



HAD

www.revistahad.eu

HOSPITAL A DOMICILIO

VOL.1(SUPL 1) · AÑO 2017 · ISSN-L 2530-5115



JORNADAS NACIONALES
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO


V JORNADAS NACIONALES
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO
BARCELONA · 21 de abril de 2017



Retos en enfermería y pacientes crónicos



ENTIDADES EDITORAS

 **Centro Internacional Virtual de Investigación en
Nutrición**


Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio

PÁGINA WEB

<http://www.revistahad.eu>

CONTACTO

Revista Hospital a Domicilio
Calle Clara Campoamor 8-E,
03540 Alicante, España
Teléfono: +34 666840787
editor@revistahad.eu

CONTACTO DE ASISTENCIA

Soporte técnico HAD
revista@revistahad.eu

EQUIPO EDITORIAL

[http://revistahad.eu/index.php/
revistahad/pages/view/equipo](http://revistahad.eu/index.php/revistahad/pages/view/equipo)

ENVÍO DE TRABAJOS

[http://revistahad.eu/index.php/
revistahad/about/submissions](http://revistahad.eu/index.php/revistahad/about/submissions)

EVALUACIÓN POR PARES

[http://revistahad.eu/index.php/
revistahad/about/editorialPolicies#
peerReviewProcess](http://revistahad.eu/index.php/revistahad/about/editorialPolicies#peerReviewProcess)

DISEÑO

MOTU ESTUDIO [www.
motuestudio.com](http://www.motuestudio.com)

Hospital a Domicilio es una revista multidisciplinar de publicación trimestral (4 números al año), dirigida a los profesionales relacionados con la prestación de servicios de salud, en el domicilio, dependientes del hospital.

Es el órgano de expresión del Centro Internacional Virtual de Investigación en Nutrición – CIVIN (<http://www.civin.eu/>); y de la Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio – SEHAD (<http://www.sehad.org/>).

Su título abreviado normalizado es **Hosp Domic** y debe ser utilizado en las notas a pie de página y referencias bibliográficas que así lo requieran.

La revista, publica: editoriales, trabajos originales, originales breves, artículos de revisión (preferiblemente mediante técnica sistemática), artículos especiales y cartas al director/a o científicas, relacionados con la prestación de servicios de salud, en el domicilio, dependientes del hospital.

Nace en el año 2017 y se alinea con la *Open Access Initiative*, lo que significa que todo su contenido es accesible libremente sin cargo para el usuario final o su institución. Los lectores de la revista están autorizados a leer, descargar, copiar, distribuir, imprimir, buscar o enlazar a los textos completos de los artículos de esta revista sin permiso previo del editor o del autor, según los términos de la licencia Creative Commons 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0).

La revista Hospital a Domicilio no cobra tasas por el envío de trabajos, ni tampoco cuotas por la publicación de sus artículos.



HOSPITAL A DOMICILIO

VOL. 1(SUPL 1) · AÑO 2017 · JUNIO

SUMARIO

7 COMUNICACIONES

- 8 Manejo del pie diabético: el papel de la hospitalización a domicilio
Andima Basterretxea
- 10 Importancia de realizar la valoración nutricional en los pacientes crónicos
Catalina Cases Alarcón
- 11 Conclusiones e importancia de la participación de neumólogos en las unidades HAD
Estrella Fernández Fabrellas
- 13 Experiencia en antibióticos nebulizados en domicilio en paciente respiratorio crónico
Luis Máiz Carro
- 15 Informe de continuidad de cuidados como herramienta facilitadora para la comunicación con AP
Inmaculada Marco Galilea, Ana Pilar Ruiz Armas
- 17 Hospitalización Domiciliaria Integral (HDI): evidencias de un nuevo modelo HaD adaptado a crisis de salud de personas mayores frágiles y PCC
Miquel Àngel Mas
- 19 Papel del microbioma en patología respiratoria
Laura Millares Costas
- 21 Novedades en el tratamiento lipídico: más allá de la dislipemia
Abel Mujal Martinez
- 23 Insuficiencia cardíaca con FEVI preservada: nuevos aspectos fisiopatológicos
Juan Ignacio Pérez Calvo
- 25 Educación sanitaria en hospitalización a domicilio
Eva Ángeles Sánchez Martos
- 28 Papel de la epigenética en las enfermedades crónicas prevalentes
Joan Solà Aznar

31 CASOS CLÍNICOS

- 32 Úlcera crónica: tratamiento de úlcera de etiología vascular con apósito de hidrofibra con plata
Ana Berenguer, Nuria Navarro, Pilar Biada, Cristina Davila, Cristina Rosillo, Laia Guinovart, Silvia Rodríguez, Maite Cantos, Merce Gil, Joan Guillaumont.

- 34 Herida dehisciente abdominal post quirúrgica: ¿Retraso en la cicatrización o cicatrización imposible?
Laura Alepuz Vidal, Pilar Domínguez Mena.
- 36 Cuidados de enfermería en fascitis empeine
David González García, Patricia Romero Candel, Elena de Felipe Martín, Nerea Cid Blanco, Inmaculada Duran Font, Ruth Giménez Ruíz, María Isabel Montano Cano, María Puertas Calvero, Cristian González Ruíz, Núria Soriano Huertas.
- 37 Metodología enfermera en el cuidado de upp sacro
M^a Dolores Serván León
- 39 Celulitis necrotizante perineal: a propósito de un caso
Noemi Martin Ruano, María Carmen Mías Carballal. Ramon Ribalta Reñe, María Antonia Massoni Piñeiro, Nuria Riera Granados, Rosa María Roda Vela, Rosa María Oliver García, Natividad Ocaña Hidalgo

41 PÓSTERS

- 42 Consulta de Atención Inmediata (CAI) y Hospitalización a Domicilio (HaD): un circuito asistencial alternativo en la atención de la cronicidad compleja y la fragilidad
Eva Ruiz Ruiz, Ana Beatriz Vázquez Suárez, Teresa Soriano Sánchez, Francisco Ramón Sampedro Jiménez, David Ble Merlo, Rafael Alias Petralanda, Milagros Gándara Sanz, Marina Rubiralta Aguado, Francesc Xavier Jiménez Moreno, Antonio San José Laporte.
- 44 La Hospitalización a Domicilio en el manejo del paciente crónico complejo y enfermedad crónica avanzada procedente de Urgencias
Teresa Soriano Sánchez, Eva Ruíz Ruíz, Ana Vázquez Suárez, Rafael Alias Petralanda, Marina Rubiralta Aguado, Xavier Pérez Morella, David Ble Merlo, Milagros Gándara Sanz, Eugenia Bueno Portela, F. Xavier Jiménez Moreno.
- 46 ¿Por qué no el hierro endovenoso en casa?
Isabel Sampedro García, Iliana Pereda Fernández, Manuel F. Fernández-Miera, Soledad González Barrera, Carmen Escalada Sarabia, Ramón Gutiérrez Postigo, Yolanda Díaz Hoyas, M^a Teresa Baños Canales, Pedro Sanroma Mendizábal
- 48 Perfil de cronicidad de los enfermos ingresados en la Unidad de Hospitalización a Domicilio
Anna Solé Tresserres, Noemi Martin Ruano, Marina Roca Mansó, Esther Guiu Armill, Rosa Mari Oliver García, Ana Vena Martínez, José Manuel Porcel Perez
- 50 Revisión de pacientes ingresados en hospitalización a domicilio con infección respiratoria aguda por pseudomonas aeruginosa
Carolina Clemente Sarasa, María Sevil Puras, Marta Teresa Matia Sanz, Isabel Fiteni Mera, Juan Carlos Ferrando Vela, Daniel Fuertes Ruiz
- 52 Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EOPC) en nuestra Unidad durante 2016
María José Cereijo Quintero, María Aránzazu García Martínez
- 54 Cura dehiscencia herida tras cirugía neoplasia vulva
Eulalia Ribas Obón, Montse López Postigo, Concepción Cubillo De Pablo, Marta Fernández Ros, Teresa Valle Delmas, Ingrid Maye Pérez, Eva Ángeles Sánchez Martos, Josefa González Ruiz, Dr. Abel Ramón Mujal Martínez, Dr. Joan Solà Aznar.

- 56 Perfil del cuidador. Cronicidad y envejecimiento
M^a Teresa Güell Rabassó, Judit Rodon Tenas, Pilar Bargalló Marco, Marta Barrabeig Oliver, Isabel Delgado López, Josefina Fernández Muixí, Rosa Ferré Solé, Anton Cartanyà Benet, Anton Benet Català.
- 58 Revisión de casos de pacientes con derivación urinaria Bricker en Hospitalización a Domicilio
Marina Rubiralta Aguado, David Blé Merlo, Rafael Alías Petralanda, Laura Sinca Sánchez, Milagros Gándara Sanz, Eva Ruiz Ruiz, Teresa Soriano Sánchez, Lidia Íñigo Cruces, Sara López Branchadell, Sergi Capilla Tomás.
- 60 Mantenimiento de PICCs
David Blé Merlo, Marina Rubiralta Aguado, Rafael Alías Petralanda, Laura Sinca Sánchez, Milagros Gándara Sanz, Pilar Martín Valverde, Eva Ruiz Ruiz, Angeles Barrio Guirado, Sergio Capilla Tomas, Francisco Xavier Jiménez Moreno.
- 62 Enfermedad crónica avanzada, muerte digna en domicilio: Reto para la enfermera de UHaD en el Hospital de Mollet
Villanueva Contreras N y Reig Torrens R.
- 64 Análisis del tratamiento de la reagudización de EPOC en Hospitalización a Domicilio (HAD).
Natalia Martín Blanco, María Núñez Murga, Mónica Guardia Torres, M^a José Gómez García, Francisco Anton Botella, Teresa Elías Sánchez, Marta Zabalza Azparren, Isabel Vitoria Alonso Isabel.

67 ÍNDICE DE PARTICIPANTES

V JORNADAS NACIONALES
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO
Retos en enfermería y pacientes crónicos
Barcelona · 21 de abril de 2017

Comunicaciones

Manejo del pie diabético: el papel de la hospitalización a domicilio

Andima Basterretxea

Hospital de Cruces, Barakaldo, España.

andima.basterretxeaozamiz@osakidetza.eus

La OMS (declaración de Ginebra, 1994) define el pie diabético como «La presencia de ulceración, infección y/o gangrena del pie asociada a la neuropatía diabética y diferentes grados de enfermedad vascular periférica, resultados de la interacción compleja de diferentes factores inducidos por una hiperglucemia mantenida».

