

VII EDICIÓN

**PREMIOS OAT
ADHERENCIA**

**PROYECTOS
PREMIADOS**

Grupo OAT organiza la

VII EDICIÓN PREMIOS OAT ADHERENCIA

La **VII Edición de los Premios OAT Adherencia** pretende contribuir con aquellos proyectos o iniciativas donde se resalten los planes y acciones encaminados a la mejora de la adherencia en patologías crónicas, agudas y enfermedades raras.

Por tanto, en la VII Edición, mantenemos el reconocimiento de los proyectos o iniciativas que, en las diferentes categorías, hayan estado activos en España durante algún mes del año 2023, persiguiendo la mejora de la adherencia al tratamiento, hábitos saludables y aspectos psicológicos.

1 Medicina Hospitalaria

GANADOR

- **Unidad de Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Metabólicas Congénitas (UDyTEMC) del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela con el Instituto Sanitario de Santiago de Compostela y Nutricia**
Asistente virtual en dietética y nutrición para pacientes con errores congénitos del metabolismo

2 Medicina de Atención Primaria

GANADOR

- **Centro de Salud Oliver de Zaragoza**
Mejora de la adherencia en pacientes con patología Cardiovascular Crónica en Prevención Secundaria desde la consulta de Atención Primaria

3 Enfermería Hospitalaria

GANADORES

- **Unidad del Dolor del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid**
Programa de seguimiento de pacientes en tratamiento con opioides en la Unidad de Dolor del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid
- **Unidad de Atención Domiciliaria de Neumología del Servicio de Neumología del Hospital 12 de Octubre de Madrid**
Impacto de la adhesión a un programa de Atención Domiciliaria para pacientes EPOC frágiles en la reducción de ingresos y visitas a urgencias
- **Unidad Multidisciplinar de Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa (EPID) del Hospital Universitario La Paz-Carlos III-Cantoblanco de Madrid**
Mejora de la adherencia y resultados en salud en pacientes con Enfermedad Pulmonar Intersticial, en tratamiento con antifibróticos, mediante una consulta de enfermería de práctica avanzada

FINALISTA

- **Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba**
Escuela de fomento de adherencia vacunal

4 Enfermería de AP

GANADOR

- **Gerencia de Atención Primaria Valladolid Oeste**
Intervención comunitaria en cuidadores informales: Favoreciendo hábitos saludables

FINALISTAS

- **Centro de Salud Villafranca del Bierzo de León con la colaboración y financiación de la Gerencia de Asistencia Sanitaria Bierzo (GASBi)**
Programa de abandono de hábito tabáquico grupal: I Edición
- **Centro de Salud Paredes de Nava de Palencia de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (SACyL)**
Mejora en la adherencia de la campaña vacunal Herpes Zoster: Campaña 2023
- **Gerencia de Atención Primaria Valladolid Oeste**
Proyecto paciente activo en Diabetes Tipo 2

5 Farmacia Hospitalaria

GANADORES

- **Servicio de Farmacia del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid**

Atención farmacéutica integral en pacientes con Fibrosis Pulmonar: Mejorando la adherencia y resultados en salud

- **Servicio de Farmacia Hospitalaria del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla**

Mejora de la adherencia al tratamiento en pacientes con Asma grave beneficiarios de un tratamiento biológico

FINALISTAS

- **Farmacia Hospitalaria en colaboración con la Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid**

AFEMHAP: Atención Farmacéutica y Envío de Medicación a domicilio en pacientes con Hipertensión Arterial Pulmonar

- **Servicio de Farmacia del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid**

Mejora de la adherencia terapéutica en pacientes pediátricos mediante un programa de entrenamiento para aprender a tragar formas orales sólidas en consulta de Atención Farmacéutica

6 Farmacia de AP

GANADOR

- **Unidad de Gestión Clínica de Farmacia de AP del Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir del Servicio Andaluz de Salud**

Conociendo y actuando sobre la mejora de adherencia terapéutica en Atención Primaria

7 Farmacia Comunitaria

GANADOR

- **Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Castilla-La Mancha (COFCAM) en colaboración con Vivactis Weber**

Estudio EVALÚA-SPD: Evaluación de los Sistemas Personalizados de Dosificación en Castilla-La Mancha

8 Organizaciones Sanitarias

GANADOR

- **Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia (COFRM) con la financiación del Ayuntamiento de Cartagena y la colaboración de Cruz Roja Española**

Proyecto de adherencia terapéutica a pacientes crónicos vulnerables del municipio de Cartagena

FINALISTA

- **Grupo de Neurociencia Social (Departamento de Psicobiología, Facultad de Psicología) de la Universidad de Valencia con el apoyo del Ministerio de Ciencia e Innovación de España (MCIN) y la Agencia Estatal de Investigación de España (AEI) y la Beca Leonardo de la Fundación BBVA**

El papel de la conectividad cerebral en estado de reposo de los maltratadores para explicar la adherencia al tratamiento y la reincidencia

9 Asociaciones de Pacientes

GANADORES

- **Asociación para la Lucha contra las enfermedades del Riñón (ALCER Turia)**
Equipo Multidisciplinar de ALCER Turia – Asociación para la Lucha contra las enfermedades del Riñón

FINALISTAS

- **Asociación para la Diabetes de Zaragoza en colaboración con la Unidad de Diabetes del Hospital Infantil Miguel Servet de Zaragoza**

Campamento educativo para niños con Diabetes de Aragón

- **Duchenne Parent Projec España**

Servicio de Atención Integral Telemática a las personas afectadas de Distrofia Muscular de Duchenne y Becker y sus familiares

- **Fundación Lovexair, Hospital del Mar e IMIM con la financiación de Intensificación INT19 y CIBERES (ISC-III), Laboratorios Menarini y Chiesi**

Bronc@ir: Eficacia de una plataforma de salud digital para mejorar la adherencia y el control de los síntomas en pacientes con Bronquiectasias

- **Federación Española de Diabetes (FEDE) en colaboración con Abbott, Boehringer Ingelheim, Lilly y Novo Nordisk**

Prescribe asociacionismo en Diabetes

10 Consejerías de Sanidad de CC.AA.

GANADOR

- **Dirección General de Salud Pública de la Consellería de Sanidad de la Xunta de Galicia**

Campaña de inmunización frente al Virus Respiratorio Sincitial (VRS) en Galicia

11 Industria Farmacéutica

GANADOR

- **Merck**

El ecosistema de salud digital para el tratamiento con hormona de crecimiento

FINALISTAS

- **AstraZeneca con el aval de ALCER, CardioAlianza, FEDE, SEN, SEMERGEN, SEEN y GEDAPS**

El diagnóstico precoz parte de ti

- **Dexcom**

Podcast “Diabetes X”. Entretenimiento con propósito: difundiendo conocimientos sobre Diabetes en redes sociales

- **Servier**

Campaña de concienciación en adherencia en el área Cardiovascular “Adheridos a Nuestra Salud”

12 Multidisciplinar

GANADOR

- **Colegio Oficial de Farmacéuticos de Santa Cruz de Tenerife (COFTF) en colaboración con el Servicio Canario de Salud (SCS)**

Comunicación directa entre los profesionales de la salud para la mejora de la Atención Sanitaria y la adherencia del paciente a la medicación en Santa Cruz de Tenerife

FINALISTAS

- **Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid**
Desarrollo e implementación de un plan multidisciplinar de formación en cuidados de niños con patología crónica compleja y dependencia de tecnología
- **Equipo de Calle de Salud Mental (ECASAM) de Madrid en colaboración con el Hospital Clínico San Carlos y Hospital La Paz de Madrid**
20 años de Atención Integral a las personas sin hogar con Trastorno Mental Grave
- **Oximesa & Nippon Gases Healthcare**
La importancia del cuidador en la adherencia al tratamiento: Análisis comparativo de la eficacia percibida e impacto emocional de pacientes y cuidadores a través de PROM
- **Unidad de Seguimiento Cercano del Servicio de Microbiología de Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid**
Seguimiento Cercano en población VIH compleja
- **Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Oeste**
Mejora en la adherencia terapéutica de los pacientes institucionalizados en Centros Sociosanitarios



1 Medicina Hospitalaria

GANADOR

Unidad de Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Metabólicas Congénitas (UDyTEMC) del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela con el Instituto Sanitario de Santiago de Compostela y Nutricia

Asistente virtual en dietética y nutrición para pacientes con errores congénitos del metabolismo

Objetivo del proyecto

El objetivo es conseguir una adherencia adecuada al tratamiento dietético para mantener la estabilidad metabólica y prevenir la morbilidad. Como objetivos específicos están: mejorar la interacción entre el equipo asistencial y los pacientes y cuidadores, con el fin de que puedan tomar las mejores decisiones en su día a día, reforzar el seguimiento en pacientes con mayor dificultad de acceso a la asistencia presencial, personalizar los tratamientos dietéticos y ajustarlos a las necesidades de cada paciente y mejorar el manejo de las situaciones agudas que requieran un ajuste dietético urgente.

Metodología

En 2008 nace Odimet®, herramienta sencilla, potente, específica y dinámica de cálculo dietético para pacientes con errores innatos del metabolismo (EIM). Proporciona información sobre el contenido de aminoácidos, proteínas, lípidos, hidratos de carbono, vitaminas y minerales en más de 4000 productos dietéticos y cálculo en macro y micronutrientes. En 2022 se desarrolló una nueva versión para mejorar su accesibilidad, su compatibilidad con dispositivos móviles (smartphones/tablets) y su internacionalización mediante una versión en inglés. Permite establecer interacciones en tiempo real entre los pacientes y su equipo metabólico, modificar dieta en casos de enfermedad aguda/cirugía y adaptaciones para condiciones específicas como el deporte o el estrés. La toma de decisiones se realiza con mayor agilidad para mejorar la autoconfianza del paciente/cuidador en la gestión de la dieta. Ayuda a crear dietas variadas e individualizadas que se adaptan mejor a necesidades.

Resultados

Odimet® es una herramienta de telemedicina sencilla, potente, específica y dinámica para el cálculo dietético de los EIM que permite el seguimiento dietético a distancia en tiempo real. El papel activo de la familia tiene una importante influencia positiva en el cumplimiento de la dieta y adherencia. Su empleo creciente antes, durante y tras pandemia confirma su utilidad para mantener la continuidad asistencial y la estabilidad metabólica. Se evaluó la utilidad para la gestión dietética y efectividad, en 3 periodos durante 5 años que incluyen el bloqueo correspondiente a la pandemia, para 84 pacientes con fenilketonuria, 12 con enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce, 11 trastornos ciclo de urea y 13 galactosemia clásica. Los niveles evolutivos de sus marcadores metabólicos específicos, tanto en pacientes pediátricos como adultos, demuestran un buen control metabólico, incluso durante una pandemia: niveles medios de fenilalanina en pacientes pediátricos con PKU 213,4 Qmol/L y 482,3 Qmol/L en adultos, niveles medios de leucina en pacientes con MSUD 144,2 Qmol/L, niveles medios de glutamina en UCDs: 726,8 Qmol/L y niveles de galactosa 1-fosfato en galactosemia: 0,08 Qmol/L). La proporción de pacientes que utilizó Odimet® osciló entre el 78 y el 100%. Se observó un aumento del número de dietas calculadas. Actualmente, se han introducido 14825 productos (3094 de la base de datos general y 11.731 añadidos por los usuarios a sus propios perfiles). En 2023 se calcularon 63 ajustes dietéticos de urgencia en las patologías de tipo intoxicación estudiadas.

Conclusión

El uso regular de Odimet® contribuye a mantener la estabilidad metabólica de pacientes, permitiendo que adapten sus menús a su estilo de vida. Facilita la supervisión dietética en tiempo real y permite una asistencia rápida y dinámica en situaciones de riesgo de descompensación metabólica, alcanzando el 100% entre pacientes con determinado tipo de intoxicación. Mejora la accesibilidad a la atención sanitaria hospitalaria en tiempo oportuno y su uso es creciente. También favorece el cálculo nutricional de los pacientes ingresados adecuando la aportación calórica y macro/micronutrientes, disminuyendo el riesgo de malnutrición. Reconocida por el Ministerio de Sanidad como Buena Práctica Clínica, como herramienta de empoderamiento de pacientes/cuidadores en el manejo dietético, con supervisión del equipo asistencial, favoreciendo la personalización y una mejor adherencia. El elevado grado de madurez del asistente permitirá abordar la siguiente evolución tecnológica.



2 Medicina de Atención Primaria

GANADOR

Centro de Salud Oliver de Zaragoza

Mejora de la adherencia en pacientes con patología Cardiovascular Crónica en Prevención Secundaria desde la consulta de Atención Primaria

Objetivo del proyecto

De todos es sabido que la patología cardiovascular es la que provoca un mayor número de fallecimientos y que la adherencia a los tratamientos en patologías crónicas según la OMS ronda el 50% siendo imprescindible su cumplimiento para reducir eventos. Por otro lado, existe un escaso grado de “adherencia” de los profesionales sanitarios a las recomendaciones de las GPC (Guías de Práctica Clínica) tal y como reflejan numerosos estudios (DaVinciEurospire, Santorini, Reality). Había un doble objetivo: implementar medidas para mejorar el cumplimiento terapéutico y mejorar el grado de control en factores de Riesgo Cardiovascular revisando grado de control de estos.

Metodología

- ▶ Obtención listados pacientes diana del protocolo.
- ▶ Revisión historias clínicas y grado control FRCV.
- ▶ Listados pacientes cumplen objetivos para ser incluidos en el programa.
- ▶ Entrevista con el paciente para explicar motivos de inclusión.
- ▶ Obtención consentimiento informado.
- ▶ Instauración medidas mejora adherencia.
- ▶ Revisión grado implementación de las mismas.
- ▶ Valoración grado satisfacción por parte del paciente.
- ▶ Revisión mejora en grado control parámetros de RCV del paciente y posibles problemas.
- ▶ Eliminación tratamientos no indicados según proceda.

