en la resolución de casos complejos al plantearse un conflicto de lealtades y probable deterioro de la relación médico-paciente

CONCLUSIONES

La comunicación es una pieza clave en la resolución de casos complejos de IT. La inspección es un referente único y el canal de comunicación de los distintos agentes implicados en la IT y el médico de familia.

APLICABILIDAD

Ayuda en la toma de decisiones al médico de familia en la gestión de bajas laborales, aportándole seguridad. Función de asesoramiento. Unificación de criterios.

ID: 01010

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: póster

ANTONIA DE LA TORRE¹

MANUEL SEQUERA¹

1) Isomus Musicoterapia y Huella Sonora

Palabra clave: Musicoterapia; Estrés; Salud

Gestión del estrés a través de la Musicoterapia

INTRODUCCIÓN

La Musicoterapia es la utilización científica de la Música y sus elementos para restablecer, mantener o mejorar la salud física, psíquica y emocional de las personas, a la vez que proporciona herramientas necesarias para facilitar su autonomía y adaptación al entorno. Las intervenciones terapéuticas deben ser realizadas por Musicoterapeutas cualificados que han sido debidamente formados tanto en el área clínica, como en la musical y en la musicoterapéutica. Ofrecemos una conferencia-taller teórico-práctico, lo que ustedes estimen oportuno, nos ajustaremos al tiempo que nos ofrezcan para ofrecer lo mejor de nuestra experiencia como musicoterapeutas clínicos.

OBJETIVOS

- Dar a conocer la Musicoterapia, sus bases científicas, recursos y campos de aplicación.
- Proporcionar a las participantes herramientas para cuidarse física y emocionalmente.
- Ofrecer medios para gestionar el estrés y la ansiedad.
- Potenciar aspectos positivos de la personalidad, fomentar la autoestima y la autopercepción.
- Recoger herramientas y conocimientos aplicables a las áreas de interés de los participantes.
- Experimentar en primera persona los efectos terapéuticos de las distintas técnicas de Musicoterapia.
- Ofrecer un espacio de creatividad, libertad y espontaneidad para expresarse.
- Ayudar a establecer y afianzar vínculos con otras personas.

DESCRIPCIÓN

La vida diaria, el trabajo, las ocupaciones, sumadas a muchas circunstancias emocionales y personales, propias de la sociedad del S. XXI, hacen que los niveles de estrés y ansiedad se hayan elevado en los últimos años de manera alarmante. En nuestro trabajo nos exponemos constantemente a factores estresantes. El trato diario con los pacientes, sus familias y el resto de la comunidad sociosanitaria, hacen que poco a poco se vayan acumulando factores de riesgo que puedan desembocar en el llamado Síndrome del quemado o BURN OUT. Este conjunto de manifestaciones, entre las que podemos nombrar la ansiedad, la agitación, el nerviosismo, los trastornos de sueño, la fatiga, la desmotivación y otros trastornos psicósomáticos, es una de las causas que más frecuentemente provocan bajas laborales entre este sector, además de un consumo desmesurado de antidepresivos y ansiolíticos.

CONCLUSIONES

La Organización Mundial de la Salud (1.994), define el estrés como el "conjunto de reacciones fisiológicas que preparan el organismo para la acción". Si aplicamos el concepto al ámbito de trabajo de los individuos podríamos ajustar la definición de estrés como "el desequilibrio percibido entre las demandas profesionales y la capacidad de la persona para llevarlas a cabo"... "Estrés es el resultado de la relación entre el individuo y el entorno, evaluado por aquel como amenazante, que desborda sus recursos debido a la presencia de demandas de tareas, roles interpersonales y físicos y pone en peligro su bienestar"(OMS, 1994).

La Musicoterapia aparece entonces como una Terapia no farmacológica fundamentada científicamente y una herramienta eficaz que puede revertir en un mejor funcionamiento del individuo y su entorno.