Se estima que la Diabetes Mellitus, en pacientes mayores de 65 años, en los países desarrollados tiene una prevalencia del 11%. Presentando un 30% de la población algún trastorno del metabolismo hidrocarbonado. Las infecciones del pie que interesan a la piel y los tejidos blandos, e incluso al hueso, con o sin repercusión sistémica, son la causa más frecuente de hospitalización en estos pacientes, 25%, a menudo de larga estancia. Al menos, un 15% de los diabéticos padecerá a lo largo de su vida alguna úlcera con gran impacto en su calidad de vida. La diabetes es la causa más frecuente de amputación no traumática de las extremidades inferiores en Europa y EEUU. La tasa de amputaciones oscila entre el 2,5 y 6/1000 pacientes/año y el riesgo para los diabéticos es de 8 a 15 veces mayor frente a los no diabéticos. Alrededor del 85% de los pacientes que sufren amputaciones las han padecido previamente. Tras la amputación de una extremidad inferior, la incidencia de una nueva úlcera o amputación contralateral a los 2 y 5 años es del 50%.

Los estudios EURODIALE (2007) y BASIL (2005) han sido enormemente trascendentes en el manejo de la patología del Pie Diabético. Se han planteado diferentes estrategias y clasificaciones para un abordaje adecuado como el WIFI (*Wound Ischemia Foot Infection*).

Los equipos multidisciplinares a largo plazo salvan extremidades, vidas y ahorran dinero. Se ha demostrado que implementando este tipo de Unidades, que facilitan la derivación rápida al hospital de los enfermos que lo precisan, se puede disminuir el número de amputaciones mayores por esta causa de un 82% a un 62%.

En el Hospital de Cruces llevamos trabajando desde el año 2011 en el abordaje de la patología del pie diabético de forma coordinada entre profesionales de diferentes servicios con la finalidad de estandarizar el abordaje, facilitar una vía rápida de actuación ante la aparición de complicaciones

Nuestro Servicio de Hospitalización a Domicilio representa un papel central en esta unidad multidisciplinar, ofreciendo los cuidados posoperatorios, terapia antimicrobiana endovenosa y cura de

heridas crónicas. Hemos participado activamente en la difusión y formación de numerosos profesionales.

Han sido muchas las lecciones aprendidas en el abordaje del pie diabético como son la adecuada evaluación del estado vascular, la biomecánica del pie y descargas de la extremidad y en el campo de la infección.

La patología del pie diabético representa un interesante reto de trabajo para las Unidades de Hospitalización a Domicilio, patología de gran complejidad que requiere el concurso coordinado de diferentes profesionales para la obtención de buenos resultados con criterios de eficiencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Internacional Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF). International Consensus on the Diabetic Foot. Heemstede, The Netherlands: IWGDF; 2007.
2. Lozano F, Clara A, coordinadores. Documento de consenso sobre el tratamiento antimicrobiano de las infecciones en el pie diabético. Rev Esp Quimioter 2011;24(4):233-623.
3. Lipsky BA, Berendt AR, Cornia PB, Pile JC, Peters EJ, Armstrong DG, et al. 2012 Infectious Diseases Society of America clinical practice guideline for the diagnosis and treatment of diabetic foot infections. Clin Infect Dis. 2012 Jun;54(12):e132-73. DOI: 10.1093/cid/cis346; PMID: 22619242

Resumen de comunicación oral

Importancia de realizar la valoración nutricional en los pacientes crónicos

Catalina Cases Alarcón

Hospital General Universitario ISABIAL-FISABIO, Alicante, España.

cathycases@ono.com

La Organización Mundial de la Salud define las enfermedades crónicas como enfermedades de larga duración (más de 6 meses) y de progresión lenta. Destaca cuatro tipos principales: Enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes. Otras entidades sanitarias hablan de cronicidad a partir de los tres meses e incluyen un mayor número (Alzheimer, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, enfermedades neuromusculares, EPOC, hepatopatías, cáncer, osteoporosis, psoriasis...).

Son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. Su prevalencia se concentra especialmente en los mayores de 55 años y aumenta con la edad. Son responsables de más de 300.000 muertes al año (74,45% del total).

El perfil de los pacientes crónicos suele ser de edad avanzada, pluripatológicos, polimedcados, dependientes, con estrés emocional que tienen un elevado uso de recursos sanitarios y sociales.

El impacto de las enfermedades crónicas sobre el estado nutricional viene determinado por la anorexia, además de una serie de alteraciones funcionales y estructurales del sistema digestivo, factores que aumentan los requerimientos metabólicos del paciente, y pérdida de nutrientes (fistulas, malabsorción, úlceras por presión).

El impacto del estado nutricional sobre el paciente con enfermedad crónica produce un empeoramiento de su pronóstico al aumentar las complicaciones, con mayor frecuencia de infecciones, mayor riesgo de caídas por disminución de masa muscular, alteraciones del ritmo cardiaco, disnea, etc. Con aumento del número de ingresos hospitalarios y de la duración de los mismos.

Esto produce aumento de la dependencia, disminución de la calidad de vida y aumento del coste sanitario y social. Siendo suficiente justificación para que a todos los pacientes se les realice el cribado nutricional.

Existen muchas herramientas para realizar el cribado nutricional, la mejor de ellas es la que cada uno utilice con mayor facilidad y conocimiento. Podemos destacar la Herramienta de Evaluación Nutricional (HEN), esta es una aplicación móvil con gran disponibilidad, sencillez en el uso. Presenta una muy buena sensibilidad y especificidad. Las enfermeras, en nuestro quehacer diario, tenemos que incorporar el cribado nutricional y la valoración en todos los pacientes crónicos, en beneficio del paciente, de la familia, y de la sanidad.

Resumen de comunicación oral

Conclusiones e importancia de la participación de neumólogos en las unidades HAD

Estrella Fernández Fabrellas

Consorcio Hospital General Universitario, Valencia, España.

esferfa@gmail.com

La asistencia sanitaria debe ser una atención centrada en el paciente, especialmente si se trata de enfermos crónicos, con o sin dependencia. Así, desde la OMS se propone un sistema de atención a la cronicidad que requiere del compromiso de todos los actores implicados, basado en un entorno de políticas positivas que atienda a todas las dimensiones de la cronicidad: la comunidad, los pacientes y sus familiares, y la propia organización sanitaria.

La segmentación de la población crónicamente enferma, reflejada en la pirámide de Kaiser, define abordajes diferentes para cada franja poblacional, y sobre todo permite optimizar los recursos sanitarios adecuándolos al grado de complejidad del paciente crónico. La mayoría de enfermos crónicos (70-80%) se sitúa en la base de la pirámide, y sobre ellos las actuaciones en Salud deben dirigirse al soporte de la autogestión de la enfermedad. La zona centro la ocupan los pacientes con alto riesgo de dependencia (15%), para los que deben implementarse procesos de gestión de la enfermedad. En la cúspide se sitúa el 5%, los enfermos crónicos de alta complejidad, que requieren y consumen la mayor parte de recursos sanitarios. En todos los segmentos, pero muy especialmente en este último, la participación de equipos multidisciplinares es clave. Así queda plasmado en la Estrategia de Cronicidad de nuestro Sistema Nacional de Salud, basada en abundante evidencia científica. Este documento posiciona y destaca el papel de los neumólogos, como médicos especializados, como elemento indispensable en los procesos de gestión de enfermedad y gestión de casos.

La imprescindible coordinación entre modalidades asistenciales, como las Unidades HAD y los profesionales implicados en la atención de enfermos crónicos, deben sustentarse en herramientas de gestión diseñadas para cada segmento de pacientes: interconsultas no presenciales, circuitos de pacientes prioritarios, rutas asistenciales y procesos de gestión de casos complejos. Todas estas herramientas deben incluir al neumólogo como consultor especialista de las Unidades HAD, y es prioritario que se integre en ellas para atender pacientes de alta complejidad. Solo así se garantiza la continuidad de sus cuidados y, sobre todo, la seguridad clínica de estos enfermos, especialmente si requieren soporte ventilatorio en domicilio.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Thoracic Society. Statement on Home Care for Patients with Respiratory Disorders. *Am J Respir Crit Care Med.* 2005;171(12):1443-64. DOI: 10.1164/rccm.2504001; PMID: 15941843.
2. Patel I. Integrated respiratory care: what forms may it take and what are the benefits to patients? *Breathe* 2010;6(3):253-9. DOI: 10.1183/18106838.0603.253
3. Soler-Cataluña JJ, Sánchez Toril F, Aguar Benito MC. El papel de la neumología ante la Estrategia de cronicidad del Sistema Nacional de Salud. *Arch Bronconeumol.* 2015;51(8):396-402. DOI: 10.1016/j.arbres.2014.10.007; PMID: 25554457

Resumen de comunicación oral

Experiencia en antibióticos nebulizados en domicilio en paciente respiratorio crónico

Luis Máiz Carro

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.

luis.maiz@salud.madrid.org

Los primeros trabajos que se llevaron a cabo con antibióticos inhalados en pacientes con infección bronquial crónica datan de los años 40. Se llevaron a cabo con formulaciones endovenosas. A finales de los años 80, en varios estudios realizados con formulaciones endovenosas de β -lactámicos se objetivó una reducción de la purulencia y del volumen de esputo y una mejoría de los marcadores inflamatorios.

Existen actualmente cinco formulaciones de antibióticos aprobados para inhalación: colistimetato de sodio, solución de tobramicina para nebulizador, tobramicina en polvo seco, aztreonam lisina para inhalación y colistimetato de sodio en polvo seco.

La eficacia de la nebulización depende de muchos factores como las características del fármaco que se va a administrar (tamaño de la partícula, forma, densidad, tensión superficial de la partícula, pH de la solución), la anatomía de las vías aéreas, la técnica inhalatoria del paciente, el sistema de nebulización utilizado y el mantenimiento del mismo. No sólo las características técnicas del aparato afectan a la nebulización, sino que todos los componentes que se precisan para la misma afectan a su rendimiento, condicionando una enorme variabilidad inter e intraindividual del depósito del aerosol en las vías respiratorias.

Los nebulizadores, según el modo de dispersión mecánica que genera las gotas del aerosol, se clasifican en: de tipo "jet" o neumático, que emplea una corriente de gas; de tipo ultrasónico, a través de una vibración de alta frecuencia; y, los más recientes, los de tipo malla o de membrana.