Resultados

Tras obtener listado de pacientes que estaban en tratamiento en Prevención Secundaria de ECV, se procedió a depurar el mismo de aquellos pacientes que podrían beneficiarse de una revisión de sus historias e instaurar medidas terapéuticas según las últimas evidencias

que faciliten el cumplimiento terapéutico y revisar la posible existencia de tratamientos “cronificados” no indicados y valorar su suspensión. Por otro lado, se aprovechaba para hacer una revisión de cumplimiento de objetivos terapéuticos para así mejorar el grado de control de los mismos en los casos necesarios.

El grado de satisfacción por parte del paciente ha sido del 100% y se le ha implicado en mayor medida en la mejora de la adherencia y cumplimiento terapéutico mejorando parámetros de control de FRCV.

Conclusión

- ▶ Revisión cumplimiento terapéutico en pacientes de muy alto riesgo cardiovascular.
- ▶ Revisión grado de consecución de objetivos según GPC.
- ▶ Implementación medidas de mejora en el grado de cumplimiento terapéutico mejorando éste.
- ▶ Contando con la conformidad del paciente tras explicación del proyecto.
- ▶ Satisfacción del 100% en los pacientes incluidos.
- ▶ Mejora en la adherencia y control FRCV.
- ▶ Suspensión tratamientos inadecuados.



3 Enfermería Hospitalaria

GANADORES

Unidad del Dolor del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid Programa de seguimiento de pacientes en tratamiento con opioides en la Unidad de Dolor del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid

Objetivo del proyecto

Con este proyecto impulsado por la Unidad del Dolor del Hospital Universitario Doce de Octubre se busca, por un lado, garantizar un correcto manejo por parte de los pacientes en tratamiento con opioides, y con ello, mejorar la adherencia terapéutica de los pacientes en tratamiento con opioides.

Metodología

El proyecto se ha realizado siguiendo un circuito definido, pero adaptado a cada paciente en el que, en primer lugar, el paciente llega a la enfermera tras haber sido visto por el médico. Las razones para comenzar el seguimiento de enfermería son tanto inicio, como ajuste o rotación de medicación opioide.

Los seguimientos son telefónicos y se realizan de manera estandarizada a la semana y al mes de la consulta en la que se pauta el opioide. Durante estas llamadas se realiza la valoración del paciente, el manejo y ajuste de la medicación, se le dan recomendaciones adaptadas a la información obtenida de la valoración y realizamos la resolución de la consulta telefónica.

Entre los años 2022 y 2023, se han atendido un total de 151 peticiones de seguimiento de pacientes en tratamiento con opioides. A todos estos pacientes se les ha realizado como mínimo dos llamadas telefónicas.

Resultados

Los resultados que obtuvimos con este seguimiento fueron los siguientes:

- ▶ En la primera semana de seguimiento telefónico, 138 pacientes de los 151 (86%) del total mantuvieron la correcta adherencia al tratamiento, y 23 de ellos (14%), decidieron abandonar el tratamiento por diferentes causas.
- ▶ De los 138 pacientes que continuaron con el tratamiento, en la llamada del mes, 122 (86%) continuaron con el tratamiento y 16 (14%) lo suspendieron.
- ▶ La aparición de efectos secundarios relacionados con la medicación fue la causa más frecuente de abandono del tratamiento, tanto en la primera llamada de seguimiento donde 20 de los 23 pacientes que abandonaron el tratamiento lo hicieron por esta causa, como al mes de seguimiento que fueron 10 de los 16 pacientes.
- ▶ Los efectos secundarios más repetidos que provocaron la suspensión del tratamiento con opioides, tanto a la semana como al mes, fueron mareos y malestar gástrico (náuseas y vómitos).
- ▶ Los pacientes que finalmente abandonaron el tratamiento con opioides a pesar de seguir el protocolo de seguimiento de la Unidad de dolor fueron 39 de un total de 151, lo que supone una adherencia al tratamiento del 74%.

Conclusión

Este seguimiento exhaustivo e individualizado a los pacientes en tratamiento con opioides ha permitido que la adherencia a este tratamiento durante estos dos últimos años haya sido muy positiva, puesto que se ha conseguido que el 74% de los pacientes hayan mantenido la adherencia al tratamiento. Este dato nos confirma la importancia de este programa de seguimiento y la utilidad que tiene en la adhesión de los pacientes que son tratados en la unidad del dolor.

Lideraron la estrategia e implementación de los planes de acción en vacunación antigripal y desempeñaron un papel muy importante en la adherencia de los pacientes a la misma, disminuyéndose la tasa de hospitalizaciones y mortalidad, aún más con la coincidencia temporal con la pandemia por COVID-19, que hizo especialmente importante la vacunación de gripe para reducir las complicaciones causadas por ambas enfermedades.

Unidad de Atención Domiciliaria de Neumología del Servicio de Neumología del Hospital 12 de Octubre de Madrid

Impacto de la adhesión a un programa de Atención Domiciliaria para pacientes EPOC frágiles en la reducción de ingresos y visitas a urgencias

Objetivo del proyecto

- ▶ El programa de Atención al Paciente EPOC Frágil tiene como objetivo fundamental reducir de forma significativa los ingresos hospitalarios y/o las visitas a urgencias por agudizaciones grave y mejorar la calidad de vida de los pacientes y cuidadores.
- ▶ Aumentar la satisfacción, el conocimiento de la enfermedad y el cumplimiento terapéutico del paciente, dotándole un mejor automanejo de la enfermedad que le permita el desarrollo de capacidades para poder prevenir agudizaciones de su enfermedad.
- ▶ Asegurar la continuidad en la atención de los pacientes, mejorar la adherencia terapéutica.
- ▶ Reducir costes y ajustar el gasto sanitario a las necesidades.

Metodología

Los pacientes candidatos a formar parte de programa son aquellos que tengan diagnóstico confirmado de EPOC y al menos tres agudizaciones que hayan precisado ingreso hospitalario en el año previo a la inclusión en el programa.

La actividad del programa incluye tanto visitas presenciales como telefónicas. Como parte de la actividad programada, las visitas presenciales se realizan en su totalidad en el domicilio del paciente llevándose a cabo trimestralmente o según los requerimientos del paciente e intercalando llamadas telefónicas cada mes y medio. Las visitas son llevadas a cabo principalmente y de manera autónoma por la enfermera referente del programa.

Los pacientes disponen de un número de teléfono de contacto activo con la enfermera de lunes a viernes en horario de 8 a 15h en el que pueden contactar ante cualquier incidencia. Si es necesario se realizan visitas en domicilio y llamadas a demanda del paciente fuera del seguimiento programado.

Resultados

Se ha realizado un estudio descriptivo y analítico con reclutamiento prospectivo de casos, en el que se incluyeron aquellos pacientes que presentaron al menos tres agudizaciones de EPOC que precisaron ingreso hospitalario en el año previo a la inclusión al programa.

Se incluyeron 143 pacientes, 76% varones, con una edad media de 73.64 años (DE 10,4) entre agosto de 2017 y marzo de 2024. Se han realizado 820 llamadas de teléfono y 490 visitas domiciliarias al año de media (entre las programadas y a demanda).

La media de agudizaciones graves (definidas como aquellas que requieren ingreso hospitalario o visita a urgencias) el año anterior a la inclusión de los pacientes en el programa fue de 4.43, y la media de solo ingresos hospitalarios el año previo de 3.55, lo que traduce una fase avanzada de la enfermedad y mal pronóstico.

Tras la puesta en marcha del programa, la tasa de agudizaciones graves se redujo a 1.78 y la media de solo ingresos a 1.35, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. La media de agudizaciones detectadas y tratadas en el domicilio durante el desarrollo del programa fue de 2,85 (DE 2,24).

El programa de atención integral al paciente EPOC llevado a cabo en el Hospital 12 de Octubre reduce a la mitad los ingresos hospitalarios y los ingresos hospitalarios junto a las visitas a urgencias por agudización de EPOC en el primer año de seguimiento.

Este programa de seguimiento ha evitado una media de dos ingresos al año por paciente.

Conclusión

El programa de atención integral al paciente EPOC ha demostrado una reducción de más dos ingresos por año al paciente con una atención integral en el domicilio del paciente, permitiéndonos una actuación temprana en las agudizaciones. Los pacientes reciben una educación integral por parte de la enfermera responsable sobre el manejo y técnica de inhalación, adhesión al tratamiento, manejo de las TRD, conocimiento de la enfermedad, reconocimiento de signos y síntomas de agudización, permitiendo la existencia de un paciente experto. Además, incluye consultas de seguimiento para fortalecer aspectos de la educación terapéutica siendo una de las mejores herramientas para mejorar el pronóstico de su enfermedad.

Las enfermeras y los cuidados que brindamos tienen el potencial de vertebrar, planificar y llevar a cabo todas aquellas intervenciones encaminadas a mejorar la adhesión del paciente con EPOC y disminuir los efectos indeseables de la baja adhesión.

Unidad Multidisciplinar de Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa (EPID) del Hospital Universitario La Paz-Carlos III-Cantoblanco de Madrid

Mejora de la adherencia y resultados en salud en pacientes con Enfermedad Pulmonar Intersticial, en tratamiento con antifibróticos, mediante una consulta de enfermería de práctica avanzada

Objetivo del proyecto

Objetivo principal: Mejorar los resultados en salud en pacientes con EPID, en tratamiento con antifibróticos, a través de una consulta de enfermería de práctica avanzada en el HULP.

Objetivos específicos:

- ▶ Identificar el manejo de los efectos adversos de los tratamientos antifibróticos en pacientes con FPI y FPP.
- ▶ Evaluar el impacto de un programa de educación sanitaria sobre la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con fibrosis pulmonar.
- ▶ Conocer la satisfacción del paciente con el tratamiento farmacológico para la EPID.
- ▶ Conocer el impacto psicosocial de la EPID en la vida de los pacientes.
- ▶ Conocer la satisfacción del paciente.

Metodología

- ▶ Diseño del estudio: Estudio de enfoque cuantitativo, diseño descriptivo, de corte trasversal.
- ▶ Población a estudio: dentro de la población diana, se seleccionarán aquellos pacientes que cumplan los criterios de inclusión expuestos a continuación.
- ▶ Descripción de la intervención: Todos los pacientes que comienzan con tratamiento antifibróticos en la consulta multidisciplinar de EPID en el Hospital Universitario de la Paz, serán derivados a consulta de enfermería para la valoración integral inicial y el posterior seguimiento sobre su estado de salud y adherencia terapéutica.

Resultados

- ▶ Será la figura sanitaria que acompañará en todo momento asistencial al paciente, estando presente en el momento del diagnóstico, cuidando y valorando las necesidades cambiantes en el progreso de la enfermedad, y acompañando en el momento final. Mejorando la accesibilidad al sistema sanitario, y evitando visitas a urgencias y duplicidades, coordinando a los distintos profesionales que interfieren en su atención.
- ▶ Controlará la adherencia al tratamiento, dando las herramientas al paciente para la gestión de su autocuidado, y de esa forma conseguir una correcta adherencia al tratamiento, disminuyendo los efectos adversos y evitando que interfieran en su calidad de vida.
- ▶ Por otro lado, la creación de la consulta de enfermería ha supuesto una mejor distribución de la carga de trabajo, facilitando el acceso a primeras consultas y mayor accesibilidad a los pacientes a una consulta especializada de alta complejidad de EPID, mediante una gestión eficiente de los recursos.

Conclusión

La complejidad y gravedad de la patología EPID, hace que sea esencial el abordaje multidisciplinar por un equipo de expertos en la enfermedad. Tenemos datos preliminares que nos hacen pensar en la viabilidad del proyecto, y las mejoras conseguidas al paciente, por lo que abre la puerta a futuras investigaciones con un mejor diseño del proyecto, como exponemos en esta iniciativa, de forma más sistemática y medir los resultados obtenidos.

FINALISTA

Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba

Escuela de fomento de adherencia vacunal

Objetivo del proyecto

La Escuela de Fomento de Adherencia Vacunal (EFAV) tiene como objetivo mejorar la adherencia a la vacunación en pacientes de riesgo. Se enfoca en proporcionar información clara sobre vacunas, desmitificar conceptos erróneos, establecer un diálogo abierto entre pacientes y profesionales, fomentar la participación activa del paciente en su salud, y garantizar una mejor comprensión y adherencia al proceso de vacunación, asegurando así una atención de calidad. La EFAV no solo proporciona beneficios en términos de salud y bienestar, sino que también representa una oportunidad para generar ahorros significativos en los costes sanitarios a largo plazo.

Metodología

Este proyecto se orienta hacia una educación personalizada y una conexión efectiva con nuestros pacientes, reconociendo las particularidades de sus condiciones médicas y la importancia de la prevención en su atención a través de una serie de sesiones formativas con una metodología interactiva, donde la educación, la participación y la conexión se entrelazan para forjar un camino hacia una gestión preventiva más informada y efectiva de la salud, garantizando así que el paciente finalice su proceso de vacunación.

Resultados

Durante el cuarto trimestre del año 2023, un total de 89 pacientes participaron en nuestra Escuela de Fomento de Adherencia Vacunal (EFAV). Tras llevar a cabo un análisis exhaustivo que abarcó diversas áreas para evaluar el impacto y la efectividad del programa, garantizando así una comprensión completa de su rendimiento y orientarlo a futuras mejoras, se pudo observar lo siguiente:

- ▶ Se registró un notable incremento en el conocimiento de los participantes sobre la importancia de la vacunación, evidenciando una comprensión más sólida de los beneficios y la importancia de las vacunas en la prevención de enfermedades.
- ▶ Se observaron mejoras significativas en la adherencia al proceso de vacunación entre los participantes. De hecho, el 100% de los pacientes que participaron en la EFAV completaron su calendario vacunal recomendado, lo que demuestra un compromiso sólido con su salud y bienestar.
- ▶ Las encuestas de satisfacción revelaron una valoración muy positiva por parte de todos los pacientes que asistieron a la EFAV. Esto indica un alto nivel de satisfacción con el programa, destacando la utilidad percibida de las sesiones educativas y la calidad de la atención recibida por parte de nuestro equipo de profesionales.