APLICABILIDAD

- A todo el personal sanitario y a pacientes tanto en salas de espera como previo a intervenciones.
- Concepto de Musicoterapia, historia y evolución.
- Campos de aplicación.
- El estrés y la ansiedad: Síntomas de alerta.
- La Música como herramienta terapéutica y sus efectos.
- Diferentes aplicaciones prácticas y vivenciales de la Musicoterapia: control de la respiración, relajación y activación, visualizaciones, descarga...
- Estrategias para la gestión del estrés y la ansiedad.

ID: 01013

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: póster

FRANCESC XAVIER DÍAZ¹JESÚS ALMEDA²BERNAT DE PABLO³DAVID GARCÍA¹MANUEL CAMPÍÑEZ⁴DAVID PEDRAZAS¹

1) CAP Abrera 2) Unitat de Suport a la Recerca de Costa de Ponent, Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP Jordi Gol), Institut Català de la Salut. CIBER Epidemiologia y Salud Pública (CIBERESP). 3) CAP Valldoreix 4) CAP Vallcarca

Palabras clave: Reanimación Cardiopulmonar; Formación; Educación Infantil

Feel the RCParvulari Experience

INTRODUCCIÓN

El objetivo de cualquier formación debería ser que tanto la información como los conocimientos aportados perduren a lo largo del tiempo en aquellas personas que la reciben. Actualmente se realiza mucha formación relacionada con la Reanimación Cardiopulmonar(RCP), pero no se suele evaluar su impacto.

OBJETIVOS

Evaluar si los alumnos de educación infantil aprenden e integran la información relacionada con la RCP. Diseñar y validar un cuestionario para evaluar si los alumnos de educación infantil consolidan los conocimientos sobre RCP.

DESCRIPCIÓN

Para explicar RCP a la población infantil se utilizó: una formación teórica inicial sustentada en imágenes fotográficas, la proyección de una canción y un role-play con teléfonos gigantes. Como herramienta para evaluar los conocimientos se utilizó un cuestionario "ad hoc". Se detectaron áreas de mejora y ya se han aplicado, con la introducción de un auca y una obra de teatro. La formación tiene una duración de dos horas.

CONCLUSIONES

La formación y materiales utilizados para realizarla han recibido muy buena acogida por parte de los alumnos, los profesores y por la comunidad científica médica. Los resultados permitieron llegar a la conclusión que los alumnos aprendían y retenían el uso del 112 pero no la mnemotécnica para recordarlo. Durante la actividad se detectaron áreas de mejora tanto metodológicas como en el cuestionario. Proporcionar formación sobre RCP en las escuelas, es una actividad comunitaria coste-efectiva y con efectos mensurables.

APLICABILIDAD

La formación en RCP en niños escolarizados puede formar parte de una estrategia para incrementar las tasas de supervivencia en personas con parada cardiorespiratoria en el medio extrahospitalario. Realizar esta formación durante el horario escolar puede hacerse de forma fácil y natural, y dos horas al año son suficientes.

ID: 01021

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: poster

MERCÈ AGUILAR¹

ANTONIO IRUELA¹

CARME MARTÍNEZ¹

1) Centro de Atención Primaria Vallcarca-San Gervasio

Palabra claves: Comunicación; creatividad; trabajo en Equipo

La Responsabilidad Social es cosa de todos

INTRODUCCIÓN

Los centros de salud pueden adherirse al compromiso de responsabilidad social corporativa vinculada al pacto Mundial de las naciones Unidas cuyo objetivo es fomentar en las empresas el cumplimiento de los 10 principios agrupados en derechos humanos. Normas laborales, medio ambiente y lucha anticorrupción. Nuestro Centro de Salud cree en el potencial de nuestro equipo y cada año el “concurso de ideas” nos permite trabajar en un proyecto nuevo y común. Los concursos favorecen la creatividad, la participación y comunicación de todos los profesionales del Equipo de Atención Primaria.

OBJETIVOS

El objetivo es estimular la participación e implicación de todos los profesionales del centro para generar ideas que fomenten los derechos humanos, las normas laborales, el medio ambiente y la lucha anticorrupción.