Los nebulizadores jet convierten un líquido en pequeñas gotas (atomización) mediante la fuerza de un gas presurizado. Están compuestos por un compresor, que genera el flujo de aire desde el aire ambiente o desde una fuente de oxígeno a presión, y la cámara de nebulización, donde se deposita la mezcla del fármaco. Este tipo de nebulizadores precisa menos tiempo de inhalación que los ultrasónicos, pero más que los de malla. Los de malla han supuesto una revolución por su reducido tamaño y la rapidez de nebulización. En estos nebulizadores, el aerosol se genera al pasar el fármaco a través de los agujeros de la malla o membrana.

BIBLIOGRAFÍA

1. Southwell N. Inhaled penicillin in bronchial infections. *Lancet*. 1946;2(6416):225-7. DOI: 10.1016/S0140-6736(46)91998-8; PMID: 20995268
2. Máiz Carro L, Wagner Struwing C. Benefits of nebulized therapy: basic concepts. *Arch Bronconeumol* 2011;47(Supl 3):2-7. DOI: 10.1016/S0300-2896(11)70028-X; PMID: 21703472

Resumen de comunicación oral

Informe de continuidad de cuidados como herramienta facilitadora para la comunicación con AP

Inmaculada Marco Galilea, Ana Pilar Ruiz Armas

Hospital San Pedro, Logroño, La Rioja, España.

mimarco@riojasalud.es

Objetivo: Asegurar la continuidad de cuidados de enfermería en la atención prestada a los usuarios en todos los ámbitos asistenciales, estableciendo un circuito de transmisión de información entre la AP y AE.

Material y métodos: Reuniones de consenso entre AP y AE para elaborar un documento único integrado en HCE.

Facilitar desde HCE la visualización a tiempo real de los informes de continuidad de cuidados elaborados en HAD.

Elaborar un cuadro de mandos integral que permita la explotación de la información del documento continuidad de cuidados para su mejora continua.

Protocolización de guías educativas asociadas al informe.

Del 15 de Octubre de 2016 al 15 de Enero de 2017, se realizaron 360 informes, analizando los siguientes criterios:

Educación sanitaria durante el ingreso en HAD.

Cuidados de enfermería en el momento del alta.

Educación sanitaria al alta, que necesita reforzarse en su centro de salud.

Se han seleccionado los 5 diagnósticos principales más frecuentes en HAD, patología respiratoria, ICC, ITU, Transfusión de Hemoderivados y Patología de vías biliares, asociándose a otras patologías muy frecuentes, que aumentan los cuidados de enfermería y la educación sanitaria. Estas patologías son: hiperglucemia, portador de SV, heridas y úlceras.

Resultados: La patología respiratoria, un 42%, 150 pacientes. En segundo lugar la ICC con 90 pacientes, las ITU, 40 pacientes, transfusión de hemoderivados 28 pacientes, patología de vías biliares 15 pacientes y otros diagnósticos 37 pacientes.

En el estudio se ha analizado cada uno de estos diagnósticos con las patologías asociadas.

Conclusiones: Todos los pacientes ingresados en HAD reciben educación sanitaria durante su ingreso.

Un 25% de los pacientes precisan cuidados de enfermería en su centro de salud.

Un 30% de los pacientes necesitan refuerzo o apoyo sobre la educación sanitaria recibida.

A través del CMI se realiza análisis y evaluación del informe, para su mejora continua.

El informe de continuidad de cuidados lo consideramos herramienta fundamental para la comunicación con AP.

Resumen de comunicación oral

Hospitalización Domiciliaria Integral (HDI): evidencias de un nuevo modelo HaD adaptado a crisis de salud de personas mayores frágiles y PCC

Miquel Àngel Mas

Badalona Serveis Assistencials, Badalona, Barcelona, España.
drmqagmas@gmail.com

Se presenta un modelo integral de hospitalización a domicilio (HaD) adaptado a pacientes mayores con fragilidad y/o multimorbilidad, basado en evidencia científica internacional y pilotada en los últimos años, de manera pionera en España, en un área urbana del norte de Barcelona.

La sesión se divide en dos partes:

La primera parte repasa la evidencia científica que avala el modelo integral de HaD para el paciente mayor, en base a la revisión de la literatura internacional. Según un metaanálisis previo (1), que incluyó ensayos clínicos con intervenciones substitutivas de la hospitalización (durante 7 días o con acortamiento del ingreso agudo del 25%), analizando las intervenciones por procesos clínicos (médicos, quirúrgicos, rehabilitadores y psiquiátricos), se evidenciaron resultados favorables en mortalidad, reingreso y costes, junto con satisfacción de pacientes y cuidadores, en la mayoría de trabajos. Seguidamente, se presentan algunos modelos de HaD adaptados al paciente mayor, como el de Torino, en Italia (2), o el de Sídney, en Australia, con resultados satisfactorios, respecto a los controles hospitalarios, en principales procesos médicos como agudizaciones de insuficiencia cardiaca, de EPOC o en agudizaciones de pacientes con demencia atendidos en Urgencias.

La segunda parte presenta cómo se ha podido pilotar una intervención multidisciplinar de HaD geriátrica centrada en el manejo integral de crisis de salud de personas mayores (3), bajo el esquema denominado Hospitalización Domiciliaria Integral. Se presentan sus principales resultados por diferentes procesos asistenciales: médicos, ortogeriátricos e ictus. Se han conseguido resultados positivos en evitación de ingreso por agudizaciones médicas, para pacientes derivados desde Urgencias u Hospital de Día (con resolución del 90% de crisis atendidas, y con reingreso y mortalidad a los 30 días inferiores al 15% y al 10%, respectivamente) y en la facilitación de alta en crisis de salud discapacitantes derivadas desde plantas médicas y quirúrgicas hospitalarias (con resolución de 8 de cada 10 crisis atendidas y reingreso menor del 10%).

BIBLIOGRAFÍA

1. Caplan GA, Sulaiman NS, Mangin DA, Aimonino Ricauda N, Wilson AD, Barclay L. A meta-analysis of "hospital in the home". *Med J Aust* 2012;197(9): 512-9. DOI: 10.5694/mja12.10480; PMID: 23121588
2. Tibaldi V, Isaia G, Scarafioti C, Gariglio F, Zancocchi M, Bo M, et al. Hospital at home for elderly patients with acute decompensation of chronic heart failure: a prospective randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 2009;169(17):1569-75. DOI: 10.1001/archinternmed.2009.267; PMID: 19786675
3. Mas MÀ, Santaèugènia S. Hospitalización domiciliaria en el paciente anciano: revisión de la evidencia y oportunidades de la Geriátria. *Rev Esp Ger Geront* 2015;50(1):26-34. DOI: 10.1016/j.regg.2014.04.003; PMID: 24948521

Resumen de comunicación oral

Papel del microbioma en patología respiratoria

Laura Millares Costas

Fundació Parc Taulí-CIBERES, Sabadell, Barcelona, España.

lmillares@tauli.cat / lmillares@igtp.cat

El microbioma se define como las comunidades microbianas que viven en el cuerpo humano, y está formado por bacterias, arqueas, virus y hongos. Las nuevas técnicas microbiológicas independientes de cultivo permiten estudiar el microbioma característico de las diferentes áreas de nuestro cuerpo, a diferencia de los cultivos tradicionales, que seleccionan y favorecen el crecimiento de determinadas especies.

En el caso de las vías respiratorias, hoy en día se sabe que hay una comunidad bacteriana específica en los individuos sanos, que aparece modificada en los individuos con enfermedades respiratorias crónicas. En los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) clínicamente estable, varios estudios han reportado un microbioma pulmonar rico que es claramente diferente del observado en controles sanos. Los filos comunes en estos pacientes son Proteobacteria, Bacteroidetes, Actinobacteria y Firmicutes, con *Pseudomonas*, *Streptococcus*, *Prevotella* y *Haemophilus* como los géneros más comunes. Durante las exacerbaciones, algunos géneros aumentan su abundancia relativa, mientras que otros no cambian significativamente, por lo que podrían ser cambios en la composición del microbioma en su conjunto lo que facilite la aparición de exacerbaciones.

Hoy por hoy aún hay muchos aspectos desconocidos sobre el microbioma respiratorio y el papel que puede jugar en el desarrollo de enfermedades respiratorias. Sin embargo, su estudio tiene un gran potencial para buscar nuevos marcadores pronósticos o para dirigir el tratamiento de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Morgan XC, Huttenhower C. Chapter 12: Human microbiome analysis. PLoS Comput Biol. 2012;8(12):e1002808. DOI: 10.1371/journal.pcbi.1002808; PMID: 23300406
2. Dickson RP, Erb-Downward JR, Freeman CM, McCloskey L, Beck JM, Huffnagle GB, et al. Spatial Variation in the Healthy Human Lung Microbiome and the Adapted Island Model of Lung Biogeography. Ann Am Thorac Soc. 2015;12(6):821-30. DOI: 10.1513/AnnalsATS.201501-029OC; PMID: 25803243

3. Human Microbiome Project Consortium. Structure, function and diversity of the healthy human microbiome. *Nature*. 2012;486(7402):207-14. DOI: 10.1038/nature11234; PMID: 22699609

Resumen de comunicación oral

Novedades en el tratamiento lipídico: más allá de la dislipemia

Abel Mujal Martínez

Parc Taulí Hospital Universitari, Sabadell, Barcelona, España.

amujal@tauli.cat

La mortalidad por enfermedad cardiovascular (ECV) ha ido descendiendo en todo el mundo occidental en la última década a pesar de lo cual todavía uno de cada tres españoles sigue muriendo por ECV.

En este descenso de la mortalidad, el control de los factores de riesgo cardiovascular y entre ellos el descenso del c-LDL es algo fundamental. Diversos estudios evidencian que el tratamiento hipolipemiante es el responsable de la mayor reducción de eventos cardiovasculares (1).

El estudio Glagov (2) evidencia que el mayor descenso del LDL-C observado en el grupo en tratamiento con evolocumab (anti-PCSK9)+estatina con respecto al tratado sólo con estatina ocasiona de forma significativa un mayor descenso en el porcentaje de volumen de ateroma después de 76 semanas de tratamiento (diferencia, -1.0% [95%CI, -1.8% to -0.64%]; $p < 0.001$).