Conclusión

Tras el análisis de los resultados llevado a cabo, encontramos que el 100% de los pacientes que participaron en nuestra EFAV lograron completar su calendario vacunal recomendado. Este logro representa un hito significativo en nuestro compromiso con la mejora de la adherencia terapéutica al proceso de vacunación, en línea con nuestro objetivo de salvaguardar la salud y el bienestar de nuestros pacientes. En resumen, la EFAV no solo proporciona beneficios en términos de salud y bienestar, sino que también representa una oportunidad para generar ahorros significativos en los costes sanitarios a largo plazo, al evitar enfermedades prevenibles por vacunación y optimizar el uso de los recursos de la atención sanitaria.

Estas conclusiones validan el impacto positivo de nuestra escuela y refuerzan nuestro compromiso continuo con la mejora de la adherencia terapéutica a la vacunación.

4 Enfermería de AP



GANADOR

Gerencia de Atención Primaria Valladolid Oeste

Intervención comunitaria en cuidadores informales: Favoreciendo hábitos saludables

Objetivo del proyecto

El objetivo del proyecto es promover la adherencia al cuidado saludable por el conjunto, persona cuidada-cuidador, mejorando y propiciando una actitud adecuada ante el cuidado a través de la adquisición de herramientas que potencien el autocuidado, mejoren la motivación, ayuden a la búsqueda de alternativas saludables para cuidar y cuidarse por medio de intervenciones comunitaria con la población diana.

Metodología

Tras una formación de profesionales sanitarios con metodología ProCC (Procesos Correctores Comunitarios) se realizaron varias intervenciones comunitarias dirigidas a cuidadores informales del área de salud Valladolid Oeste.

Se realizan 6 sesiones con periodicidad semanal de dos horas de duración cada una y ubicación en centros sanitarios, para mayor adherencia al proyecto, con grupos de 15 a 25 personas y una disposición en círculo para fomentar la comunicación.

Las sesiones se estructuran en varios momentos utilizando distintos recursos que fomentan la participación y exposición de los sentimientos desde un ámbito común, en el que se sientan seguros de expresarse sin miedo a ser juzgados. La temática es distinta, pero mantienen un mismo hilo conductor, "el cuidador y su cuidado":

- ▶ Planteamiento de la problemática del rol del cuidador.
- ▶ Roles de género.
- ▶ Espacios de salud.
- ▶ Duelos y sentimientos.
- ▶ Buscar alternativas.
- ▶ Integración y evaluación.

Resultados

Los resultados en la encuesta de satisfacción reflejan que, el 93 % de encuestados se encontraban muy satisfechos con la actividad realizada y el 7 % restante con un 9 en una escala tipo Likert valorada del 1 al 10, donde 1 era nada satisfecho y 10 muy satisfecho.

Del total de encuestados valorando la utilidad de la actividad con una escala tipo Likert valorada del 1 al 10 donde 1 era nada útil y 10 muy útil, el 80% dio una puntuación de 10 (muy útil) y el 20% restante de 9.

Los resultados del test de Zarit en la primera sesión pre talleres indicaron que un 37.5% de los participantes no presentaban ningún tipo de sobrecarga y este mismo porcentaje presentaba sobrecarga ligera, el 25% restante presentaban una sobrecarga intensa.

Los resultados del test de Zarit en último taller, post talleres indicaron que tras la realización de la intervención el porcentaje de personas que acabaron sin sobrecarga fue del 53,33, disminuyendo el porcentaje de los que presentaban sobrecarga ligera previo a la intervención a un 10% y aumentando a un 26.66% aquellos que presentaban sobrecarga intensa.

Conclusión

Estos datos evidencian que, aunque la sobrecarga intensa aumento en un 1,66% (quizá se debe a que había pacientes que no podían identificarla) antes de la intervención, la sobrecarga total disminuyó. Esto, junto con la buena acogida de la intervención por parte tanto de los participantes como de los equipos de salud hace que se prevea la continuación de esta.

Se ha conseguido, a través de dichas intervenciones, crear una red social que se mantiene a día de hoy de apoyo y fomento los hábitos saludables en el cuidado.

FINALISTAS

Centro de Salud Villafranca del Bierzo de León con la colaboración y financiación de la Gerencia de Asistencia Sanitaria Bierzo (GASBi)

Programa de abandono de hábito tabáquico grupal: I Edición

Objetivo del proyecto

Objetivo principal: Favorecer que los asistentes encuentren el apoyo y estímulo necesario para abandonar definitivamente el hábito tabáquico.

Objetivos específicos:

- ▶ Probar y medir la efectividad de los talleres grupales para que los fumadores sean capaces de dejar de fumar a corto, medio y largo plazo.
- ▶ Establecer conclusiones sobre la eficacia del programa pilotado una vez concluido como la conveniencia o no de repetirlo con nuevos grupos, en cuyo caso si resultase afirmativo, estableceríamos las medidas oportunas para mejorarlo.

Metodología

Se eligió una metodología que combinaba una dinámica de grupo de trabajo “abierta y libre” con una serie de sesiones semanales dirigidas a un grupo de fumadores con deseo de abandonar este nocivo hábito, que recibieron el apoyo y las herramientas necesarias para conseguir su objetivo, en su centro de salud, y de una manera interactiva y colaborativa, resultando ser muy efectiva.

Resultados

La intervención para la cesación tabáquica ha demostrado ser efectiva, con un 77.78% de los participantes logrando dejar de fumar. La interpretación de estos resultados refleja el éxito de un enfoque integral que combina sesiones grupales, evaluaciones médicas y apoyo individualizado.

Además de los beneficios para la salud, la estadística del 77.78% destaca la capacidad del programa para generar cambios significativos en el comportamiento tabáquico.

No es posible evaluar por el momento los efectos para la salud en los participantes a medio y largo plazo.

El análisis económico revela otro aspecto impactante de la intervención: un ahorro sustancial para los participantes. El cese del consumo de 20 cigarrillos diarios se traduce en un ahorro mensual de 136 euros por persona y un ahorro grupal anual de 11.417 euros.

La efectividad de la presente intervención para la cesación tabáquica se compara favorablemente con investigaciones previas en este campo. La tasa de éxito del 77.78% supera las tasas de cesación observadas en estudios similares que incorporan estrategias multidisciplinares en terapias grupales, esto a priori, y sin tener en cuenta las limitaciones, ya que La ausencia de varios participantes en algunas sesiones podría haber afectado los resultados. Además, la falta de un grupo de control limita la capacidad de establecer comparaciones formales y generalizar los resultados a poblaciones más amplias.

La duración limitada de la intervención también puede plantear interrogantes sobre la sostenibilidad a largo plazo.

Conclusión

La intervención para la cesación tabáquica llevada a cabo ha sido un logro significativo, evidenciado por la tasa de éxito del 77.78% en la cesación del tabaco por parte de los participantes. Este resultado refleja el compromiso y la eficacia de la estrategia multidisciplinar implementada, que abordó tanto aspectos sanitarios como psicosociales del hábito tabáquico.

Además de la cesación tabáquica, los participantes experimentaron mejoras sustanciales en su bienestar general y calidad de vida. La significativa reducción del consumo de cigarrillos, combinada con las mejoras en la salud física y mental, subraya el impacto positivo de la intervención en la vida de los individuos.

Centro de Salud Paredes de Nava de Palencia de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (SACyL)

Mejora en la adherencia de la campaña vacunal Herpes Zoster: Campaña 2023

Objetivo del proyecto

Comienza una campaña nueva en la vacunación del Herpes Zoster, nos proponemos mejorar la adherencia a dicha campaña, informar proactivamente de la campaña, monitorizar posibles efectos secundarios, proponer mejoras para las siguientes campañas y promover el manejo de los planes de cuidados.

Metodología

- ▶ Muestreo de la población total de la zona del C.S. Paredes de Nava de los nacidos en los años 1957 y 1958, según campaña.
- ▶ Información telefónica y/o presencial de la campaña de vacunación a la muestra.
- ▶ Selección de los que aceptan la vacunación.
- ▶ Recogida de datos mediante encuesta auto rellenable, revisión de historia clínica en Medora, y/o consulta telefónica tras la segunda dosis y anual la aplicación EHSE y Excel.
- ▶ Registro del Plan de Cuidados en Medora.

Resultados

- ▶ Se capta al 100% de la población y aceptan la vacunación el 56.94%. Entre la primera y segunda dosis hubo 2 pérdidas 1 por exitus causa accidental y 1 por rechazo al padecer Herpes entre ambas dosis.
- ▶ De los que realizaron la encuesta, 87.50% se enteraron de la campaña vacunal por medio de su Enfermera de referencia, 10% por su médico y 2,50% por medio de amigos.
- ▶ En total tuvieron algún tipo de reacción 62.50%, de los cuales únicamente lo han notificado 8%, uno lo hizo al médico y otro a su Enfermera de referencia.
- ▶ Sobre los efectos secundarios, dolor en el lugar de inyección 55%, ninguno tuvo reacciones de inflamación o eritema.
- ▶ Entre las reacciones sistémicas escalofríos 12.50%, fiebre 10%, cansancio 20%, malestar general 5%, gastrointestinales 5%.
- ▶ Surgió 1 caso de Herpes entre la primera y segunda dosis y 0 casos con vacunación completa.
- ▶ En el 100% de las historias en Medora se registraron datos del Plan de Cuidados.

Conclusión:

No hemos encontrado indicadores óptimos de vacunación Herpes. Creemos que la cobertura obtenida con las dos dosis 54% es bastante baja para conseguir un umbral de cobertura vacunal óptimo. Aun así, hemos obtenido unos datos bastante buenos en comparación con las medias de los C.S de Palencia 31% y Castilla y León 32%.

Casi el 66% tuvieron reacción a la vacuna, hemos observado que no se notifica, proponemos realizar un documento informativo que entregaremos en la campaña vacunal 2024, sobre aspectos generales de la vacuna, efectos secundarios y como notificar a su médico o enfermera, o bien al Sistema Español de Farmacovigilancia a través de <https://www.notificaram.es>.

Al aparecer 1 caso de Herpes entre ambas dosis, nos parece importante continuar con el seguimiento de la aparición de herpes en los usuarios vacunados.

Alcanzar 100% de los planes de cuidados, nos parece un logro bastante significativo para la profesión enfermera aportando calidad asistencial.

Gerencia de Atención Primaria Valladolid Oeste

Proyecto paciente activo en Diabetes Tipo 2

Objetivo del proyecto

El proyecto tiene como principal objetivo informar y capacitar al paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2 para que adquiera los conocimientos necesarios, las habilidades y conductas positivas que le permitan asumir con responsabilidad y proactividad el cuidado de su salud y de su enfermedad, permitiéndole así lograr el mayor grado de bienestar y autonomía posible.

Metodología

El proyecto consta de 3 fases:

- ▶ Fase 1: Formación de los profesionales sanitarios: sobre metodología del proyecto, conocimientos en diabetes, comunicación y motivación.
- ▶ Fase 2: Formación de pacientes activos formadores: los profesionales sanitarios captan y realizan la formación a pacientes con diabetes del centro de salud para ser pacientes formadores de otros pacientes con su mismo problema de salud.

- ▶ Fase 3: Formación a pacientes con diabetes tipos 2: pacientes activos formadores imparten talleres a otros pacientes con diabetes tipo 2, con la asistencia de un profesional sanitario que actúa como observador.

Los contenidos de las sesiones serán los mismos que en la Fase 2, sin una última sesión de comunicación, desarrollándose en 5 sesiones con un total de 10 horas:

- ▶ Sesión 1: Conceptos generales del proyecto y la diabetes.
- ▶ Sesión 2: Alimentación y Ejercicio Físico.
- ▶ Sesión 3: Autocuidado.
- ▶ Sesión 4: Tratamiento.
- ▶ Sesión 5: Conviviendo con la enfermedad.

Resultados

Durante el año 2023 se han realizado en el área de salud Valladolid Oeste 5 cursos de la fase 3 y 51 personas con diabetes tipo 2 han recibido la formación de pacientes activos formadores.

La intervención educativa ha sido realizada por cuatro centros de salud: Centro de salud Sur, Parquesol, Pisuerga y consultorio La Cistérniga.

Para evaluar la actividad y el impacto de la misma en la salud de los pacientes se ha incluido una valoración cuantitativa y cualitativa.

Para la evaluación cuantitativa se han incluido los siguientes parámetros clínicos: hemoglobina glicosilada, tensión arterial, índice de masa corporal, perímetro abdominal y colesterol total, HDL Y LDL.

Para la evaluación cualitativa se ha utilizado el cuestionario de calidad de vida versión en español del DQOL (Diabetes Quality of life) y el test sobre actitudes y motivaciones (Das-3 sp).

Ha sido realizada la evaluación inicial cualitativa y cuantitativa, quedando pendiente obtener los datos totales de la evaluación semestral y anual.

Al final del curso se ha realizado una encuesta de satisfacción para valorar contenido, orden y desarrollo de las sesiones, material e información recibida, conocimientos y capacidades de los pacientes activos formadores, conocimientos adquiridos y recursos utilizados. La puntuación media obtenida utilizando una escala Likert del 1 al 5, siendo 1 poco adecuado o poco útil y 5 muy adecuado o muy útil ha sido de 4 puntos.

Conclusión:

Teniendo en cuenta que los pacientes en la fase 3 son el objetivo final de la actividad, se pretende que cada vez más sean las personas formadas en contenidos sobre autocuidado y conductas saludables, potenciando el rol del paciente con diabetes tipo 2 como principal responsable del cuidado de su salud.

Otro punto de interés es desarrollarlo con más profundidad en el medio rural y también potenciar la participación de las mujeres.

La puntuación media obtenida en la encuesta de satisfacción nos indica un grado de satisfacción alto por parte de los pacientes que han realizado la formación lo que nos impulsa a continuar con el proyecto en todas sus fases.



GANADORES

Servicio de Farmacia del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid Atención farmacéutica integral en pacientes con Fibrosis Pulmonar: Mejorando la adherencia y resultados en salud

Objetivo del proyecto

Diseñar un programa de atención farmacéutica específica para pacientes diagnosticados de Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa (EPID) en tratamiento antifibrótico, centrándose en un enfoque integral que aborde las necesidades únicas de estos pacientes, además de la integración del farmacéutico en el grupo multidisciplinar responsables de su cuidado. Con este proyecto, el farmacéutico se convierte en una figura clave que garantiza la optimización terapéutica y potencia la seguridad.