DESCRIPCIÓN

Anualmente se realiza un Concurso de Ideas basado en nuestros grupos de interés: pacientes, profesionales, proveedores y medio ambiente. Los criterios de selección de la mejor idea son: Originalidad, novedad y creatividad, viabilidad y factibilidad de la idea, grado de impacto social y por último alineación con el Plan Estratégico. El jurado está compuesto por 4 miembros de los diferentes estamentos y son profesionales del Centro. La idea se presenta en papel y con un pseudónimo para mantener el anonimato. La idea premiada tendrá como recompensa un día festivo

CONCLUSIONES

El concurso de ideas crea un espacio donde compartir propuestas de mejora respecto a nuestros grupos de interés. La lluvia de ideas contribuye a implicar al equipo en la mejora continua y en el mejor funcionamiento del centro. El premio en si es motivador y permite un acto “lúdico/festivo” con entrega del certificado de ganador.

APLICABILIDAD

En cualquier centro sanitario para mejorar:

La concienciación de la Responsabilidad Social.

Abrir un espacio de participación interdisciplinar.

Reforzar la idea de equipo y desarrollar proyectos propios.

ID: 01022

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: poster

CARME MARTÍNEZ¹
MERCÈ AGUILAR¹
ROSARIO JIMÉNEZ¹
AZUCENA CARRANZO¹
LUÍS GRÀCIA¹

1) Centro de Atención Primaria Vallcarca-San Gervasio

Palabras clave: Comunicación; Transparencia; Compromiso social

Transparencia y compromiso

INTRODUCCIÓN

El Centro de Salud (CS) pretende ser una organización dinámica e integrada en la comunidad a la cual atiende. La Responsabilidad Social Corporativa y la adhesión al Pacto Mundial es una forma diferente de organizar pensando en los destinatarios y orientando la actividad de Atención Primaria hacia la mejora de la comunidad del área sanitaria.

OBJETIVOS

Avanzar en la transparencia, accesibilidad y compromiso con la comunidad. Comunicar a través de la web la información sobre la organización y actividad del Centro de Salud.

DESCRIPCIÓN

Se creó una comisión de trabajo para determinar qué información se publicaría buscando el formato más sencillo y comprensible. La información tiene dos bloques: a) responsabilidad social y corporativa, b) transparencia. El primer bloque muestra la gestión del CS y sus objetivos a través de la misión, visión y valores, memorias de trabajo, código ético y otros documentos. El segundo bloque muestra cómo estamos organizados, como se administran y tramitan los recursos económicos y laborales, así como resultados de satisfacción en las encuestas realizadas por la administración pública y el benchmarking.

CONCLUSIONES

Este espacio en la web da visibilidad y transparencia a la gestión interna de nuestro Centro de Salud. La valoración general de los profesionales del CS es favorable a esta publicación. Los pacientes conocen de cerca el funcionamiento de su centro de salud y están bien informados. Las instituciones municipales, asociaciones de pacientes y empresas de servicios sanitarios disponen de información de primera mano sobre el CS. Los responsables de del sistema sanitario público avalan la metodología de la transparencia. En definitiva, la web es una radiografía de nuestra actividad sanitaria y de nuestra organización interna.

APLICABILIDAD

En cualquier centro sanitario para mejorar: La transparencia y el compromiso. Abrir un espacio de participación a la comunidad.

ID: 01023

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: póster

ANNA ALTÉS¹

RITA PUIG¹

NIEVES BARRAGÁN¹

CARME MARTINEZ¹

1) Centro de Atención Primaria Vallcarca-San Gervasio

Palabras clave: Comunicación; creatividad; Terapéutica

Herramienta farmacoterapéutica

INTRODUCCIÓN

Los médicos de Atención Primaria, debemos estar formados e informados sobre medicamentos y farmacoterapia, bajo la perspectiva de seguridad, eficacia y eficiencia, siguiendo las pautas marcadas por el sistema de salud.