Por otro lado en el estudio Fourier (3) publicado recientemente y que compara la eficacia del tratamiento con evolocumab+estatina con respecto al tratamiento sólo con estatina, se observó que en el grupo de pacientes tratados con evolocumab el c-LDL disminuyó un 60% y en el endpoint primario a los 3 años de tratamiento se objetivó una disminución del 15% en la incidencia de muerte CV, IAM, ictus, hospitalización por angor inestable o revascularización coronaria en los pacientes tratados con evolocumab ($p < 0.001$).

A tenor de estos y otros estudios publicados podemos concluir que la tasa de eventos coronarios en prevención secundaria es directamente proporcional a las concentraciones de c-LDL. Incluso se podría predecir que la tasa de eventos coronarios se aproximaría a cero en prevención secundaria para unas concentraciones de c-LDL de 30 mg/dL.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gæde P, Pedersen O. Intensive integrated therapy of type 2 diabetes: implications of type 2 Diabetes. *Diabetes*. 2004;53(Suppl 3):S39-47. DOI: 10.2337/diabetes.53.suppl_3.S39; PMID: 15561920

2. Nicholls SJ, Puri R, Anderson T, Ballantyne CM, Cho L, Kastelein JJ, et al. Effect of evolocumab on progression of coronary disease in statin-treated patients: The GLAGOV randomized clinical trial. *JAMA*. 2016;316(22):2373-84. DOI: 10.1001/jama.2016.16951; PMID: 27846344
3. Sabatine MS, Giugliano RP, Keech AC, Honarpour N, Wiviott SD, Murphy SA, et al. Evolocumab and clinical Outcomes in patients with cardiovascular disease. *N Engl J Med*. 2017;376(18):1713-22. DOI: 10.1056/NEJMoa1615664; PMID: 28304224

Resumen de comunicación oral

Insuficiencia cardiaca con FEVI preservada: nuevos aspectos fisiopatológicos

Juan Ignacio Pérez Calvo

Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"; Universidad de Zaragoza; Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón, Zaragoza, España.

jjperez@unizar.es

La insuficiencia cardiaca (IC) es un síndrome complejo. La clasificación más ampliamente utilizada en la clínica se basa en la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI). Se habla de IC con FEVI preservada (ICFEp) cuando la FE es $> 50\%$ y de ICFEVI reducida (ICFEr) cuando es inferior. No obstante se trata de un punto de corte arbitrario. La FE es una medida simple de una función compleja como es la función sistólica cardiaca. De hecho, es habitual que los pacientes con ICFEp muestren alteraciones sutiles de la función sistólica (1) que los estudios de deformabilidad miocárdica evidencian claramente.

Así como la fisiopatología de la ICFEr se conoce con bastante profundidad, como lo prueba la eficacia de los tratamientos al uso; la propia de la ICFEp es, en buena medida, desconocida. Aunque todavía hipotético, se cree en la actualidad que la ICFEp es un síndrome sistémico originado por la disfunción endotelial, probablemente mediada por el estímulo proinflamatorio desencadenado por las comorbilidades que con frecuencia la acompañan (2).

Existen sutiles diferencias en el patrón de agregación de comorbilidades tanto en la IC globalmente considerada, como en ambas formas (ICFEr y preservada) separadamente, que sugieren que estas pueden jugar un papel clave en la fisiopatología de ambas formas del síndrome (3).

Desde esta nueva concepción fisiopatológica, la ICFEr sería una enfermedad "organocéntrica" que afecta primariamente al corazón y estaría mediada por la isquemia, fibrosis y apoptosis de los cardiomiocitos. Por el contrario, la ICFEp sería una enfermedad sistémica, mediada por una disfunción endotelial, probablemente iniciada en el endotelio renal, y de origen inflamatorio.

Esta nueva concepción fisiopatológica puede ser una oportunidad para la búsqueda y definición de nuevas dianas terapéuticas en un síndrome, hoy por hoy, sin un tratamiento definido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Borlaug BA, Redfield MM. Diastolic and systolic heart failure are distinct phenotypes within the heart failure spectrum. *Circulation*. 2011;123(18):2006-13. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.954388; PMID: 21555723
2. Paulus WJ, Tschöpe C. A novel paradigm for heart failure with preserved ejection fraction: comorbidities drive myocardial dysfunction and remodeling through coronary microvascular endothelial inflammation. *J Am Coll Cardiol*. 2013;62(4):263-71. DOI: 10.1016/j.jacc.2013.02.092; PMID: 23684677
3. Chamberlain AM, St Sauver JL, Gerber Y, Manemann SM, Boyd CM, Dunlay SM, et al. Multimorbidity in heart failure: a community perspective. *Am J Med*. 2015;128(1):38-45. DOI: 10.1016/j.amjmed.2014.08.024; PMID: 25220613

Resumen de comunicación oral

Educación sanitaria en hospitalización a domicilio

Eva Ángeles Sánchez Martos

Parc Taulí Hospital Universitari, Sabadell, Barcelona, España.

evaansm@gmail.com

La comunicación es una acción natural entre seres humanos. Sabemos que las palabras tienen diferentes significados y que muchas veces son diferentes según cada persona y sus vivencias.

Según Cibanal, L (2010) "Lo que está claro para nosotros sólo lo está para nosotros".

La comunicación también puede ser un medio para influir en otra persona y por tanto un método positivo en una relación de ayuda y fundamental en la relación enfermera -paciente. Esta debe ser efectiva para conseguir un correcto proceso terapéutico y de cuidados.

A la hora de comunicarnos con los pacientes debemos ser muy conscientes de que somos emisores y receptores a la vez. No se produce una verdadera educación sanitaria si solo somos emisores.

Debemos saber que nuestras percepciones personales, nuestros valores y el ámbito cultural en el que nos movamos, influyen en la manera en la que encaminamos la información por lo que debemos superar estos filtros para llegar a la persona.

Ha este tipo de comunicación se le llama comunicación terapéutica y nos lleva a establecer una relación con el paciente. Para lograr que sea efectiva debemos adecuarla a las características de la persona edad, sexo, creencias, nivel cultural y socioeconómico.

Para originar una situación de ayuda y apoyo se deben aprender y desarrollar unas habilidades que nos lleven a conseguir una atención integral del paciente y que este se sienta escuchado y comprendido.

Según Valverde Gefaell, 2007 "El saber comunicarnos es un arte".

Para practicar este arte se deben desarrollar habilidades como:

La actitud de empatía mediante la cual nos identificamos con la otra persona y su situación vital incorporándola a la que es semejante a nuestra experiencia vital y separándola de nuestra percepción sentimental.

La actitud de asertividad o aceptación del otro eliminando juicios de valor. Podemos expresar nuestras ideas o sentimientos pero respetando siempre las decisiones del paciente.

La actitud de escucha activa para lo cual se ha de aprender a recibir lo que comunica el paciente sin hacer una interpretación de ello.

La comunicación no verbal que es aquello que se transmite entre enfermera y paciente de forma inconsciente mediante gestos y miradas.

Se trataría de aprender a ver, escuchar y comprender el mensaje del paciente y su entorno. Como decía Virginia Henderson "La enfermera debe saber ponerse en el lugar del paciente". Un programa educativo puede aportar múltiples beneficios al sistema tales como:

- a-La preparación de la familia para la atención del paciente en sus necesidades básicas y prevención de complicaciones, brindándole las herramientas necesarias, que faciliten su manejo en casa.
- b-Facilitar la adaptación del paciente a su medio con la participación de la familia.
- c- La creación de mecanismos ágiles para el ingreso o traslado del paciente.
- d- Estancias más cortas para disminuir el riesgo de infecciones.
- e- Se contribuye a mejorar la calidad en la atención del paciente y la disminución en la estancia hospitalaria.
- f- El decremento en los costos de estancia del paciente en la clínica.

Un programa educativo requiere una serie de puntos a seguir para llegar a sus objetivos:

- 1-Identificación del paciente.
- 2-Contacto con la familia.
- 3-Programación de la actividad educativa.
- 4-Actividad educativa.
- 5-Demostración y práctica.
- 6-Seguimiento.

En la asistencia convencional se han valorado una serie de obstáculos que alejan al paciente del profesional:

- 1-Cada día se hace un mayor uso de los medios técnicos (teléfono, videoconferencia...) que nos hacen innecesario el ver al paciente.
- 2-Otro factor sería la falta de tiempo. A los profesionales nos asignan muchas funciones para pocos profesionales.
- 3-Los nuevos términos asistenciales tales como Atención Integral del paciente, muy bonito y muy ostentoso pero con significados diferentes según quien los utilice. Para unos significa atención al paciente y la familia incluyendo educación sanitaria y para otros significa aplicar procedimientos al margen del paciente.

A pesar de que el rol enfermero implica ser educadora, las responsabilidades clínicas y administrativas nos han impedido hacerlo en forma integral y continua.

Pero ¿qué pasa en la Hospitalización a Domicilio (HaD)?

Por una parte tenemos que la información es mucho más amplia porque entramos en el día a día del paciente en el medio en el que vive su enfermedad.

Por otra parte el tiempo que dura la asistencia a ese enfermo es en exclusiva para él, no hay timbres, no hay interrupciones de otros profesionales u pacientes. El paciente te tiene en exclusiva y si el profesional es hábil puede aprovechar esos minutos para generar la situación ideal que nos lleve a desarrollar un programa educativo efectivo.

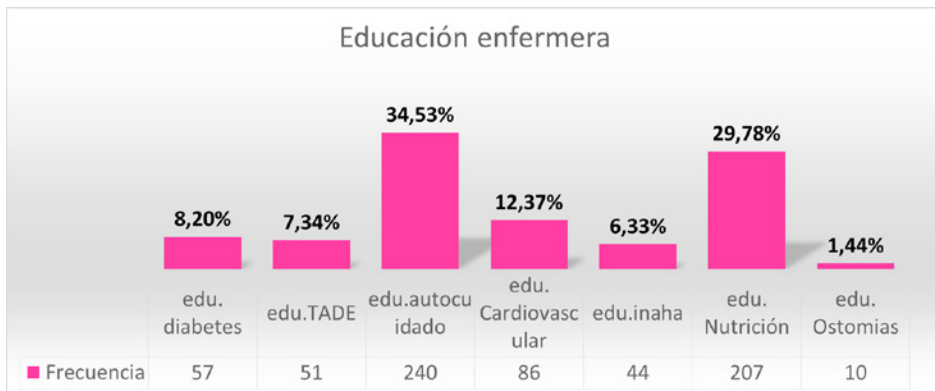
En la educación sanitaria en HaD vemos al enfermo en su entorno, escuchamos lo que es importante para él, al tener más información podemos comprender al paciente y podemos ajustar la educación a sus características

En el estudio que se publicará pronto en la revista de HaD y que trata sobre el rol enfermero en HaD pudimos ver que de 346 pacientes de la muestra, se realizaron 695 episodios de educación enfermera de los cuales el 34.5% eran autocuidados, cambios en los hábitos de nutrición el 29.7% y riesgo cardiovascular el 20.5%. Podríamos decir que durante las 2534 visitas realizadas por enfermería una gran parte de nuestro tiempo fue educación al paciente.