Metodología

- ▶ Integración del farmacéutico hospitalario especialista en patologías respiratorias en el Comité EPID del hospital.
- ▶ Diseño de una consulta de atención farmacéutica al inicio y en el seguimiento a pacientes en tratamiento con pirfenidona y nintedanib (tratamiento antifibrótico).
- ▶ Desarrollo de una vía de comunicación paciente-farmacéutico para la resolución de dudas en cualquier momento.
- ▶ Análisis de los datos obtenidos durante las consultas de atención farmacéutica.

Resultados

- ▶ Desde mayo 2022 a diciembre 2023 se ha atendido a 66 pacientes en tratamiento antifibrótico.
- ▶ La adherencia media de estos pacientes fue del 98,4%, por encima de lo reportado en otras patologías crónicas y en otras series de pacientes con el mismo tratamiento.
- ▶ El 62,1% de los pacientes presentaron algún efecto adverso, el 38,1% requirió ajuste de dosis y el 26,2 % suspendieron el tratamiento.
- ▶ Se han registrado 164 llamadas telefónicas, de las cuales el 38,4% fueron llamadas no programadas para consultar por efectos adversos que los pacientes consideraban no podían esperar a la próxima revisión.
- ▶ El coste medio por paciente/año en tratamiento antifibrótico se ha reducido en 4.167,7€ por paciente, en comparación con el año 2022 (previo a la implantación de la consulta).

Conclusión

Como conclusión, consideramos que el programa de atención farmacéutica especializada para pacientes con EPID y tratamiento antifibrótico ha contribuido a la promoción de la salud por los motivos siguientes:

- ▶ Educación detallada sobre el tratamiento y manejo de la enfermedad.
- ▶ Refuerzo y mejora de la adherencia al tratamiento
- ▶ Estrategias personalizadas para la gestión de efectos adversos.
- ▶ Monitorización y seguimiento proactivo adaptado a las necesidades de cada paciente.
- ▶ Herramientas para fomentar una la comunicación efectiva.

Contribución a la sostenibilidad del sistema sanitario mediante la reducción del coste medio por paciente

Servicio de Farmacia Hospitalaria del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla Mejora de la adherencia al tratamiento en pacientes con Asma grave beneficiarios de un tratamiento biológico

Objetivo del proyecto

Evaluar la efectividad de una intervención psicoeducativa combinada con seguimiento farmacéutico para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con asma grave, y examinar cómo esta mejora en la adherencia afecta el uso eficiente de Benralizumab, un tratamiento biológico costoso, además de determinar si al asegurar una alta adherencia, se puede optimizar la relación costo-efectividad del tratamiento, reduciendo así los costos sanitarios asociados y mejorando los resultados de salud de los pacientes.

Metodología

El proyecto consistió en la optimización de la comunicación entre el paciente y el personal sanitario, con una combinación de llamadas telefónicas realizadas por el farmacéutico y consultas presenciales con su neumólogo. El objetivo de estas intervenciones es educar al paciente, resolver dudas, disminuir temores relacionados con el tratamiento y fortalecer la relación médico-paciente para fomentar una toma de decisiones compartida.

Resultados

Al comienzo del estudio, un 67,2% (TAI) y un 67,8% (TPM) de los pacientes eran adherentes. De los identificados como no adherentes, el 57,6% lo eran por ambos parámetros, 19 pacientes en concreto. Estos junto con los 28 que sólo fueron no adherentes en uno de los parámetros, fueron los que recibieron la intervención y se reevaluaron a los 6 meses. Después de esta, realizando una medida de la adherencia a los 6 meses, un 91,5% (43 pacientes) mejoró su adherencia permitiendo el acceso al tratamiento biológico. En consiguiente, el control del asma mejoró después de la intervención, aumentando la prueba del control del asma (ACT) de 18,3 a 19,5. La función respiratoria también se vio aumentada de 67% a 70%.

Conclusión

El proyecto ha demostrado ser una iniciativa significativa en la mejora de la adherencia al tratamiento en pacientes con asma grave. Se logró no solo el cumplimiento del tratamiento, sino también aumentar su compromiso y confianza en el manejo de su condición. Una proporción significativa de pacientes que inicialmente fueron clasificados como no adherentes mejoraron su adherencia post-intervención, lo que permitió el inicio seguro y efectivo de tratamientos biológicos costosos, además de una mejoría en los parámetros clínicos del control del asma y la función respiratoria secundaria. Estos hallazgos contribuyen a la disminución del uso de recursos sanitarios de emergencia y hospitalizaciones, traduciéndose en una gestión de costes más eficiente. Por lo tanto, La implementación de estas estrategias podría proporcionar mejoras sustanciales en la gestión del asma grave, reduciendo las cargas económicas y mejorando la calidad de vida de los pacientes.

FINALISTAS

Farmacia Hospitalaria en colaboración con la Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid

AFEMHAP: Atención Farmacéutica y Envío de Medicación a domicilio en pacientes con Hipertensión Arterial Pulmonar

Objetivo del proyecto

El objetivo principal de nuestro proyecto es evaluar el impacto de un servicio de telefarmacia para pacientes con hipertensión pulmonar en la adherencia a su tratamiento.

Como objetivos secundarios estudiaremos la percepción del paciente respecto a: el acceso a la información sobre su medicación, la prevención de errores de medicación e interacciones, la mejora de la adherencia, la comodidad y la mejora de su calidad de vida.

Metodología

Estudio pretest-postest realizado desde noviembre 2021 hasta junio 2023. Se reclutaron aquellos pacientes con HP que recibieron la primera dispensación domiciliaria entre noviembre 2021 y diciembre 2022 y que hubieran recibido tratamiento en nuestro centro al menos 6 meses antes. Se excluyeron aquellos que solicitaron la entrega a domicilio en menos de 2 ocasiones.

Las variables recogidas fueron sexo, edad, uso de medicación intravenosa, adherencia de los 6 meses previos a la inclusión y de los 6 meses posteriores y grado de satisfacción con el programa y mejora de calidad de vida, mediante cuestionario de puntuación (0-10). Se midió la adherencia mediante el cálculo de entregas de medicación y mediante el test Morisky-Green.

Se utilizó el programa STATA® para el análisis estadístico. Para la comparación de adherencia pre y post intervención se realizaron la prueba t de Student-Fisher para datos apareados y la prueba de rangos con signos de Wilcoxon.

Resultados

68 pacientes iniciaron en nuestro proyecto entre noviembre de 2021 y diciembre de 2022, lo que supone un 20-25% de los pacientes con hipertensión pulmonar que se atienden en la unidad.

El número de pacientes adherentes fue de 55 (80,88%) previo al uso de telefarmacia y 62 (91,18%) tras la intervención. Las medias de adherencia antes y después del servicio de telefarmacia fueron 93,03% (IC95% 90,50 – 95,56) y 96,66% (IC95% 95,31 – 98,02) respectivamente. La diferencia de medias fue de +3,63% (IC95% 1,1 – 6,17) ($p < 0,05$).

Analizando el subgrupo de pacientes “no adherentes” previo a la participación en el programa de telefarmacia (N=13), las medianas de adherencia pre y post fueron 79,79% (IQI 65,88 – 83,58) y 95,24% (IQI 93,75 – 100) respectivamente. La mediana de las diferencias fue de +16,42 puntos (IQI 12,23 – 22,14) ($p < 0,05$), siendo el cálculo del tamaño del efecto 0,62.

51 pacientes respondieron a las encuestas de satisfacción y calidad de vida, valorando muy positivamente el servicio: 9,12 sobre 10 a la mejora de información, 9,84 a la prevención de errores e interacciones, 9,73 a la mejora de la adherencia, 9,81 a la comodidad y 9,92 a una mejora en la calidad de vida.

Conclusión

La Telefarmacia ha ejercido un efecto positivo en la adherencia de los pacientes con HP, sobre todo en aquellos con una adherencia al tratamiento disminuida.

Así mismo, se ha visto un alto grado de satisfacción global con el servicio. Los pacientes destacan una mejora en la calidad de vida y una mayor seguridad frente a errores y prevención de interacciones.

Limitaciones:

- ▶ Puede haber una falta de detección de necesidades tanto por el personal de farmacia como de cardiología, por lo que el número de participantes puede verse disminuido.
- ▶ Los cálculos de adherencia no son 100% fiables y exactos, por norma general sobreestiman el valor, bien sea por miedo a una respuesta negativa o a la tendencia

general a percibir una mayor adherencia a la real (cuestionarios) o por la falta de certeza absoluta de correlación entre las entregas con la toma correcta de medicación.

Servicio de Farmacia del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid

Mejora de la adherencia terapéutica en pacientes pediátricos mediante un programa de entrenamiento para aprender a tragar formas orales sólidas en consulta de Atención Farmacéutica

Objetivo del proyecto

El objetivo del proyecto fue implantar un programa de entrenamiento para aprender a tragar cápsulas y comprimidos liderado por farmacéuticos de hospital a fin de asegurar el cumplimiento terapéutico, desde el inicio, en pacientes con escasas alternativas terapéuticas y mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico en aquellos pacientes pediátricos con dificultades previamente detectadas.

Metodología

La ejecución y desarrollo del proyecto se dividió en cinco fases. Al detectar que algunos pacientes pediátricos con patologías crónicas acudían al Servicio de Farmacia a recoger medicación y no sabían, o tenían mucha dificultad para tragar cápsulas o comprimidos, vimos la necesidad de crear un programa de entrenamiento que permitiera a los niños aprender a tragar formas orales sólidas de una manera autónoma y natural, favoreciendo así la adherencia a este y futuros tratamientos. Tras realizar una búsqueda bibliográfica sobre el tema, se diseñó el programa proponiendo a los pacientes que empezaran el entrenamiento con caramelos pequeños e ir poco a poco aumentando el tamaño de los mismos. Se entregó material didáctico y juegos para motivar a los pacientes a realizar el entrenamiento y se programó un seguimiento posterior exhaustivo de cada paciente para evaluar la adherencia al tratamiento.

Resultados

Desde que se pudo en marcha el programa en septiembre de 2021, se ha ofertado a un total de 15 pacientes, de los cuales 14 aceptaron la participación en el mismo. La mitad de los pacientes que participaron fueron mujeres y la mediana de edad fue de 7,5 años (rango intercuartílico: 6-11). Todos los pacientes incluidos en el programa padecían patologías crónicas que precisaban tratamiento con medicación oral.

De los 14 pacientes, 12 lograron el objetivo de aprender a tragar cápsulas y comprimidos con éxito y 2 continúan en el programa sin haber conseguido su objetivo por el momento. Todos los pacientes que aprendieron a tragar cápsulas y comprimidos reportaron verbalmente buena adherencia al tratamiento tras la participación en el programa. Para todos ellos, la periodicidad de las dispensaciones de medicación en el programa informático Farmatools® se tradujo en un 100% de adherencia al tratamiento farmacológico. Ningún paciente, salvo uno de los que aún no han conseguido el objetivo, tuvo que manipular la forma farmacéutica para su administración, pudiendo alcanzar una adecuada adherencia terapéutica de forma segura, obteniendo, potencialmente, los máximos resultados en salud posibles derivados del tratamiento.

Cuatro de los pacientes que participaron en el programa, pertenecían a programas de ensayo clínico sin ninguna alternativa terapéutica más que la derivación a la unidad de cuidados paliativos. Los cuatro consiguieron aprender a tragar, pudiendo así asegurar su participación en el ensayo y mantener una adherencia óptima al tratamiento que les permitió.

Conclusión

La implementación de un programa de entrenamiento para aprender a tragar cápsulas y comprimidos mejora la adherencia al tratamiento farmacológico y fomenta el cumplimiento

terapéutico en pacientes pediátricos con escasas alternativas de tratamiento. Aprender la habilidad de tragar formas orales sólidas permite a niños con patologías crónicas afrontar con mayor confianza y seguridad el momento de la administración de la medicación. Además, lograr que los pacientes traguen las cápsulas o comprimidos intactos, minimiza el estrés que la manipulación de estos puede generar en el domicilio, generando mayor tranquilidad en el entorno familiar de cara a futuros tratamientos.



6 Farmacia de AP

GANADOR

Unidad de Gestión Clínica de Farmacia de AP del Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir del Servicio Andaluz de Salud

Conociendo y actuando sobre la mejora de adherencia terapéutica en Atención Primaria

Objetivo del proyecto

El objetivo del proyecto es conocer la adherencia, para lo que seleccionamos los fármacos y a través de diferentes bases de datos, pudimos identificar que pacientes tenían prescrito estos tratamientos y sin embargo no los estaban retirando para su dispensación en la Oficina de farmacia.

En aquellos pacientes donde se confirmó este problema, se habilitó un sistema de comunicación directa al médico para informar de la falta de adherencia a través de la Anulación cautelar. En ella se informaba del problema con el fin de que los médicos se pusiesen en contacto con los pacientes para proponer cambios en el tratamiento o adecuación del mismo.

Metodología

Farmacia de atención primaria cruzo dos bases de datos de prescripción y de fecha de dispensación de los medicamentos en la oficina de farmacia.

Con esta información y a través del Programa RStudio pudimos sacar los pacientes que aun teniendo prescritos los medicamentos no habían recogido el medicamento en la oficina de farmacia en un periodo de tiempo que marcamos desde la Unidad de farmacia.

La población diana eran paciente en tratamiento con:

- ▶ SYSADOAS y que llevaban más de 6 meses sin retirar el tratamiento de la oficina de farmacia.
- ▶ Hierro y que llevaban más de 120 días sin retirar.
- ▶ Calcio bucodispersable diario y que llevaban más de 6 meses.

Una vez seleccionados, donde detectábamos un posible fallo de adherencia y el paciente seguía sin retirar el tratamiento se comunicaba a través de Anulación cautelar a los médicos a los que estaba adscrito con el fin de que el médico contactase con el paciente con el fin de subsanar el problema.

Resultados

Los datos que obtuvimos fueron los siguientes.

Pacientes detectados con posible fallo de adherencia por fármaco:

- ▶ Sysadoas: 414.
- ▶ Hierro: 1040.
- ▶ Calcio bucodispersable: 856.