OBJETIVOS

El objetivo es proporcionar a los profesionales del centro de atención primaria (médicos, enfermería, técnicos y administrativos) un conjunto de herramientas, de rápido acceso a la información y con un formato visual para que cada profesional pueda consultar en su práctica clínica diaria.

DESCRIPCIÓN

La seguridad del paciente y el uso racional de los medicamentos son dos pilares básicos en la formación farmacoterapéutica de los médicos de Atención Primaria. En un contexto donde estamos expuestos a una gran variedad de información disponible y donde existe por otra parte una limitación importante de tiempo, es difícil identificar aquellos recursos actualizados y fiables. Con la ayuda del Farmacéutico de Atención Primaria, hemos creado en la intranet del centro, una pestaña de FARMACIA, donde poder acceder de forma rápida y fácil a un conjunto de herramientas que proporcionan información farmacoterapéutica relevante y de prestación, de gran ayuda para la práctica clínica habitual.

CONCLUSIONES

La pestaña de farmacia constituye una ayuda importante en la información- formación farmacoterapéutica y de prestaciones para los profesionales del centro, que está teniendo un grado de aceptación y satisfacción muy elevados, aunque pendiente de valorar formalmente el instrumento a través de una encuesta a los profesionales del centro. Contribuye a homogenizar la práctica clínica habitual.

APLICABILIDAD

En cualquier centro sanitario para mejorar: La comunicación a través de un espacio dinámico. Formación/ información farmacoterapéutica.

ID: 01024

Tipo de comunicación: Experiencias

Formato de presentación: póster

RAFAELA MUÑOZ¹

JESÚS SERRANO¹

1) C.S. Santa Victoria-Sector Sur. Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir 2) Departamento Trastornos Respiratorios del Sueño. UGC Neumología. Hospital Universitario Reina Sofía Córdoba

Palabras clave: atención domiciliaria; comunicación

Como llegar desde “No quiero nada”, “No voy a comprar nada”, “Adiós”, al “Muchas gracias por tu ayuda”

INTRODUCCIÓN

En la atención domiciliaria del paciente, es ideal concertar una cita con suficiente antelación para realizar la entrevista inicial en el domicilio. Sin embargo, existen múltiples factores que pueden interferir, y que influyen negativamente en este primer encuentro.

OBJETIVOS

Describir las diferentes herramientas utilizadas que nos han permitido una comunicación eficaz en un episodio de comunicación difícil.

DESCRIPCIÓN

El primer contacto profesional-cuidador, no se pudo realizar con la persona acordada. Encontramos una persona desinformada, con actitud hostil, con factores añadidos (impacto negativo de diagnóstico fatal, sobrecarga en cuidado, desorganización inicial familiar, incertidumbre, y necesidad de conjugar el cuidado con sus propios problemas personales). Como resultado de esta suma, nos vimos inmersos en una situación, donde la rabia, la ira, estaban a flor de piel, actuando como barrera, produciendo una situación desagradable.

“No quiero nada”, “No quiero comprar nada” “adiós” y cerrar la puerta, sin darte oportunidad a presentarte, incluso ni a poder decir “buenos días”, es un contexto, que nosotros, como profesionales, estamos en la obligación de solventar, empleando, para ello las diferentes herramientas en comunicación, que tenemos que incorporar “Si o si” a nuestro trabajo diario si queremos ofrecer una asistencia de óptima calidad.

CONCLUSIONES

El empleo de herramientas correctas, como la elección del momento idóneo, comunicación no verbal adecuada, expresión gestual, tono de voz, mensaje claro, conciso, breve, adaptado, escucha activa con refuerzos, parafraseo, empatía y compasión, han permitido una comunicación fluida y eficaz que han supuesto una actuación profesional de calidad y un beneficio para el usuario y su familia.

APLICABILIDAD

Las diferentes técnicas y herramientas que nos facilitan la comunicación tienen y deben ser aplicadas en todas nuestras actuaciones, y sobre todo en las profesionales, si queremos maximizar la relación con el otro y obtener unos resultados excelentes y costo-efectivos.