Se les preguntó a los 346 encuestados por: El interés del profesional; La disposición del profesional para ayudarlo; La amabilidad y la cortesía; El trato personalizado; La capacidad del profesional para comprender; La información que las enfermeras le han proporcionado; La información dada a su familia.

Se les pidió que valoraran del 1 al 5 esas cualidades y los resultados fueron espectaculares el 97,3% nos valoraron con la puntuación máxima.

Podríamos concluir que el domicilio nos permite tener más información sobre el paciente y su entorno, nos proporciona el lugar idóneo para escuchar y comprender el porqué de muchas realidades sociales y con ello crear un programa de educación sanitaria personalizado e individual que además consigue un alto grado de satisfacción de paciente y familia.



Resultados valoración al profesional

Resumen de comunicación oral

Papel de la epigenética en las enfermedades crónicas prevalentes

Joan Solà Aznar

Parc Taulí Hospital Universitari, Sabadell, Barcelona, España.

jsola@tauli.cat

La epigenética estudia los cambios hereditarios en la expresión de los genes que no van acompañados de cambios en la secuencia del ADN, pero sí que varían su expresión, y que se producen por la modificación del entorno, como son la edad, la dieta, el tabaco u otros factores ambientales.

En los últimos años se ha producido una explosión del conocimiento de la epigenética, que ha llevado a esta ciencia a ser uno de los campos más calientes de las ciencias biológicas, llenando algunos de los agujeros en conocimiento científico tanto en el campo de la medicina como de la biología, y siendo la mayor esperanza para conseguir tratamientos revolucionarios para la curación de enfermedades crónicas hasta ahora incurables como la diabetes.

Los principales mecanismos epigenéticos para el silenciamiento de genes son la metilación de los promotores de los genes (especialmente de las denominadas islas CpG), la desacetilación de las histonas que compacta la cromatina y disminuye la accesibilidad de los genes para su transcripción, y los ARN no codificantes (especialmente los micro-ARN), que interactúan con el ARN mensajero e impiden la síntesis proteica.

Por otro lado, la metilación del ADN es un reloj biológico, de manera que en la infancia la mayor parte del ADN está metilado, mientras que en la vejez predomina el ADN no metilado, y esta desregulación lleva a un mayor predisposición a enfermedades como el cáncer.

Los estudios en obesidad y diabetes mellitus tipo 2 han identificado múltiples marcas epigenéticas que pueden explicar una herencia de estas enfermedades en asociación a factores ambientales. En un estudio reciente se ha visto que el esperma de los padres obesos tiene diferente expresión de RNA no codificante y perfiles de metilación de ADN diferentes que los delgados, especialmente en los genes relacionados con la regulación cerebral del apetito. También se ha visto que el epigenoma de los espermatoцитos es remodelado dinámicamente después de cirugía bariátrica, de forma que pierde progresivamente este patrón de metilación.

Finalmente revisamos la terapia de base epigenética. Entre estos tratamientos están los oligonucleótidos antisentido como el mipomersen para tratar la hipercolesterolemia familiar relacionada con el gen de la Apo-B o el fomivirsen para tratar la retinitis por citomegalovirus en pacientes con

VIH. También disponemos de dos tipos de tratamientos para el cáncer como son los azanucleósidos (azacitadina y decitabina) que permiten tratar síndromes mielodisplásicos, o los inhibidores de desacetilasas de histonas (como el vorinostat) que permite tratar linfomas T cutáneos. También los tratamientos basados en diferenciación de células madre tienen un futuro prometedor.

Casos Clínicos

Resumen de caso clínico

Úlcera crónica: tratamiento de úlcera de etiología vascular con apósito de hidrofibra con plata

Ana Berenguer, Nuria Navarro, Pilar Biada, Cristina Davila, Cristina Rosillo, Laia Guinovart, Silvia Rodríguez, Maite Cantos, Merce Gil, Joan Guillamont.
Hospital Universitario de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, España

PONENTE

Ana Berenguer

avberenguer@bellvitgehospital.cat

Introducción: Paciente afectada de malformación arteriovenosa (Enfermedad de Sturge Weber) que ingresa en la unidad de Hospitalización a domicilio para continuidad de curas por úlcera crónica EII de etiología vascular de años de evolución y colonizada por *pseudomona aeruginosa* resistente a quinolonas.

Metodología: Seguimiento del caso clínico. Al inicio del ingreso, se realizan curas diarias con fomentos de polihexamida, apósito siliconado, apósito de captación bacteriana con hidrogel, protección de bordes con pomada anticongestiva cusi y aceite ácidos grasos hiperoxigenados. Tras 7 días se modifica cura por empeoramiento. Se deciden realizar curas diarias con fomentos de polihexamida, apósito lipídico, apósito de hidrofibra con plata y protección de bordes con los materiales antes descritos.

Evolución: Al inicio del ingreso presenta edema crónico sin fóvea en EEI con úlcera superficial pero muy extensa a nivel del 1/3 inferior que abarca toda la circunferencia de la pierna, extremadamente dolorosa al tacto, totalmente esfacelada y con bordes muy macerados. Tras 15 días y modificando la cura al 7º día se evidencia disminución zona esfacelada, persiste exudado abundante y bordes macerados, dolor mejor controlado durante la cura. Tras 30 días, úlcera con predominio de tejido de granulación, exudado moderado y bordes conservados. Pasados 45 días con mismas curas se evidencian pequeñas zonas con tejido epitelizante y el resto tejido de granulación, exudado moderado y bordes conservados.

Resultados: Las curas diarias con apósito de hidrofibra con plata evidenciaron una mejoría en la evolución de la lesión presentando al alta predominio de tejido granulación y pequeñas zonas epitelizadas.

El primer frotis de la herida muestra abundante colonización por *pseudomona* y tras 45 días de curas con plata se realiza un segundo frotis en el que se observa una disminución de la concentración bacteriana.

Resumen de caso clínico

Herida dehiscente abdominal post quirúrgica: ¿Retraso en la cicatrización o cicatrización imposible?

Laura Alepuz Vidal, Pilar Domínguez Mena.

Hospital Comarcal Marina Baixa, La Vila Joiosa, Alicante, España.

PONENTE

Laura Alepuz Vidal

alepuz_lau@gva.es

Introducción: Los pacientes que ingresan en nuestra unidad con heridas complejas, la mayor parte son heridas abdominales quirúrgicas.

Nuestro paciente es un varón de 69 años sin antecedentes clínicos de interés con diagnóstico de estenosis colon izquierdo por diverticulitis. Postoperatorio con múltiples complicaciones que requiere reintervenir en más de 6 ocasiones.

Derivado a nuestra unidad desde el Servicio de Cirugía, para control en domicilio de convalecencia más antibioterapia IV (TADE) y curas de herida dehiscente con Terapia de Presión Negativa (TPN).

Metodología: Ingresó en nuestra unidad en dos ocasiones:

1º ingreso: 15 Mayo 2015:

Lesión abdominal con puntuación 11 según escala Resvech2

PLAN DE CUIDADOS:

- Control colostomía.
- Completar pauta de inmunización iniciada en medicina preventiva.
- Control de infección: TADE
- Recuperación funcional por SÍNDROME DESUSO
- Control nutricional por pérdida electrolítica y aumento de necesidades nitrogenadas.

Evolución favorable con buen relleno de tejido de granulación, reducción de dimensiones y aproximación de bordes.

Tras 90 días de estancia es alta a Atención Primaria con relevo compartido para resolución definitiva de la herida pendiente de epitelización.

2º ingreso: 8 Marzo 2016

Derivado de consultas externas de Cirugía por estancamiento de la lesión. (8.5 x 5cm).

Intervenciones:

- Analíticas y cultivo para descartar infección y déficit nutricional.
- Curas con apósitos estimulantes de cicatrización y manejo de carga bacteriana.

Por falta de respuesta se deriva a dermatología para tratamiento con Plasma Rico en Plaquetas (PRP). Se aprecia mejora en la 1ª sesión, pero se complica con infección en la 2ª vez.

Se interconsulta con C. Plástica en Hospital de referencia donde se realiza injerto autólogo. Post operatorio inmediato con buena respuesta.

Resultados: Tras una intervención multidisciplinar se aprecia evolución favorablemente, con amplias posibilidades de cierre definitivo de la lesión.

Conclusiones: Las limitaciones propias de un Hospital Comarcal dificulta el acceso a las especialidades que no dispone, como Cirugía plástica. Se deben mejorar los circuitos con A.P y, en cualquier caso los pacientes ambulatorios no deberían atenderse en HaD. Se plantea la conveniencia de la creación de unidades de unidades funcionales de heridas complejas, en las que la HaD tendría un papel decisivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alepuz L, Blasco Z, Gonzalo M. Heridas post-quirúrgicas complicadas No son curas... SON PACIENTES! En: Comunicación al 12º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD), 5 al 7 de junio de 2014. Burgos, España: SEHAD; 2014.
2. Restrepo Medrano JC. Instrumentos de monitorización clínica y medida de la cicatrización en úlceras por presión (UPP) y úlceras de la extremidad inferior (UEI): Desarrollo y validación de un índice de medida [Tesis doctoral]. Alicante, España: Universidad de Alicante; 2010.

Resumen de caso clínico

Cuidados de enfermería en fascitis empeine

David González García, Patricia Romero Candel, Elena de Felipe Martín, Nerea Cid Blanco, Inmaculada Duran Font, Ruth Giménez Ruíz, María Isabel Montano Cano, María Puertas Calvero, Cristian González Ruíz, Núria Soriano Huertas.

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, España.

dgonzalezg.germanstrias@gencat.cat

Introducción: Varón transgénero de 47 años con antecedentes de infección por VIH C3 que ingresa en la Unidad de Hospitalización a Domicilio procedente de Medicina Interna por fascitis en ambas EEII.