Tras la revisión y la intervención encontramos los siguientes datos:

- ▶ Se anula el tratamiento por no adherencia en el 47.32% (Sysadoas), 21.83% (Hierro) y 45.68% (Calcio bucodispersable).
- ▶ Se encuentra que un 44.20% (Sysadoas), 57.02% (Hierro) y 56.43% (Calcio) tenían mala adherencia, ya que habían estado meses sin un buen cumplimiento.
- ▶ En el momento de la revisión encontramos que el tratamiento estaba agotado en: 12.08% (Sysadoas), 20.48% (Hierro) y 3.86% (Calcio bucodispersable).

Conclusión

La intervención propuesta contribuyó a que un alto porcentaje de médicos revisara la medicación de sus pacientes y que se hicieran cambios en los tratamientos. También se consiguió que el profesional conociera la relevancia de la adherencia en la consecución de los objetivos terapéuticos e implantara la revisión de la adherencia con el fin de conseguir mejorar el resultado de su tratamiento.

Tras esta iniciativa, este año 2024 hemos empezado a actuar sobre adherencia “real”. Un farmacéutico de atención primaria pasa consulta de atención farmacéutica y cita a pacientes polimedcados para realizar la revisión de la bolsa de medicación, de esta forma podemos saber mediante entrevista directa con el paciente, si además de retirar el tratamiento de la oficina de farmacia, está tomándose la medicación, ya que hay pacientes que como sabemos retiran el tratamiento, pero no se lo toman y acumulan medicación en domicilio.



7 Farmacia Comunitaria

GANADOR

Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Castilla-La Mancha (COFCAM) en colaboración con Vivactis Weber

Estudio EVALÚA-SPD: Evaluación de los Sistemas Personalizados de Dosificación en Castilla-La Mancha

Objetivo del proyecto

El objetivo principal de este estudio es evaluar el coste-efectividad del uso del SPD en farmacias comunitarias de Castilla-La Mancha en pacientes mayores polimedcados.

Los objetivos secundarios son los siguientes:

- ▶ Evaluar la diferencia entre el grupo intervención y el grupo control respecto a cada una de las variables primarias (adherencia terapéutica y consumo de recursos sanitarios) y secundarias (problemas relacionados con la medicación).
- ▶ Evaluar la eficiencia de utilizar el SPD frente a no utilizarlo.

Metodología

Estudio poblacional, observacional, multicéntrico, retrospectivo, dos cohortes: a) grupo intervención: pacientes con medicación controlada por SPD en al menos 6 meses previos y b) grupo control: pacientes cuya medicación no se controlaba por SPD.

El protocolo del estudio obtuvo el Dictamen favorable del Comité de Ética de la Investigación Clínica con Medicamentos (CEIm) del Complejo Hospitalario Universitario de Toledo (febrero 2023).

El reclutamiento de los pacientes se realizó desde 25 farmacias comunitarias (previa formación), a partir de determinados criterios de inclusión y exclusión. Los pacientes firmaron una hoja de información al paciente y un consentimiento informado.

Se recogieron datos sociodemográficos, clínicos y farmacológicos de los pacientes. Todos los pacientes fueron seudonimizados mediante la asignación de un código del paciente. Se realizaron análisis descriptivo y multivariado para cumplir con los objetivos

Resultados

La recogida de datos tuvo lugar entre el 8 de marzo y el 28 de julio de 2023, en un total de 25 farmacias comunitarias de Castilla-La Mancha. En total se reclutaron 155 pacientes, de los que 85 pertenecían al grupo intervención (SPD) y 70 al grupo control (no-SPD).

El análisis descriptivo del nivel de adherencia mostró una tendencia superior a la adherencia alta en el grupo de pacientes usuarios del SPD. El análisis multivariado de regresión logística para predecir la probabilidad de adherencia alta, controlando por toda una serie de variables importantes (incluidas aquellas en la que había diferencias entre grupos), indicó que una adherencia alta se asocia a ser usuario de SPD, a menor edad y a niveles de aportación asociados a rentas más altas.

Finalmente, queda aún pendiente terminar el análisis del estudio agregando los datos de historia clínica para llevar a cabo el análisis coste-efectividad.

Conclusión

La adherencia terapéutica alta se asocia al uso del SPD, a una menor edad del paciente y a un mayor nivel socioeconómico.

Un contexto de recursos sanitarios limitados exige una gestión eficiente de los mismos. Esto plantea la necesidad de:

- ▶ Medir el impacto del SPD en las variables clínicas de los pacientes.
- ▶ Medir el impacto del SPD en el consumo de recursos sanitarios.
- ▶ Evaluar el impacto global, es decir, el impacto económico del SPD para el sistema sanitario, para las familias y para la sociedad en general.



8 Organizaciones Sanitarias

GANADOR

Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia (COFRM) con la financiación del Ayuntamiento de Cartagena y la colaboración de Cruz Roja Española
Proyecto de adherencia terapéutica a pacientes crónicos vulnerables del municipio de Cartagena

Objetivo del proyecto

El objetivo general del Proyecto es mejorar la adherencia al tratamiento médico en pacientes crónicos vulnerables del municipio de Cartagena derivados por el equipo multidisciplinar (enfermero, médico, farmacéutico, servicios sociales) desde el Hospital, centros de Salud o farmacia; y que cumplan los criterios de inclusión en el programa a través de los Servicios de Adherencia Terapéutica y el Servicio de Reacondicionamiento de Medicamentos utilizando los Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD), con el fin de optimizar los resultados de salud y calidad de vida de esta población.

Metodología

Los pacientes incluidos deben cumplir los criterios económicos y sanitarios establecidos para el Proyecto. Una vez dentro, son citados para la realización de la entrevista inicial en el SAT utilizando Nodofarma Asistencial. Además, a todos los pacientes se les realiza el Servicio de Reacondicionamiento de Medicamentos utilizando Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD). El farmacéutico/a debe citar al menos una vez al mes al paciente para realizarle una entrevista de seguimiento y evaluar la mejora, empeoramiento y/o mantenimiento de la calidad de vida y los resultados en salud. Cruz Roja Española también realiza acciones que promueven la Adherencia Terapéutica como seguimiento telefónico, acompañamiento a recursos sanitarios y sociales, etc. Este Proyecto está remunerado por el Ayuntamiento de Cartagena. Las farmacias recibirán 39'36€ por cada entrevista inicial en el SAT, 36'52€ por cada SPD realizado paciente/mes y 8,43€ por cada blíster extra realizado.

Resultados

El Proyecto se puso en marcha en noviembre de 2023 y sigue vigente en la actualidad. Son 43 las farmacias adheridas y, por tanto, formadas en estos Servicios Profesionales. Los pacientes participantes hasta finales de febrero de 2024 son 45. Se han ido incorporando progresivamente, de forma que se les han realizado entre 1-4 visitas en el Servicio de Adherencia Terapéutica. Tras ellas, el 51,05% son adherentes a sus tratamientos. La valoración del estado global de salud percibida por los pacientes se ha visto incrementada en 3,9 puntos desde el inicio del Proyecto.

Los farmacéuticos/as participantes han detectado 16 problemas relacionados con la medicación, de los cuales, el 75% han sido resueltos. La enfermedad sobre la que más han intervenido los farmacéuticos/as participantes es la hipertensión arterial.

Conclusión

La falta de adherencia a los tratamientos tiene graves consecuencias para la salud que se ven incrementadas en pacientes con patologías crónicas. Es importante realizar un

abordaje multidisciplinar para que tanto los profesionales sanitarios, como la familia y el paciente lleven a cabo una estrategia conjunta.

Este Proyecto es una iniciativa sociosanitaria pionera en la Región de Murcia con la que se pretende disminuir los efectos negativos para la salud derivados del incumplimiento terapéutico actuando en dos vertientes, la primera, detección y derivación por todos los agentes de salud implicados de posibles casos de incumplimiento terapéutico y, la segunda, programas de educación sanitaria y promoción de la salud.

FINALISTA

Grupo de Neurociencia Social (Departamento de Psicobiología, Facultad de Psicología) de la Universidad de Valencia con el apoyo del Ministerio de Ciencia e Innovación de España (MCIN) y la Agencia Estatal de Investigación de España (AEI) y la Beca Leonardo de la Fundación BBVA

El papel de la conectividad cerebral en estado de reposo de los maltratadores para explicar la adherencia al tratamiento y la reincidencia

Objetivo del proyecto

Analizar si conectividad cerebral en estado de reposo obtenida al inicio de la intervención en un grupo de hombres penados por violencia contra la mujer en las relaciones de pareja (o maltratadores) explicaría la adherencia al tratamiento (p. ej., mediante una variable continua y otra dicotómica), así como la reincidencia un año después de finalizar la intervención.

Metodología

El cálculo del tamaño de la muestra estableció la necesidad de contar con un mínimo de 87 participantes. Esta estimación incluyó un nivel de confianza del 95%, un margen de error del 5% y el supuesto de una población proporción del 6%. Finalmente, contamos con un total de 100 hombres. Mientras la mitad de esta muestra estuvo constituida por hombres penados por violencia de género, la otra mitad fueron hombres sin antecedentes penales, como grupo de comparación.

El proyecto consistió en dos sesiones. Durante la primera se realizó una entrevista pormenorizada en los laboratorios de Psicología, la otra sesión se realizó en el hospital. De hecho, fue obtenida la conectividad cerebral en el estado de reposo durante una sesión de 45 minutos en la resonancia magnética.

La adherencia al tratamiento fue registrada a lo largo de los 9 meses de duración de la intervención.

Resultados

Con respecto a la predicción de la adherencia al tratamiento, surgieron varias conexiones significativas que la explicaron. En este sentido, la varianza explicada fue de 0,25, con una exactitud de 0,85 y una precisión de 0,80 para los que cumplieron íntegramente el tratamiento. Mientras que la precisión para los que abandonaron fue de 1.00.

En relación con los patrones de conectividad cerebral al, el abandono de la intervención se explicó, principalmente, por la asociación positiva entre las regiones occipitales, así como la asociación positiva entre las regiones occipitales y las parietales, límbicas y regiones frontales. Además, también se explicó por la asociación inversa entre distintas regiones frontales (p. ej., paracingulado giro; PaCiG) y temporales (giro temporal superior posterior; pSTG).

Los valores estadísticos, así como los patrones de conectividad fueron similares para explicar la adherencia al tratamiento mediante una variable cuantitativa continua (p.ej., número de sesiones), así como la que lo hizo de forma dicotómica (abandono vs cumplimiento de la intervención).

Conclusión

Los patrones de conectividad cerebral en estado de reposo obtenidos en esta investigación describirían una capacidad disminuida para afrontar situaciones nuevas y estresantes, lo que explicaría el abandono prematuro de la intervención. Esto es, una capacidad reducida para integrar nuevas experiencias y, a su vez, afrontar o responder adecuadamente cuando se sienten abrumados por el contenido de las intervenciones o aceptar su nueva situación (la denuncia y obligación de cumplimiento de la condena).

De hecho, estos patrones cerebrales se están empleando como factores relevantes en la construcción de perfiles de riesgo de los maltratadores (p.ej., riesgo inminente de reincidencia en este tipo de violencia) y diseñar programas de intervención más adecuados para evitar el abandono de la intervención y, consecuentemente, el considerable incremento del riesgo de reincidencia.

9

Asociaciones de Pacientes



GANADOR

Asociación para la Lucha contra las enfermedades del Riñón (ALCER Turia)

Equipo Multidisciplinar de ALCER Turia – Asociación para la Lucha contra las enfermedades del Riñón

Objetivo del proyecto

Proyecto basado en la atención al paciente renal, ofreciendo para ello los servicios de: Nutricionista, Trabajador/a social, Psicólogo/a, fisioterapeuta.

La innovación del programa llevado a cabo por ALCER Turia es la especialización del personal profesional para el tratamiento específico de las necesidades del colectivo de personas con enfermedad renal, desde una visión integral, procurando conseguir la máxima normalidad y que la enfermedad cause el menor impacto posible en todos los ámbitos de sus vidas.

Metodología

La metodología del proyecto está basada en el protocolo de actuación que el Equipo Multidisciplinar aplica en cada caso. Este consta de dos fases: “Cita individualizada” con la persona con enfermedad renal y familiares y “Estudio Multidisciplinar de casos”. La metodología llevada a cabo en esta fase del tratamiento tiene como base aclarar las dudas que pueda tener la persona con enfermedad renal, bien directamente, o remitiéndolo a otro profesional del equipo, si así lo requiere.

El Equipo Multidisciplinar se mantiene en constante comunicación. En las instalaciones de la Asociación, la información se emite y se recibe en un contexto menos estresante, más

distendido y tranquilizador que el que presentan los centros sanitarios, donde suelen estar más preocupados por otros motivos. Además, es especialmente útil por la fase inicial de la enfermedad en la que se encuentran la mayoría, en la que todavía no han sido incorporados los nuevos repertorios de conducta.

Resultados

La evaluación es, sin duda, uno de los puntos más importantes de cualquier proyecto ya que determina la eficacia del mismo. Es por ello que, a través de distintos indicadores, se determina el grado de éxito de los diferentes aspectos:

- ▶ Número de atenciones.
- ▶ Número de nuevos pacientes.

La evaluación llevada a cabo es cuantitativa y cualitativa.

- ▶ Cuantitativa: Se registra el número de entrevistas y solicitudes de atención por parte de los/as pacientes y/o familiares o por parte del equipo médico y se cuantifica el número de visitas realizadas, así como el número de pacientes atendidos/as a lo largo del año.
- ▶ Cualitativa: Se registra el grado de satisfacción a las personas socias a través de encuestas anónimas y voluntarias.

Conclusión

Las personas que asisten a nuestro centro, mejoran notablemente, ya que se les facilita el trámite administrativo, y se les realiza un seguimiento nutricional, psicológico y fisioterapéutico, y así nos lo transmiten.

FINALISTAS

Asociación para la Diabetes de Zaragoza en colaboración con la Unidad de Diabetes del Hospital Infantil Miguel Servet de Zaragoza

Campamento educativo para niños con Diabetes de Aragón

Objetivo del proyecto

- ▶ Proporcionar a niños entre 10 y 16 años una educación diabetológica, dentro de una actividad de tiempo libre, combinando los conocimientos sobre su enfermedad con la aplicación de los mismos en esos 10 días que dura.
- ▶ Facilitar la convivencia entre niños con la misma patología, evitando así la idea de ser únicos o diferentes.
- ▶ Demostrarles que la diabetes no es impedimento para cualquier meta que se propongan.
- ▶ Proporcionar a los padres un “descanso” en el cuidado de la enfermedad de sus hijos.

Metodología

Campamento de verano, con actividades ordinarias en este tipo de actividades de Tiempo Libre (de las que se encarga de un grupo de profesionales titulados en Tiempo libre y algunos de ellos con diabetes), añadiendo la parte formativa sobre diabetes (supervisadas por el personal sanitario).

Resultados

Actividad de gran aceptación que todos los años cubre las 50 plazas ofertadas (e incluso las sobrepasa). Desde las consultas observan un mejor control de su diabetes y las emociones ante su situación también mejora. Adquieren una mayor autonomía y un mejor autoconocimiento y adherencia a su enfermedad.

Conclusión

Actividad consolidada en el tiempo, se viene realizando desde 1983, de gran importancia para los niños y adolescentes, así como para los padres.

Duchenne Parent Proyec España

Servicio de Atención Integral Telemática a las personas afectadas de Distrofia Muscular de Duchenne y Becker y sus familiares

Objetivo del proyecto

Ofrecer Atención Integral a pacientes y familiares, dotándoles de información, orientación y servicios especializados, personalizados y científicamente validados que ayude a comprender su enfermedad, mejorar su adherencia y facilitar el acceso a recursos sanitarios, sociales y psicoemocionales disponibles, fomentando así su participación e inclusión social, así como la defensa de sus derechos y mejorando en su bienestar.

Metodología

Este servicio nace con el objetivo de ofrecer atención integral y centrada en el paciente, a través de las siguientes 5 líneas de actuación:

- ▶ Atención familias:
 - Las familias serán atendidas por familias de referencia de nuestra entidad.
- ▶ Servicio de información general y orientación
 - Atención de consultas. Información y orientación general.
 - Servicio de Orientación Jurídica.
- ▶ Servicio de atención psicoemocional
 - Atenciones Psicológicas Individuales y familiares.
 - Grupos de Ayuda Mutua.
- ▶ Servicio de asesoramiento y orientación psicopedagógica
 - Talleres Psicoeducativos:
 - Proyecto El cole es de todos.
 - Escuela de Padres y Madres.
- ▶ Registro de pacientes y aplicación de acceso a los servicios
 - Registro de Pacientes con el fin de tener una base de datos de pacientes diagnosticados y Mujeres Portadoras que viven en España.
 - SARA o Servicios Adscritos al Registro de Pacientes Asociados: recurso central que ofrece asesoramiento y orientación.

Resultados

- ▶ Se promueve el bienestar y salud mental de afectados y familiares desde un servicio de asesoramiento y atención psicológica online. Con los siguientes resultados: Se realizan entre 20 y 30 atenciones psicológicas mensualmente. Se realizan 3 grupos de ayuda mutua mensuales.
- ▶ Se favorece la formación y orientación psicopedagógica, desde el asesoramiento a afectados y familias, e intermediación escolar, con lo que promover la accesibilidad a recursos escolares y herramientas personales que faciliten su plena inclusión en el periodo de escolarización, desde el respecto a la diversidad y sus derechos. Con los siguientes resultados: Se realizan 6 talleres psicoeducativos grupales. Se realizan 6 talleres grupales al personal docente. Participan 40 centros docentes. Se realizan 10 talleres de escuela de padres.

- ▶ Se ha implantado el registro de afectados, teniendo en cuenta las características sociodemográficas y biopsicosociales, a fin de sistematizar la información y atender a las necesidades específicas de acceso al recurso. Con los siguientes resultados: 700 beneficiarios son registrados. 300 beneficiarios se adscriben al servicio de pacientes.
- ▶ Se ha promovido la defensa de derechos de afectados y familiares, desde el asesoramiento legal, con la que hacer valer sus derechos, así como identificar y orientar ante situación de discriminación o desigualdad. Con los siguientes resultados: 250 beneficiarios reciben información y orientación. Se realizan 100 derivaciones de los servicios especializados. Se realizan 50 orientaciones jurídicas-administrativa

Conclusión

Existen en distintas entidades como: FEDER, servicios de Información y Orientación que ofrece una atención presencia y/o telefónica, con este servicio de Atención Integral Online, buscamos desde la digitalización ofrecer un servicio más completo, abordar nuevas áreas de actuación, que consideramos claves y de gran demanda en estos momentos, como son área psicológica, la jurídica y la psicopedagógica. Además, se contemplan canales de participación online, con los que crear una comunidad virtual, que sirva de red de apoyo psicosocial, desde la conexión digital, facilitará a usuarios el contacto inmediato y continuo con otras personas, que entiendan y empaticen con su realidad, reduciendo el estrés psico-social, que conlleva la enfermedad.

Fundación Lovexair, Hospital del Mar e IMIM con la financiación de Intensificación INT19 y CIBERES (ISC-III), Laboratorios Menarini y Chiesi

Bronc@ir: Eficacia de una plataforma de salud digital para mejorar la adherencia y el control de los síntomas en pacientes con Bronquiectasias

Objetivo del proyecto

Determinar la viabilidad de la implantación de un programa de cuidados integrales basado en salud digital destinado a mejorar la adherencia y el manejo de la enfermedad en pacientes con bronquiectasias.

Metodología

Estudio intervencionista aleatorizado, mediante tabla de números aleatorios. Se reclutan 20 pacientes diagnosticados de bronquiectasias del Hospital del Mar de Barcelona.

Las variables a analizar en ambos grupos en las 3 evaluaciones (inicio, 6 y 12 meses) son:

- ▶ Scores de BSI, FACED y EFACED.
- ▶ Calidad de vida (Escala Sant George y EUROQOLD-5D).
- ▶ Actividad física (Escala IPAQ).

El grupo control sigue su tratamiento habitual en el hospital, mientras que la intervención realiza un programa de seguimiento de 6 meses en el que es monitorizado a través del ecosistema digital HappyAir®, se les da acceso a contenidos educativos específicos sobre bronquiectasias y es atendido por un fisioterapeuta respiratorio que se encarga de guiar al paciente en su día a día para conseguir una adherencia total a su tratamiento y empoderarle en el manejo de su salud.

Resultados

En las evaluaciones iniciales no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos en lo referente a datos antropométricos, función pulmonar, calidad de vida y grado de severidad. A la fecha de entrega de este proyecto se han evaluado a los 6 meses a 5 pacientes del

grupo intervención (11 en total), donde se observó una tendencia a la reducción de síntomas respiratorios ($\Delta = -8.02$, $p = 0.1$) en el grupo intervención en comparación con el control. Aunque estos resultados son preliminares, el ecosistema digital HappyAir® puede ayudar a aliviar los síntomas respiratorios en pacientes con bronquiectasias.

La adherencia se medirá al final del estudio. Se evaluará si la constancia en la utilización de las diferentes herramientas que componen el ecosistema HappyAir® y el apoyo del fisioterapeuta contribuye a mejorar el control de los síntomas, a aumentar la actividad física, tener una mejor percepción de su salud y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Conclusión

La inclusión de proyectos que acompañen al paciente en el aprendizaje que requiere el diagnóstico de una patología crónica como las bronquiectasias es fundamental para conseguir una adecuada adherencia al tratamiento. Las nuevas tecnologías, tan presentes en nuestra vida diaria, son una excelente herramienta, como lo están demostrando muchos estudios, para lograr este fin, pero siempre sin perder la humanización aportada por los fisioterapeutas encargados de ayudar a los pacientes.

Federación Española de Diabetes (FEDE) en colaboración con Abbott, Boehringer Ingelheim, Lilly y Novo Nordisk

Prescribe asociacionismo en Diabetes

Objetivo del proyecto

Concienciar a los profesionales sanitarios sobre el valor del asociacionismo, el apoyo que puede ofrecer dentro del SNS y la importancia que, desde la consulta, informen a los pacientes sobre sus beneficios, para mejorar el control de la diabetes y la adherencia al tratamiento.

Metodología

Campaña de concienciación online, en la que se han realizado informes con datos económicos sobre el impacto positivo de las asociaciones de pacientes en el Sistema Nacional de Salud (SNS), así como sobre el papel que juegan este tipo de entidades en la humanización de la atención sanitaria.

Resultados

- ▶ Amplia difusión de los documentos de la campaña entre los profesionales sanitarios miembro de las sociedades científicas que participan en esta iniciativa: Sociedad Española de Diabetes (SED), la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN), la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) y la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG); así como del Consejo de Colegios Oficiales Farmacéuticos (CCOF), Farmaindustria y la Fundación redGDPS.
- ▶ Más de 200 impactos en prensa, tanto en medios generalistas como especializados en salud.
- ▶ Más de 20.000 impresiones en redes sociales.

Conclusión

Los excelentes resultados de la primera edición de “Prescribe Asociacionismo en Diabetes”, celebrada durante 2023, han posibilitado una segunda edición, que actualmente se encuentra en fase de ejecución, y que continúa desarrollándose para potencial, aún más, estos resultados.



GANADOR

Dirección General de Salud Pública de la Consellería de Sanidad de la Xunta de Galicia

Campaña de inmunización frente al Virus Respiratorio Sincitial (VRS) en Galicia

Objetivo del proyecto

Disminuir las infecciones por VRS en los lactantes recién nacidos, recaptación hasta los que tienen 6 meses de edad y niños/as de riesgo hasta los 2 años. Estas infecciones, fundamentalmente neumonía y bronquiolitis, suponen una importante sobrecarga asistencial todos los inviernos, tanto en los servicios de atención primaria como en los hospitales, incluyendo visitas a urgencias, ocupación de las plantas de hospitalización y de las unidades de cuidados intensivos.

Metodología

Diseño y puesta en marcha de una campaña de vacunación entre el 25 de septiembre de 2023 y el 30 de marzo de 2024, con gestión centralizada de la misma para asegurar la máxima coordinación y aprovechamiento de las dosis existentes, muy ajustadas, del anticuerpo monoclonal. Para ello, a través de los sistemas de información de la Consellería se logró la identificación y llamamiento activo, mediante mensajes SMS de la población diana de la campaña y se realizaron rellamamientos periódicos de los no inmunizados identificados a través del exhaustivo registro diario de las dosis utilizadas. Fueron necesarios también esfuerzos dedicados a la formación y concienciación de todo el personal implicado en la campaña.

Resultados

La campaña fue bien aceptada por la población, que tuvo varias oportunidades de inmunizar a sus niños/as en un régimen de accesibilidad y horarios flexibles, tanto en atención hospitalaria como en primaria.

Los resultados en cuanto a tasa de cobertura, muestran esa buena aceptación, siendo excelentes en todos los grupos: 92,3 % en lactantes recién nacidos, 84,8 % en recaptación hasta 6 meses de edad, alcanzando el 100% en los niños de riesgo hasta los 2 años.

Conclusión

Hubo una excelente acogida de la campaña, reflejada en los magníficos datos de cobertura en la primera campaña de inmunización con un producto novedoso, como es el anticuerpo monoclonal nirsevimab, que no formaba parte del calendario de inmunización del calendario gallego hasta este año.

Hubo un impacto en la hospitalización por esta enfermedad en los niños menores de un año que observa a través de los datos de hospitalización, con un escaso número de casos en las cohortes de niños inmunizados, menores de 1 año, donde era más frecuente la enfermedad (75% de los casos) y sobre todo si se compara con los casos de la cohorte de los niños más mayores no inmunizados, en su segunda temporada de VRS.



GANADOR

Merck

Growzen®: El ecosistema de salud digital para el tratamiento con hormona de crecimiento

Objetivo del proyecto

Hasta la mitad de los pacientes en tratamiento con hormona de crecimiento pueden llegar a no ser adherentes. Esa falta de adherencia impacta negativamente en los resultados en salud impidiendo que consigan la talla deseada.

El ecosistema de salud digital de Merck: Growzen® tiene como objetivo proporcionar las herramientas necesarias que ayuden a todos los involucrados en el tratamiento a mejorar la adherencia y tomar decisiones terapéuticas basadas en datos para conseguir los mejores resultados en salud.

Metodología

La hormona de crecimiento de Merck, Saizen®, viene acompañada del ecosistema de salud digital Growzen® que cuenta con:

- ▶ Easypod® 3: el único dispositivo electrónico que permite monitorizar la adherencia, adaptándose a todos los pacientes gracias a sus parámetros de confort personalizables y con características para inyecciones seguras y cómodas como su aguja oculta y un sensor de piel 360°.
- ▶ Growzen® Connect: la web para profesionales sanitarios que permite un control en tiempo real de la adherencia del paciente para una toma de decisiones objetivas.
- ▶ Growzen® Buddy: la aplicación para pacientes/cuidadores donde pueden seguir la adherencia y su progreso, así como acceder a información útil para la gestión de su tratamiento.
- ▶ Merck ¡Contigo!: el programa de apoyo a pacientes que los acompaña en su día a día formándoles en el uso del dispositivo y resolviendo todas las dudas que puedan surgir a lo largo del tratamiento.

Resultados

El estudio español ECOS para evaluar la adherencia y los resultados en salud de los pacientes tratados con Saizen® y su ecosistema evidencia que nuestra solución permite alcanzar una tasa media de adherencia del 94,5% después de 4 años de tratamiento. El estudio también evidencia que los dispositivos electrónicos, como Easypod® son las únicas herramientas para determinar con precisión la adherencia al tratamiento con hormona de crecimiento. Además, se demuestra que la altura y SDS después de 3 años de tratamiento con hormona de crecimiento fue mayor en aquellos pacientes con más de 85% de adherencia.

En el estudio coste-consecuencia de los tratamientos de hormona de crecimiento, se evidencia la mejora de los resultados en salud con Saizen® y su ecosistema de salud digital, obteniendo una mayor ganancia de talla de hasta +29,1% (4,3 cm) gracias a la mejor adherencia vs el resto de las hormonas diarias administradas con dispositivos convencionales que no permiten la monitorización de la adherencia.