Presenta heridas de 2 meses de evolución. Pie derecho se observa herida en dorso de 12x5cm, poco profunda, con tejido de granulación y algún esfacelo. Lesiones necróticas en 1ª art MTT-F, en zona talar y en pulpejos de 1, 4 y 5º dedo. En pie izquierdo presenta herida en dorso, de mayor tamaño que la contralateral y necrosis talar. Refiere mucho dolor, por lo que precisa de MST 10mg c/12h.

Metodología: Las curas se llevaron a cabo en el ámbito domiciliario durante los 3 meses que duró el ingreso en HAD en el año 2016. Los primeros 21 días se realiza con frecuencia diaria y a partir de entonces cada 48 horas.

Junto con las curas se inicia un plan de cuidados destinado a evitar la aparición de nuevas úlceras, a mejorar el estado de las existentes y a controlar el dolor.

Evolución: Presenta una evolución lenta pero favorable. Según el criterio de los profesionales de enfermería y de la evolución de las heridas se ha utilizado diferente material y apósitos: ácidos hiperoxigenados, soluciones para lavado de heridas, alginatos, poliuretanos, hidrocoloides, hidrogeles, carbonos, siliconas, yodo y pomada cicatrizante.

Dolor mejor controlado. Analgesia al alta: MST 5mg c/12h y Rivotril 0,5mg c/24h. Se decide activar protocolo de continuidad de curas (PREALT) para seguimiento de curas por parte de Atención Primaria.

Resultados: Al finalizar el ingreso se alcanzó la resolución de tejido necrótico y presencia de tejido de granulación en zona talar de ambas EEII. Presencia de tejido de epitelización en resto de heridas y un óptimo control del dolor.

Resumen de caso clínico

Metodología enfermera en el cuidado de upp sacro

M^o Dolores Serván León

Hospital San Pedro, Logroño, La Rioja, España.

Introducción: Paciente de 86 años ingresa en hospital por fiebre e inflamación en cadera izquierda - Infección protésica tardía.

- Retiran prótesis con profilaxis antibiótica.
- A los 10 días presenta necrosis - cultivo E-coli Blee
- Ertapenem IV durante 3 meses.
- Derivan a HAD

Antecedentes Personales:

- Alérgica - inzitan®. Reacción adversa - septrim®
- HTA, Anemia crónica, Intervenida cataratas y prótesis ambas caderas
- Situación funcional: Vida cama sillón. Funciones superiores conservadas. Buen apoyo socio-familiar.

Valoración inicial: Realizo valoración del modelo conceptual Virginia Henderson.

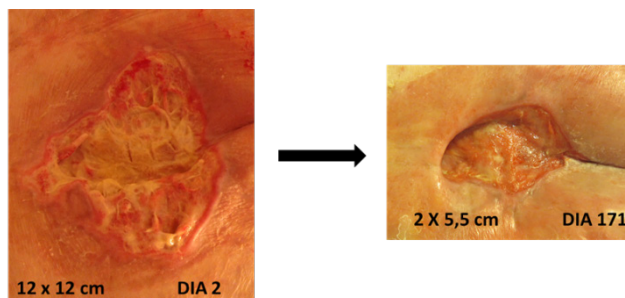
- Evolución tórpida en hospital con varias complicaciones severas - destacar UPPs
- SACRO – grado III – Lecho en su totalidad esfacelos - Piel perilesional enrojecida - tamaño 12 x 12 x 3 cm
- TALON DCH – grado IV – Lecho necrosado – Piel perilesional sana 2 x 2 cm
- RODILLA IZQ EXT – grado II – lecho epitelizante – Piel perilesional sana – 3 x 1 cm
- AMBAS CADERAS – ocasionalmente supuran por implantación de prótesis con desfavorable evolución

Protocolo - atención de enfermería:

- 1º visita realizo TTO IV y estudio completo de lesiones. Destacando UPP sacro
- 2º visita desbridamiento mecánico, por buena evolución se sigue con desbridamiento autolítico
- Realizo curas c/48h: Gel descontaminante y humedificante más apósito hidrotensivo más apósito secundario

Cultivos:

- 22 – noviembre – 2017 – NEGATIVO
- 1 – diciembre – 2017 – Aumento de exudado - Enterococcus faecalis – sensible ciprofloxacino
- 28 – enero – 2017 – FLORA MIXTA (aumenta olor) – administro metronidazol gel- 2 semanas



Evolución:

- Reducción tamaño de UPP
- Tejido epitelizante
- Su inicio 12 x 12 x 3 cm
- Día 90, apenas esfacelos 6 x 7 x 0,5 cm
- Día 156 modifíco TTO - colonización crítica - apósito hidropolimérico alveolar Ag

Conclusiones:

- Buena cicatrización por cuidados de enfermería
- Educación sanitaria impartida a paciente y cuidadora , capacitadas para prevenir nuevas UPPs

Conclusiones en procedimiento terapéutico:

- Apósito hidrotensivo, alternativa válida para desbridamiento
- Cura húmeda con apósito secundario hidrocelular aumenta calidad de vida e independencia del paciente
- Protocolos y procedimiento perfeccionan la acción de enfermería.

Resumen de caso clínico

Celulitis necrotizante perineal: a propósito de un caso

Noemi Martin Ruano, Maria Carmen Mias Carballal, Ramon Ribalta Reñe, Maria Antonia Masson Piñeiro, Nuria Riera Granados, Rosa Maria Roda Vela, Rosa Maria Oliver Garcia, Natividad Ocaña Hidalgo

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, Espanya.

PONENTES

Ramon Ribalta Reñe y M^o Carmen Mias Carballal
mimartin4@hotmail.com

Introducción: Mujer de 31 años de edad con antecedentes de parálisis facial izquierda que ingresa en nuestra unidad de Hospitalización a Domicilio (HaD) doble desbridamiento de celulitis necrotizante perianal para curas.

Fue intervenida de urgencia practicando desbridamiento amplio de la zona afectada con colocación de sonda Foley perirectal para lavados y 2 drenajes de penrose. Se inició tratamiento empírico con amoxicilina clavulánico endovenoso. Fue reintervenida a los 3 días por mala evolución de la herida con salida de abundante débito purulento practicando redesbridamiento de la zona y recolocación de sonda y drenajes. En el cultivo recogido durante la cirugía. Se aisló *Escherichia coli* y *actinomicetes turicensis* por lo que UFIN aconsejó continuar tratamiento con amoxicilina-clavulánico oral durante 15 días y doxiciclina durante 3 meses.

Ingresa en la unidad con curas cada 24 horas con colagenasa + hidrofibra de hidrocoloide, con lecho de la herida con abundante tejido esfacelado.

Metodología: Herida perianal de 20x10x 5 cruenta, y con abundante tejido esfacelado que ingresa en la unidad sin sonda Foley perirectal y con dos drenajes de penrose. Se realizan curas diarias a domicilio con lavado con suero salino y furacin® + 2 fibras de hidrocoloide durante 1 semana, pasando a continuación a curas con Aquacel Ag+®. En este momento de la evolución sólo se aplica un apósito de plata al haber disminuido considerablemente el tamaño de la herida.

Su evolución es satisfactoria desapareciendo los signos de infección, mejorando la granulación y disminuyendo el tamaño de la herida especialmente en profundidad en 15 días desde el cambio de la cura.

A los 3 días de ingreso se retiraron los drenajes tipo penrose.

Evolución: Herida que evoluciona correctamente en 15 días desde el ingreso en la unidad.

Tras 1 mes de curas diarias en la unidad, se decide el paso a curas por AP y control en Consultas Externas de Cirugía.

Resultados: La aplicación de furacin® durante una semana limpió correctamente el lecho de la herida, disminuyendo el tejido necrótico y esfacelado.

El uso de hidrocoloide disminuyó el exudado y el tamaño.

El uso de aquacel Ag+® facilitó la evolución del tejido de granulación de la herida, y mejoró el dolor que tenía la paciente durante todo el día.

Pósters

Póster

Consulta de Atención Inmediata (CAI) y Hospitalización a Domicilio (HaD): un circuito asistencial alternativo en la atención de la cronicidad compleja y la fragilidad

Eva Ruiz Ruiz, Ana Beatriz Vázquez Suárez, Teresa Soriano Sánchez, Francisco Ramón Sanpedro Jiménez, David Ble Merlo, Rafael Alias Petralanda, Milagros Gándara Sanz, Marina Rubiralta Aguado, Francesc Xavier Jiménez Moreno, Antonio San José Laporte.

Hospital General Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España.

PONENTE

Eva Ruiz Ruiz

evaruru43@gmail.com

Objetivo: Valorar si el circuito CAI-HaD puede ser una alternativa adecuada en la atención de la cronicidad compleja y la fragilidad.

Metodología: Pacientes crónicos complejos (PCC), con cronicidad avanzada (MACA) y frágiles. Lugar: Hospital terciario del Área Integral de Salud Barcelona-Nort. Período: 1 año (diciembre 2014-diciembre 2015). Derivados a la CAI desde urgencias o por médico de familia. La decisión de ingreso en HaD la toma el facultativo que lo visita en base a condiciones socio-funcionales y siempre en acuerdo con el paciente y la familia

Resultados: De 22 pacientes ingresados en HaD desde la CAI, 18 (83%) son PCC (8p), MACA (4p) o frágiles (6p). 3 de ellos están institucionalizados. **Sexo:** 13 mujeres/5 hombres. **Edad** media 80 años (R: 58-93). Barthel medio 70p (R:0-100), con 5 pacientes con Barthel<60. **Motivo de derivación:** Anemia 8p (44%), sospecha neoplasia 5p (28%), optimización tratamiento 4p (22%), ulcera tórpida 1p (6%). **Intervenciones en HaD:** tratamiento deplectivo intravenoso 1p, antibiótico iv 3 p (17%), curas por enfermería especializada 1p, trasfusión de sangre 6p (33%), estudio etiológico en 7p (39%) con los diagnósticos de poliposis colónica (1p), fracturas vertebrales osteoporóticas (2p), neoplasia pulmonar (1p), metástasis óseas por neoplasia vesical (1p), sin diagnóstico 2p. En

todos los pacientes se realizó conciliación farmacológica, se consultó y vinculó a los especialistas pertinentes y se trabajó la continuidad asistencial a primaria. **Media de visitas por paciente:** enfermería 8/facultativo 3. **Días de ingreso:** media 13 días (R: 2-35d). **Destino al alta:** excepto 1 paciente que requirió traslado e ingreso hospitalario, el resto fueron retornados a sus equipos de atención primaria de forma planificada.