Parte de esta mejor adherencia de Saizen® con Growzen® se puede atribuir al efecto Hawthorne, que se refiere a el cambio en el comportamiento de las personas cuando están siendo monitorizadas de cerca.

La monitorización por parte del profesional sanitario con la web Growzen® Connect, también permite incidir en los pacientes no adherentes y hacer refuerzo positivo en los pacientes adherentes, así como tomar mejores decisiones terapéuticas al poder distinguir los pacientes adherentes, no adherentes y los bajos respondedores.

Conclusión

En 2023 tuvo lugar el lanzamiento del dispositivo electrónico Easypod® 3 junto con la nueva versión del nuevo ecosistema de salud digital de Saizen®: Growzen®, para seguir combatiendo la falta de adherencia al tratamiento con hormona de crecimiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Saizen® con Growzen® ha demostrado alcanzar mejores tasas de adherencia y brindar mayor seguridad y comodidad en la inyección. Proporciona datos objetivos y en tiempo real que permiten a los profesionales sanitarios tomar decisiones personalizadas, para una mejor gestión del tratamiento. Gracias a esta mayor conexión, los pacientes alcanzan mejores resultados en salud.

Growzen® ha ganado el premio de innovación de la PDA (Parenteral Drug Association) en la categoría “Plataforma digital para el seguimiento mejorado de la adherencia”, que avala nuestro compromiso con la salud de los pacientes.

En Merck innovamos continuamente para poder ofrecer la mejor solución.

FINALISTAS

AstraZeneca con el aval de ALCER, CardioAlianza, FEDE, SEN, SEMERGEN, SEEN y GEDAPS
El diagnóstico precoz parte de ti

Objetivo del proyecto

AstraZeneca puso en marcha la campaña “El diagnóstico precoz parte de ti”, con la que se pretendió concienciar sobre la importancia de contar con un diagnóstico precoz en Enfermedad Renal Crónica, Insuficiencia Cardíaca y Diabetes tipo 2, a la par que mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes con estas patologías crónicas cardio-renal-metabólicas, así como a los hábitos saludables para prevenir dichas enfermedades.

Metodología

En el marco del Día Mundial del Riñón, que se celebra cada 9 de marzo, AstraZeneca colocó un autobús en un céntrico lugar de la ciudad de Madrid, la Plaza de Felipe II, durante los días 9 y 10 de marzo. Para fomentar la adherencia al diagnóstico precoz, en el propio autobús, un equipo médico en el interior del bus realizó unas sencillas pruebas a aquellas personas susceptibles de padecer Enfermedad Renal Crónica. Además, se facilitó información a todas las personas que accedieron al autobús y al público que se acercaba.

La acción se replicó en Barcelona, los días 3 y 4 de mayo, en el marco del Día Mundial de la Insuficiencia Cardíaca. El autobús se situó en la Plaza de la Universitat.

Resultados

A lo largo de ambas acciones se atendió a unos 1000 pacientes y se llevaron a cabo más de 2000 pruebas de detección. el 10% de las personas atendidas dieron positivo en la prueba de ERC, y el 15% de las personas atendidas tenían niveles elevados de azúcar en sangre.

Conclusión

La acción en Madrid y Barcelona tuvo gran acogida, la mayoría del público que acudió al autobús eran personas entre los 50 y 70 años de edad, interesados en hacerse la prueba de la creatinina para saber si padecían ERC. Todas las personas que accedieron al bus se fueron con información en cuanto a la importancia del diagnóstico precoz y la adherencia al tratamiento para evitar que la enfermedad renal crónica y/o la diabetes tipo 2 progresen.

Dexcom

Podcast “Diabetes X”. Entretenimiento con propósito: difundiendo conocimientos sobre Diabetes en redes sociales

Objetivo del proyecto

Ante el aumento de prevalencia de la diabetes y la necesidad de incrementar el conocimiento en la sociedad de una manera más cercana y dinámica, surge “Diabetes X”, una iniciativa que busca aportar información de calidad y educar en diabetes a las personas que viven con esta patología y a su entorno. A través de conversaciones informales entre profesionales sanitarios y divulgadores con diabetes, capaces de contar su propia experiencia, se crea un diálogo basado en 3 pilares importantes: la salud mental, la alimentación y el deporte.

Metodología

Tras varios meses de trabajo, el 2 de noviembre se estrenó el podcast “Diabetes X”, organizado en tres secciones: “Se me cae el mundo”, en el que se tratan diversas temáticas de interés sobre la gestión emocional de la diabetes; “Calculando raciones”, donde se explica el conteo de raciones, tan importante para las personas con diabetes y tan útil, sobre todo, para las personas que empiezan con la patología, en la que además se cuentan experiencias y se explican trucos para controlar la alimentación; y, por último, “Que vienen curvas”, sección en la que se habla de la importancia de la actividad física, sus beneficios, y maneras de ponerse en marcha teniendo en cuenta el control extra que deben tener las personas con diabetes. Desde su lanzamiento, cada dos semanas se ha ido publicando un capítulo nuevo, que alterna las tres secciones mencionadas.

Resultados

En términos cuantitativos, el podcast cuenta con más de 4.500 descargas desde su estreno el pasado 2 de noviembre de 2023. El 91% de las mismas se han hecho en España y el 78% a través de la plataforma Spotify. Además, a través de su difusión en redes sociales se ha logrado hasta la fecha un alcance de más de 513.300 personas, lo que se traduce en más de 272.500 reproducciones. Las interacciones, entendiéndose por ello los “me gusta”, el número de comentarios y el número de veces que se guarda una publicación, ascienden a más de 10.670 interacciones. En términos cualitativos, la iniciativa ha tenido gran acogida por parte de la comunidad de redes sociales de las personas con diabetes y sus familiares, amigos y cuidadores, quienes han transmitido su interés en el contenido del podcast y su agradecimiento por dar visibilidad a la patología e información sobre la misma.

Conclusión

El objetivo de la iniciativa es acompañar y apoyar, de una manera diferente e innovadora, a las personas que tienen diabetes y aportarles toda la información que sea posible para mejorar el manejo y la autogestión de su patología. Por lo tanto, el proyecto ha logrado con éxito su objetivo al ofrecer un recurso de información accesible y fácil de consumir. A través de un formato dinámico, entretenido y simple, aborda temas cruciales para la gestión de la diabetes. Esto es especialmente valioso para aquellos grupos más vulnerables, como niños, adolescentes y jóvenes, quienes pueden tener dificultades para comprender y aceptar la enfermedad, especialmente en los momentos iniciales. La implementación de este enfoque promueve una mayor adherencia al tratamiento y, lo que es aún más importante, en la calidad de vida de más de 5 millones de adultos españoles que conviven diariamente con esta enfermedad crónica.

Servier

Campaña de concienciación en adherencia en el área Cardiovascular “Adheridos a Nuestra Salud”

Objetivo del proyecto

Proyecto integral de concienciación en adherencia centrada en el área Cardiovascular y ha tenido lugar en la Comunidad de Madrid a lo largo del año 2023.

Este proyecto tiene como eje principal la educación a los pacientes y cuidadores, y también apuesta por una colaboración multidisciplinar entre Administración Sanitaria y Profesionales Sanitarios de Medicina, Enfermería y Farmacia.

El objetivo es mejorar la adherencia de los pacientes, su calidad de vida y su salud, suponiendo una reducción de costes.

Metodología

- ▶ Comité multidisciplinar especializado en adherencia y riesgo CV.
- ▶ Focus group pacientes prevención primaria y secundaria con factores de riesgo y eventos.
- ▶ Jornadas de presentación multidisciplinarias.
- ▶ Talleres formativos con PS para pacientes en tres hospitales de Madrid.
- ▶ Jornadas de resultados, debate y puesta en común de información elaborada a partir de la participación de todos los actores en beneficio de mejorar la adherencia a los pacientes y concienciar a la población de que es un problema de salud general.

Resultados

- ▶ Los pacientes han respondido a encuestas tras los talleres y dinámicas, exponiendo barreras y soluciones a la falta de adherencia y los números han sido muy alentadores.
- ▶ El conocimiento por parte de los asistentes del concepto de “cumplimiento terapéutico” también aumentó tras los talleres, pasando de un 71,8% a un 87,2%.
- ▶ Las encuestas mostraron una mejora significativa en el conocimiento de la enfermedad Cardiovascular por parte de los asistentes después de realizar los talleres, con un aumento de la puntuación promedio de 4,4 a 5,2 sobre 7.
- ▶ Las opiniones personales y las puntuaciones de los talleres fueron muy positivas, destacando los beneficios percibidos y subrayando las ventajas de la realización de estas actividades para pacientes y cuidadores en su vida diaria.
- ▶ El entendimiento del concepto de “adherencia” por parte de los asistentes a los talleres tuvo una evolución positiva, aumentando del 64,1% al 92,3% tras el taller.

Conclusión

- ▶ Formación del paciente Cardiovascular para que tome conciencia.
- ▶ Hay una falta de continuidad del mensaje al paciente.
- ▶ Los médicos demandan tiempo para conocer como enfermería.
- ▶ Trabajo colaborativo y multidisciplinar entre todos los profesionales sanitarios para, siendo clave el abandono de la medicación.
- ▶ El mensaje al paciente tiene que ser siempre el mismo desde cualquiera de los profesionales sanitarios, y adaptarse al momento y etapa del paciente.
- ▶ Empezar a hacer uso de las nuevas tecnologías .
- ▶ Se plantea el hecho de que los talleres con pacientes, tienen más impacto fuera de las consultas.
- ▶ SPD, clave para mejorar adherencia.
- ▶ Los pacientes demandan información, cada vez más paciente experto.
- ▶ Clave trabajar adherencia en grupo.
- ▶ Pautas para ser responsable, educación sanitaria desde los colegios.

12 Multidisciplinar



GANADOR

Colegio Oficial de Farmacéuticos de Santa Cruz de Tenerife (COFTF) en colaboración con el Servicio Canario de Salud (SCS)

Comunicación directa entre los profesionales de la salud para la mejora de la Atención Sanitaria y la adherencia del paciente a la medicación en Santa Cruz de Tenerife

Objetivo del proyecto

Los profesionales sanitarios (médicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos y farmacéuticos) comparten los mismos objetivos: atender y resolver los problemas de salud de los pacientes. En ocasiones, alcanzar este objetivo se ve dificultado principalmente por la ausencia de vías de comunicación eficientes entre todos los profesionales. Mejorar la comunicación entre todos los expertos de la salud orientados al paciente, permite optimizar la Atención Sanitaria, minimizar los efectos secundarios, evitar visitas reiteradas e innecesarias a los Centros de Salud, además de disminuir el gasto farmacéutico.

Metodología

Se crea un programa en el que el farmacéutico como profesional sanitario, al detectar desde la Farmacia Comunitaria problemas relacionados con la medicación de un paciente, tiene la posibilidad de comunicar la incidencia a otros profesionales de la salud del Centro de Atención Primaria al que pertenece. Previamente se analizó la experiencia en otras comunidades, observando que, al implementarlo, el desafío siempre ha sido buscar la forma adecuada para que el médico pueda resolver las incidencias planteadas dentro de sus apretadas agendas a las que se enfrentan diariamente.

El presente proyecto aborda este obstáculo de manera innovadora al integrar al personal administrativo de los Centros de Salud en este Sistema de Comunicación. De esta manera, se asegura un sistema más completo y eficiente, involucrando a las unidades de atención

familiar, compuestas por administrativos, médicos y enfermeros (TRIGUAF), que completan el esquema denominado “+Atención Primaria”.

Resultados

Un año y cinco meses después de la implementación del proyecto, se ha demostrado el éxito obtenido con la mejora de la Atención Sanitaria. Se han resuelto 1812 incidencias a través del programa de Comunicación entre Oficinas de Farmacia y Centros de Salud, donde 1555 pacientes han podido resolver sus problemáticas con la medicación, desde la falta de adherencia al tratamiento hasta la detección de posibles reacciones adversas a los medicamentos, sin acudir a su Centro de Salud.

Los resultados obtenidos respecto a los motivos asistenciales, muestran que más del 50% de los pacientes tiene prescrito un medicamento en situación de desabastecimiento o con una dosis desactualizada, afectando a la adherencia en un 27,7% y un 30% respectivamente. Además, un 18,1% presentan un tratamiento crónico prescrito como agudo, y un 8,8% presentan una patología descontrolada a pesar de tomar medicación para la misma, lo que indica una problemática falta de adherencia al tratamiento prescrito. Asimismo, en un 4,5% de los pacientes, se ha detectado una posible Reacción Negativa asociada al Medicamento (RNM), lo que indica una falta de adherencia al tratamiento y gracias al programa, se garantiza una mejoría en los resultados de salud.

En cuanto a la medicación que se administra cada paciente que ha sido registrado en el programa, resaltan los polimedicados (con más de 5 medicamentos), representando el 49% de los casos. Esto revela la complejidad del régimen de tratamiento por la presencia de múltiples enfermedades crónicas, sobre todo en pacientes mayores de 65 años.

Conclusión

En conclusión, el proyecto de comunicación directa entre los Centros de Salud y las Farmacias Comunitarias ha demostrado ser una herramienta efectiva para mejorar la adherencia al tratamiento en Santa Cruz de Tenerife.

La interdisciplinariedad entre médicos, enfermeros, farmacéuticos y otros profesionales de la salud ha permitido abordar de manera integral las necesidades de los pacientes, mejorando así su adherencia y calidad de vida, logrando con ello resultados óptimos en el cuidado del paciente.

FINALISTAS

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid

Desarrollo e implementación de un plan multidisciplinar de formación en cuidados de niños con patología crónica compleja y dependencia de tecnología

Objetivo del proyecto

El objetivo del proyecto es desarrollar e implementar de un programa de formación estructurado dirigido y adaptado de manera individualizada a los cuidadores de niños con enfermedades crónicas complejas y dependientes de tecnología, con el objetivo de prepararlos para realizar una asistencia y cuidados seguros en todos los ámbitos de la vida diaria de estos pacientes (domicilio, centros sanitarios y ámbito escolar).

Metodología

El primer paso del desarrollo del proyecto consistió en la definición de diferentes bloques temáticos a abordar. Posteriormente se desarrollaron los materiales y herramientas docentes adaptados para los diferentes perfiles de receptores de las actividades formativas (familiares y profesionales sanitarios).

Se han desarrollado las actividades formativas y de capacitación previstas con las familias de los pacientes, así como profesionales sanitarios intra y extrahospitalarios.

Resultados

Entre los años 2020 y 2023 se han formado 21 familias de pacientes pediátricos crónicos complejos y dependientes de tecnología que ingresaron en la unidad de cuidados intensivos pediátricos del Hospital general Universitario Gregorio Marañón.

En relación con la formación a profesionales sanitarios, en el año 2023-2024 se han realizado cuatro ediciones del curso “Cuidados del niño crónico complejo dependiente de tecnología”. En dichas ediciones se han formado 60 profesionales (enfermeras, técnicos auxiliares, médicos, logopedas y fisioterapeutas) del hospital materno-infantil Gregorio Marañón.

En el marco de la formación a profesionales que atienden niños en el ámbito externo a los centros sanitarios en enero de 2023 tuvo lugar una jornada de formación en cuidados del niño complejo dependiente de ventilación mecánica que incluyó 4 sesiones teóricas y un taller práctico sobre resolución de complicaciones y RCP en el paciente con ventilación a través de traqueostomía.

Conclusión

Se ha desarrollado un programa de formación integral en cuidados del niño crónico complejo y dependiente de tecnología. Dicho programa ha sido individualizado y adaptado a los perfiles de necesidades formativas de las personas que participan en los cuidados de estos pacientes incluyendo a sus familias y profesionales sanitarios del ámbito hospitalario y extrahospitalario.

La formación impartida ha fomentado una mayor seguridad y autonomía en los cuidadores para realizar los cuidados necesarios en los diferentes ámbitos de la vida diaria de estos pacientes. Esto se ha traducido en una mejora significativa de la adherencia a los cuidados por parte de los cuidadores, así como en una mejora de otros aspectos psicológicos como la motivación y la actitud ante los cuidados a niños con enfermedades crónicas complejas. Las familias que han participado en el programa se sienten mejor preparadas y capacitadas para afrontar el cuidado de sus hijos en el hogar.

Equipo de Calle de Salud Mental (ECASAM) de Madrid en colaboración con el Hospital Clínico San Carlos y Hospital La Paz de Madrid

20 años de Atención Integral a las personas sin hogar con Trastorno Mental Grave

Objetivo del proyecto

El proyecto tiene como objetivo dar respuestas a la atención de la Salud Mental en las situaciones de exclusión social extrema como es el colectivo de las Personas Sin Hogar

que padecen un Trastorno Mental Grave que por diversas circunstancias no realizan un seguimiento en la Red Normalizada de Salud Mental. Para ello se pretende proporcionar una atención integral (sanitaria, psiquiátrica y psicosocial) con un equipo multidisciplinar (médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores y educadores sociales) que sean capaces de cubrir las necesidades asistenciales de forma directa: desplazándose hacia donde estén los pacientes.

Metodología

El Equipo de Calle de Salud Mental se caracteriza por su constitución multidisciplinar; componiéndose de 3 psiquiatras, 1 psicóloga, 5 enfermeros, 4 trabajadoras sociales y 5 educadores sociales. Se sustenta sobre la base de la atención integral a la persona en situación de exclusión social extrema (sinhogarismo), combinando la dimensión sanitaria y la social, para dar una respuesta global a sus necesidades. La atención integral incluye las intervenciones clínicas precisas; siendo que la actividad se desarrolla fundamentalmente fuera de los centros sanitarios, en la calle, en los albergues y comedores sociales; garantizando así la adherencia y continuidad de cuidados. Los pilares teóricos en los que se apoya son: el Trabajo en Red (con los recursos que puedan cubrir las necesidades, tales como alojamiento, ayuda social, cuidados sanitarios...), el Tratamiento Asertivo Comunitario, el Outreach (o búsqueda activa) y la Mejora a la Adherencia Personalizado.

Resultados

Desde el año 2003, en el Equipo de Calle de Salud Mental (ECASAM) de Madrid se han atendido más de 1.700 Personas Sin Hogar con Trastorno Mental Grave; habiéndose incluido en la Red Normalizada de Salud Mental a más de 400 personas (favoreciendo así su proceso de inclusión social).

Durante el año 2023, han sido atendidos 130 nuevos pacientes. Y actualmente se encuentran activas (en seguimiento) 321 Personas Sin Hogar con Trastorno Mental Grave; siendo que 40 pacientes acuden a Centro de Día, 25 han sido alojados en Mini-Residencias, 14 han sido alojados en pisos o pensiones supervisadas, y 30 realizan un seguimiento activo por el Sub-Equipo de Rehabilitación y Reinserción. Además, desde el año 2023, se ha empezado a implantar en todos ellos medidas específicas de Mejora a la Adherencia Personalizada (MAP).

Conclusión

Tras 20 años de actividad, el Equipo de Calle de Salud Mental (ECASAM) de Madrid se ha convertido en el eje vertebrador de la atención en la Salud Mental de los colectivos en situación de exclusión social extrema (sinhogarismo) de la Comunidad de Madrid; siendo que se han atendido miles Personas Sin Hogar con Trastorno Mental Grave, con los que se trabaja garantizando la adecuada adherencia al tratamiento y continuidad de cuidados. Se trata de un programa pionero en el territorio español, que durante los últimos 10 años ha recibido múltiples premios, destacando su trabajo en “Enfermería en Desarrollo”, “Intervención dirigida a pacientes”, “Excelencia” y “Categoría de Profesionales Sanitarios”. Además, todo este trabajo ha sido divulgado, contando con una numerosa actividad científico-investigadora, y se destaca también la actividad docente, acogiendo anualmente a decenas de especialistas en formación (psiquiatras, psicólogos y enfermeros).

Oximesa & Nippon Gases Healthcare

La importancia del cuidador en la adherencia al tratamiento: Análisis comparativo de la eficacia percibida e impacto emocional de pacientes y cuidadores a través de PROM

Objetivo del proyecto

Los PROM (Patient Reported Outcomes Measures) constituyen un indicador clave para analizar la experiencia del paciente. Se relacionan con la repercusión del tratamiento en términos de eficacia percibida e impacto emocional. En colaboración con ADN Marquet, hemos desarrollado PROM específicos para 4 grupos de pacientes (recibiendo CPAP para apnea del sueño, ventilación mecánica nocturna (VM), VM 24 horas y oxigenoterapia) y de forma pionera e innovadora, PROM específicos para sus cuidadores. El objetivo de este proyecto ha sido evaluar las diferencias en los resultados PROM entre pacientes y cuidadores y cómo ello impacta en la adherencia del paciente.

Metodología

Valorar los PROM en 4 grupos de pacientes con terapias respiratorias domiciliarias y sus cuidadores. Los PROM de pacientes abordan 16 variables agrupadas en 5 dimensiones: estado de salud general, impacto de la enfermedad, eficacia percibida, impacto emocional y complicaciones del tratamiento. Los PROM de cuidadores son similares excluyendo la dimensión “impacto de la enfermedad”. La puntuación oscila entre -100 (peor situación posible) a +100 (mejor situación posible). Se realizaron entrevistas telefónicas CATI elegidas por muestreo aleatorio simple. Se calculó una muestra representativa según terapia con error muestral máximo del 35%, para un universo infinito y nivel de confianza del 95,5%, en el supuesto de máxima indeterminación ($p=q=0,5$). Se analizan los valores PROM Global por terapia y los valores de las diferentes dimensiones que integran cada terapia. Se analizan las diferencias entre los valores obtenidos en cada dimensión entre pacientes y cuidadores.

Resultados

En el periodo mayo/22-abril/23, se realizaron 3.200 cuestionarios PROM (880 oxigenoterapia, 880 sueño, 780 VM, 660 VM 24 h). Según el valor PROM Global, la CPAP es la terapia mejor valorada (+73,5) y la oxigenoterapia la menos (+43,6). La CPAP es también la terapia que mejor perciben su eficacia los pacientes (+76,3), siendo la oxigenoterapia la que menos (+6,9). La terapia que produce más impacto emocional es la VM (+50,5) y la que menos, la CPAP (+68,3). Curiosamente, los pacientes con VM 24 h refieren menos impacto emocional (+53,1) que los pacientes con VM nocturna (+50,5). Las complicaciones del tratamiento son leves y especialmente referidas por los pacientes con oxigenoterapia (+65,1) frente a los de CPAP (+78,3). Los PROM de cuidadores muestran valores globales más bajos en todas las terapias y un mayor impacto emocional (por ej. pacientes VM 24 h +53,1 vs cuidadores +23,6) que los pacientes. Ciertos aspectos emocionales son interesantes, por ej. los cuidadores puntúan más alto el efecto sobre la libido de la CPAP (+83) que los pacientes (+74,4). Los pacientes que tienen menos puntuación en eficacia percibida (oxigenoterapia +6,9) presentan tasas de adherencia más bajas. Los cuidadores influyen en la adherencia de los pacientes que cuidan, mostrando una peor percepción de la eficacia del tratamiento y sufriendo un impacto emocional mayor que los propios pacientes, lo que impacta negativamente en la adherencia terapéutica de los pacientes. Esto hace necesario promover estrategias de fomento de la adherencia en los cuidadores.

Conclusión

- ▶ Los cuidadores de pacientes que realizan terapias respiratorias domiciliarias tienen peor percepción de la eficacia del tratamiento y sufren un mayor impacto emocional, comparados con los propios pacientes.
- ▶ Ello impacta negativamente en la adherencia terapéutica de los pacientes. 3. Es necesario promover estrategias de fomento de la adherencia en cuidadores, lo cual redundará en una mejor adherencia terapéutica de los pacientes.

Unidad de Seguimiento Cercano del Servicio de Microbiología de Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid

Seguimiento Cercano en población VIH compleja

Objetivo del proyecto

Cuidar a pacientes con VIH y complejos a nivel médico y psico-social, manteniendo altas tasas de adherencia al tratamiento y seguimiento de la enfermedad.

Metodología

A partir de los elevados índices de adherencia y seguimiento en pacientes con múltiples factores que dificultan la adherencia. Hacemos una reflexión sobre las fortalezas de nuestra unidad: equipo multidisciplinar y atención domiciliaria.

Resultados

Durante más de 23 años hemos atendido a casi 2000 personas con un perfil de complejidad alto y hemos mantenido adherencias superiores al 85% y tasas de abandono inferiores al 10%.

Contar con equipo multidisciplinar y la posibilidad de hacer atención domiciliaria, nos permiten ofrecer una atención integral, individualizada, sostenida en el tiempo y capaz de eliminar barreras.

Conclusión

Nuestra unidad consigue eliminar barreras que dificultan la adherencia en pacientes complejos.

Su principal fortaleza está en las relaciones humanas y su capacidad para generar motivación, por lo que no necesita recursos costosos.

Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Oeste

Mejora en la adherencia terapéutica de los pacientes institucionalizados en Centros Sociosanitarios

Objetivo del proyecto

- ▶ Objetivo principal: mejorar la adherencia terapéutica y la seguridad de la prestación farmacéutica en las residencias.
- ▶ Objetivos específicos: establecer una comunicación ágil para la coordinación entre los sanitarios implicados en el tratamiento de pacientes institucionalizados; garantizar que el plan terapéutico del paciente este actualizado permanentemente y corresponda con los procesos clínicos activos, y promover la responsabilidad y participación activa en la asistencia sanitaria de las personas institucionalizados de los profesionales del centro de salud de referencia.

Metodología

Proyecto realizado en el ámbito de la atención primaria que incluyó a todos los pacientes institucionalizados en las residencias sociosanitarias que trabajan con suministro de productos farmacéuticos a través de oficina de farmacia del Área de Salud Valladolid Oeste (4107 pacientes en centros residenciales públicos y privados). Para conseguir los objetivos desde la Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Oeste se inició un procedimiento de coordinación sociosanitaria por el cual, los profesionales médicos de los centros de salud del área, en un primer lugar realizaron una revisión del plan terapéutico de los pacientes institucionalizados asignados a su cupo, pacientes que en la mayoría de los casos eran crónicos, pluripatológicos y polimedificados.

Resultados

Los pacientes incluidos han sido 4107 pacientes institucionalizados de los cuales el 60% pertenecían a centros de salud urbanos y el 40% a centros de salud rurales. Se firmó el acuerdo de coordinación en 55 centros residenciales (el 94% de los centros del área de salud).

En todos los centros de salud del área, tanto los rurales como los urbanos, se implantó un procedimiento de comunicación y coordinación entre los profesionales sanitarios del sistema público de salud y los de las residencias. Aunque algunas residencias utilizaban una hoja de tratamiento específica, en la mayoría de los casos el tratamiento fue actualizado en la hoja de medicación de Medora y dicha hoja fue utilizada en caso de derivación al hospital de referencia.

El procedimiento se implantó en 4 fases: reunión inicial informativa a los profesionales implicados, procedimiento de coordinación, revisión inicial de tratamiento y actualización de hoja de tratamiento y procedimiento de coordinación y revisión periódica de tratamiento y actualización de hoja de medicación.

Conclusión

La comunicación periódica y coordinación entre los profesionales sanitarios de los centros de salud de Atención Primaria y los profesionales sanitarios de las residencias sociosanitarias es clave para garantizar la adherencia terapéutica de los pacientes institucionalizados. Es importante la revisión periódica del tratamiento, así como actualización de la hoja de medicación como documento de intercambio de información entre profesionales sanitarios, Es esencial la revisión y actualización de dicho tratamiento en caso de que el paciente precise atención en el hospital de referencia, bien en consultas externas o más aun, al ser dado de alta tras un ingreso hospitalario. La hoja de medicación es el documento de intercambio de información.

Organiza:



GRUPO OAT



Más información en:

Grupo OAT

C/Cólquide, 6. Edificio Prisma, Portal 2, 3º E.

Las Rozas, 28231 Madrid.

E: secretaria.oat@oatobservatorio.com • T: +34 683 28 21 05

www.oatobservatorio.com