Conclusiones: El circuito CAI-HaD puede ser una alternativa asistencial en la atención de la cronicidad compleja y la fragilidad. Permite una valoración rápida, evita ingresos hospitalarios y refuerza la continuidad asistencial entre la atención especializada y la atención primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. San José Laporte A, Pérez López J, Alemán Llansó C, Rodríguez González E, Chicharro Serrano L, Jiménez Moreno FX, ET AL. Atención especializada domiciliaria de patologías médicas desde un hospital universitario terciario urbano: Coordinación entre los servicios médicos del hospital y la atención primaria de salud del territorio. Rev Clin Esp. 2008;208(4):182-6. DOI: 10.1157/13117039; PMID: 18381002
2. Mas MÀ, Santaegugènia S. Hospitalización domiciliaria en el paciente anciano: revisión de la evidencia y oportunidades de la geriatría. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2015;50(1): 26-34. DOI: 10.1016/j.regg.2014.04.003; PMID: 24948521

Póster

La Hospitalización a Domicilio en el manejo del paciente crónico complejo y enfermedad crónica avanzada procedente de Urgencias

Teresa Soriano Sánchez, Eva Ruíz Ruíz, Ana Vázquez Suárez, Rafael Alias Petralanda, Marina Rubiralta Aguado, Xavier Pérez Morella, David Ble Merlo, Milagros Gándara Sanz, Eugenia Bueno Portela, F. Xavier Jiménez Moreno.

Hospitalización a Domicilio, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España.

PONENTE

Teresa Soriano Sánchez
tsoriano@vhebron.net

Introducción: El envejecimiento progresivo de la población está generando un incremento del número de pacientes pluripatológicos y frágiles de alta complejidad que generan un alto gasto sanitario. Es necesario un abordaje multidisciplinar de estos pacientes y la potenciación de otros recursos asistenciales para conseguir el objetivo de disminuir las derivaciones a urgencias y evitar ingresos hospitalarios.

Objetivo: Analizar el perfil de pacientes que ingresan en la Unidad de Hospitalización a Domicilio procedentes de Urgencias y de la Unidad de Corta Estancia del Hospital Vall d'Hebrón a lo largo del año 2016

Pacientes y métodos: Durante el año 2016, se han recogido todos los pacientes que han ingresado en nuestra Unidad, analizando diferentes variables, revisando específicamente los subgrupos de paciente crónico complejo, con enfermedad crónica avanzada y fragilidad.

Resultados: Durante este periodo se realizaron 196 ingresos en HaD desde urgencias que correspondieron a 166 pacientes diferentes. La edad media fue de 74.8 años (19-100). Diagnósticos de ingreso: el 45% (76 pacientes) ingresaron por patología respiratoria, 41 pacientes (24.6%) por infecciones del tracto urinario, 24 pacientes (14%) por patología cutánea, 17 pacientes por insuficiencia cardíaca (10%) y el resto por otras patologías. 63 pacientes presentaban patología crónica

compleja, 17 de ellos fueron detectados durante el ingreso. En 48 existía una enfermedad crónica avanzada (15 se catalogaron de ella durante el ingreso), 8 pacientes tenían perfil de paciente frágil y en 7 pacientes se cambió la categoría de paciente crónico complejo a paciente con enfermedad crónica avanzada. Durante este periodo, ha habido 23 *exitus* (15 pacientes con enfermedad crónica avanzada y 5 con patología crónica compleja)

Conclusiones: La Hospitalización a Domicilio es un recurso asistencial adecuado para la identificación y el abordaje multidisciplinar del paciente crónico complejo, permitiendo que el paciente permanezca durante el tratamiento en su entorno habitual.

BIBLOGRAFÍA

1. Fernández-Miera MF, Escalada Sarabia C, Sampedro García I. Manejo del paciente pluripatológico en una unidad de hospitalización domiciliaria. *Med Clin (Barc)*. 2005;126(1):37-8. DOI: 10.1157/13083334; PMID: 16409953
2. Tudela P, Mòdol JM. La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias*. 2015;27:113-120.

Póster

¿Por qué no el hierro endovenoso en casa?

Isabel Sampedro García, Iliana Pereda Fernández, Manuel F. Fernández-Miera, Soledad González Barrera, Carmen Escalada Sarabia, Ramón Gutiérrez Postigo, Yolanda Díaz Hoyas, M^a Teresa Baños Canales, Pedro Sanroma Mendizábal

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España.

PONENTE

Iliana Pereda Fernández
ipereda@humv.es

Introducción: La terapia con hierro endovenoso (EV) es una indicación en aumento en los pacientes crónicos complejos atendidos en HAD. Desde 2013 no está recomendada su administración en el domicilio.

Objetivo: Valorar si realmente no es recomendable

Metodología: Revisión historias de los pacientes que han recibido hierro EV en el domicilio (2009-2015) y en hospital de día (2011-2015). Registro de reacciones adversas relacionadas con la infusión y otras variables clínico-analíticas.

Resultados: En domicilio se trataron 62 pacientes, 37 mujeres, media de edad: 78,4 años. La mayoría remitidos de Atención primaria 33,8% y Urgencias 12,9%. El diagnóstico principal de ingreso fue anemia en el 54,8%. El 40% con más de una comorbilidad: patología digestiva potencialmente sangrante 59,7%, evidencia de sangrado 48,4%, ERC o con tumor sólido 29%, ICC 14,5%, patología urológica con riesgo de sangrado 8,1%, infección crónica 4,8%. La hemoglobina media 8,9 g/dl. El 53,3% recibió por vez primera el hierro en casa: hierro sacarosa el 72,6%, hierro carboximaltosa el 22,6% y ambos tipos el resto. Se administraron 148 dosis, entre 1 y 7 en cada ingreso. En ningún caso hubo reacciones adversas relacionadas con la infusión.

En hospital de día 1610 ciclos de hierro carboximaltosa a 931 pacientes. Un 32,5% fueron ciclos de una sola administración, el resto entre 2 y 16. Reacciones adversas relacionadas con la infusión se registraron en 5 pacientes: tres presentaron náuseas y dolor abdominal leve, sin hipotensión tras

finalizar la infusión; los otros dos reacción cutánea con eritema y exantema urticarial sin hipotensión, resuelta suspendiendo infusión y con antihistamínico.

Conclusión: La administración de hierro EV en el domicilio al igual que en el hospital es segura. Ni la frecuencia ni la intensidad de las reacciones registradas justifica no poder administrarlo en casa. Además, las posibles reacciones pueden ser solucionadas con los mismos protocolos que los utilizados en otros procesos habituales de HAD, como son las transfusiones o los antibióticos parenterales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Preparados de hierro de administración intravenosa y reacciones de hipersensibilidad: nuevas recomendaciones [monografía en Internet]. Madrid, España: AEMPS; 2013 [citado 15 abril 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/QVbCN3>
2. Avni T, Bieber A, Grossman A, Green H, Leibovici L, Gafter-Gvili A. The safety of intravenous iron preparations: systematic review and meta-analysis. *Am J Med.* 2015;128(1):38-45. DOI: 10.1016/j.amjmed.2014.08.024; PMID: 2522061
3. Antón Botella F, coordinador. Otros tratamientos parenterales. En: Sanroma Mendizábal P, Sampedro García I, González Fernández CR, Baños Canales MT, editores. Hospitalización domiciliaria: Recomendaciones clínicas y procedimientos. Santander, España: IFIMAV; 2011. pp 1319-1345.

Póster

Perfil de cronicidad de los enfermos ingresados en la Unidad de Hospitalización a Domicilio

Anna Solé Tresserres, Noemi Martin Ruano, Marina Roca Mansó, Esther Guiu Armill, Rosa Mari Oliver García, Ana Vena Martinez, José Manuel Porcel Perez

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, Espanya.

PONENTE

Anna Solé Tresserres
asole@comll.cat

Introducción: En 2040, uno de cada cinco habitantes de la población mundial será mayor de 65 años. A medida que la población envejece, la prevalencia de las enfermedades incapacitantes aumenta; lo que significa más ingresos hospitalarios, más institucionalización y polifarmacia en conjunto aumento de la mortalidad y de los costes sanitarios.

Las Unidades de Hospitalización a Domicilio (HODO) establecen un modelo organizativo que contribuye a la mejora de la calidad asistencial, ofreciendo atención continuada en el seno de la comunidad, y sirven de conexión entre los diferentes niveles asistenciales diseñando un plan terapéutico individualizado.

Metodología: Presentamos un estudio descriptivo realizado mediante el análisis de forma prospectiva de datos demográficos y escalas de cronicidad de los pacientes ingresados en HODO durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2016.

Resultados: Se evaluaron 136 enfermos que representan el 21% de altas/año. La edad media ha sido de 74.1 años, 70 hombres y 66 mujeres, con una estancia media de 6,72 días. Un 44% procedían del Hospital (Medicina Interna y Neumología), un 32% de Atención Primaria y el 23% restante de Urgencias. El 93% fueron altas domiciliarias y un 5% fueron derivados a Urgencias donde ingresaron en planta un 43%.El diagnóstico principal fue enfermedad pulmonar obstructiva crónica, seguido de insuficiencia cardiaca congestiva y después tratamiento antimicrobiano domiciliario endovenoso (TADE).El 25% de los pacientes estaban etiquetados de PCC (paciente crónico complejo) y un 7% de MACA (enfermedad avanzada con pronóstico de vida limitado); con un índice

de Barthel de 77.75 de media y diagnosticados de demencia en un 8%; con una escala EMINA de media de 2,64 pero con un Stratyfi del 47,1%.

Conclusión: Como conclusiones podemos decir que los pacientes de la HODO son mayores con comorbilidad pero con buena situación basal, sin demencia ni riesgo de úlceras de presión pero con alto riesgo de caídas. Si los enfermos están bien seleccionados y cumplen los criterios de inclusión tienen bajo índice de reingreso y/o consulta a Urgencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380(9836):37-43. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60240-2; PMID: 22579043
2. Sanroma Mendizábal P, Sampedro García I, González Fernández CR, Baños Canales MT, editores. Hospitalización domiciliaria: Recomendaciones clínicas y procedimientos. Santander, España: IFIMAV; 2011.

Póster

Revisión de pacientes ingresados en hospitalización a domicilio con infección respiratoria aguda por pseudomonas aeruginosa

Carolina Clemente Sarasa, Maria Sevil Puras, Marta Teresa Matia Sanz, Isabel Fiteni Mera, Juan Carlos Ferrando Vela, Daniel Fuertes Ruiz

Hospital Rojo Villanova, Zaragoza, España.

PONENTE

Carolina Clemente Sarasa
marta.msanz@gmail.com

Introducción: La infección por *Pseudomonas aeruginosa* en pacientes con bronquiectasias se asocia a mayor deterioro de la función pulmonar y una frecuencia mayor de ingresos hospitalarios por lo que la normativa española recomienda su erradicación. En la práctica clínica se aconseja el tratamiento antibiótico combinado en agudizaciones moderadas-graves o por cepas resistentes a uno o más antibióticos, con una duración de al menos 14 días.

Objetivos: Conocer las características de los pacientes ingresados en HAD con aislamiento en cultivo de esputo de *Pseudomonas aeruginosa*.

Metodología: Se analizaron los pacientes ingresados en HAD con infección aguda de *Pseudomonas aeruginosa* desde septiembre de 2016 a enero de 2017.

Resultados: En estos 5 meses ingresaron 10 pacientes con infección respiratoria aguda por *Pseudomonas aeruginosa*. La edad media fue de 79 años, siendo el 70% varones y el 30% mujeres. El 40% de los casos eran pacientes con bronquiectasias conocidas. En cuanto a la procedencia, el 60% ingresaron desde el servicio de urgencias, el 20% desde la planta de Neumología y el 20% restante de consultas externas de Neumología. En el 60% de los casos (6 pacientes) se aisló *Pseudomonas aeruginosa* resistente a quinolonas, siendo en 2 casos multiresistente y en 1 caso extremadamente resistente. Se trató con biterapia en 4 pacientes (3 pacientes con aztreonam y

tobramicina y 1 con tobramicina y colistina inhalada) y 2 con monoterapia con piperacilina/tazobactam. El 40% restante fue sensible a quinolonas y se trató con Ciprofloxacino oral, excepto un paciente con alergia a dicho antibiótico, que recibió Piperacilina/Tazobactam. La duración media del tratamiento antibiótico fue de 12 días. No hubo reingresos hospitalarios ni visitas a Urgencias en el mes posterior al alta.

Conclusión: Los servicios de hospitalización a domicilio son una buena alternativa para reducir el prolongado tiempo de ingreso de los pacientes con infección por *Pseudomonas aeruginosa*.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vendrell M, Gracia J, Oliveira C, Martínez MA, Girón R, Máiz L, et al. Normativa SEPAR: Diagnóstico y tratamiento de las Bronquiectasias. *Archiv Bronconeumología*. 2008;44(11):629-40. DOI: 10.1157/13128330; PMID: 19007570
2. Pasteur MC, Bilton D, Hill AT; British Thoracic Society Bronchiectasis non-CF Guideline Group. British Thoracic Society guideline for non-CF bronchiectasis. *Thorax*. 2010;65(Suppl 1):i1-i58. DOI: 10.1136/thx.2010.136119; PMID: 20627931
3. Garde C, Millet M, Goenaga MA, Arzelus E, Cuende A, Sarasqueta C, et al. Tratamiento de la infección respiratoria por *Pseudomonas aeruginosa* en pacientes adultos en hospitalización a domicilio: características clínicas y evolutivas así como análisis de los factores pronósticos de recidiva. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2009;27(5):257-62. DOI: 10.1016/j.eimc.2008.08.003; PMID: 19386391

Póster

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EOPC) en nuestra Unidad durante 2016

María José Cereijo Quinteiro, María Aránzazu García Martínez
Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España.

PONENTE

María José Cereijo Quinteiro
maria.jose.cereijo.quinteiro@sergas.es

Objetivos: Conocer las características de los pacientes que ingresan en HADO por descompensación de EPOC.

Metodología: Revisión del registro de ingresos en HADO durante 2016. Identificación de los pacientes cuyo motivo de ingreso era descompensación de EPOC. Revisión de la historia clínica electrónica (HCE). Inclusión: cuando constaba ese diagnóstico en los antecedentes personales; para la bronquitis crónica, incluso sin pruebas funcionales.

Escalas: GOLD para el grado de obstrucción, y mMRC para el de disnea.

Exclusión: cuando, aún con tratamiento broncodilatador crónico, no había mención en la historia o bien pruebas funcionales.

Resultados:

Seleccionados→34 (de 642 ingresos). Varones → 59

Medio urbano→23.

Meses→febrero y julio

	Media	Rango	Mediana
Edad	84,9	67-97	87
Estancia	16,3	Feb-28	16

Diagnóstico	EPOC	Asma	Enf mixta	Enfisema	bronquiectasias
Número	13	7	7	2	5

Factores de riesgo: Tabaco→8, biomasa→6; no recogido→19.

Escalas:

- GOLD: leve→5; Moderado→1; Grave→1; Muy grave→5; No_registrado→22
- mMRC: grado_1→2; grado_2→1; grado_3→2; grado_4→17; No_registrado→12,

Procedencia	A-Primaria	Urxencias	M Interna	Neumoloxía.
Número	11	10	5	4

Ingresados	23
Hospitalización	11

Desencadenantes: Infección→26

Comorbilidades: insuficiencia cardíaca (factor único)→7. IC+Otro→12.

	SI	NO	NO CONSTA
VACUNA GRIPE	26	3	5
VAC NEUMOCOCO	5	14	15

Tratamiento: 27 antibióticos parenterales; broncodilatadores nebulizados: 28; 20 necesitaron oxígeno (14 previamente; 4 pasaron a OCD), 28 recibieron corticoides.

Destino: Atención Primaria→27; Hospital→2; Exitus→4; Permanece→1

Conclusiones:

- Paciente-tipo: varón anciano, de ámbito urbano; padece EPOC o enfermedad obstructiva-mixta, descompensado por infección y presenta IC, sola o asociada a otra.
- Los registros en HCE sobre factores de riesgo, vacunación y situación funcional son escasos.
- La intervención de HADO evitó el ingreso en planta en 67,56% de los casos.
- El escaso número de reingresos nos permite presentar HADO como una opción adecuada para atender a estos pacientes; deberíamos potenciar esta modalidad asistencial.

Póster

Cura dehiscencia herida tras cirugía neoplasia vulva

Eulalia Ribas Obón, Montse López Postigo, Concepción Cubillo De Pablo, Marta Fernández Ros, Teresa Valle Delmas, Ingrid Maye Pérez, Eva Ángeles Sánchez Martos, Josefa González Ruiz, Dr. Abel Ramón Mujal Martínez, Dr. Joan Solà Aznar.

Hospital Universitario Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España.

PONENTE

Eulalia Ribas Obón
laiaribasobon@gmail.com

Objetivo: Descripción de la evolución de una dehiscencia herida vulvar tras la aplicación de apósitos desbridantes y activadores de las proteasas

Metodología: Paciente intervenida de neoplasia de vulva sin afectación de márgenes que en el postoperatorio presenta dehiscencia de herida quirúrgica tratada inicialmente de manera ambulatoria con curas convencionales con betadine y linitul. La evolución fue tórpida con necesidad de varios redesbridamientos por necrosis cutánea resultado de los cuales quedó una solución de continuidad importante que precisó de ingreso en Unidad de Hospitalización Domiciliaria.

Se realizó cura diaria con:

Sondaje vesical para exclusión vía urinaria

Aplicación de solución de metronidazol pomada 0,75% como medida antiséptica y control del olor

Cura con apósito de poliacrilato recubierto de matriz TLC-Ag (Tecnología Lípido-Coloide impregnado en plata) para desbridar y retirar esfacelo con tejido desvitalizado del lecho de la herida, a la vez que actuamos sobre la carga bacteriana y el biofilm.

Spray de polímero y plastificante

Pomada de Óxido de zinc con dimeticona

Cura con espuma microadherente con TLC-NOSF (neutralizador del exceso de proteasas de heridas crónicas)

Resultados: Paciente intervenida de neoplasia de vulva sin afectación de márgenes que en el postoperatorio presenta dehiscencia herida quirúrgica tratada inicialmente con curas convencionales con betadine y linitul. La evolución fue tórpida con necesidad de varios redesbridamientos por necrosis cutánea resultado de los cuales quedó una solución de continuidad importante que precisó de ingreso en Unidad de Hospitalización domiciliaria.

Durante su estancia en nuestra unidad y tras las curas reflejadas anteriormente la evolución ha sido correcta presentando la herida un buen aspecto con tejido de granulación y cierre parcial de la misma.

Conclusiones: El uso combinado de medidas antisépticas junto con apósitos desbridantes con plata es una opción terapéutica válida en heridas con amplias dehiscencias cutáneas.

Póster

Perfil del cuidador. Cronicidad y envejecimiento

M^a Teresa Güell Rabassó, Judit Rodon Tenas, Pilar Bargalló Marco, Marta Barrabeig Oliver, Isabel Delgado López, Josefina Fernández Muixí, Rosa Ferré Solé, Anton Cartanyà Benet, Anton Benet Català.

Unidad de Hospitalización Domiciliaria (HADO), Pius Hospital de Valls, Tarragona, España

PONENTE

M^a Teresa Güell Rabassó
mtguell@piushospital.cat

Introducción: La elevada prevalencia de multimorbilidad y pluripatología es una realidad en cualquier sistema sanitario, sobre todo en la población mayor de 65 años. Son las patologías crónicas las que van a tener su mejor opción terapéutica en el hogar al cuidado de los suyos. El cuidador es el pilar básico.

Objetivos: Describir el perfil del cuidador principal de los pacientes ingresados en nuestra Unidad de HADO desde su inicio hasta la actualidad. Valorar si existen diferencias en relación al cuidado de pacientes crónicos y de pacientes mayores.

Material y Método: Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en nuestra Unidad desde el 21/11/2011 hasta el 31/01/17. Se excluyen los pacientes que viven en residencia. Se describen las características del cuidador respecto a edad, sexo y parentesco. Se analiza el subgrupo de cuidadores de pacientes crónicos (con 2 o más enfermedades crónicas) y el subgrupo de pacientes de > 65 años.

Resultados: Durante el periodo descrito han ingresado en HADO 1402 pacientes. De estos 1235 vivían en domicilio (88%). Las mujeres suponen el 73% de los cuidadores, con una edad media global de 59 años (17-91). La esposa es la cuidadora más habitual (35.5%), seguida del esposo (21%), hija (20%), hijo (6%) y madre (6%).

En el subgrupo de pacientes crónicos (68%), también predominan las esposas (32%), con una edad media global de 63 años.

En el subgrupo de pacientes de > 65 años (74.5%), se mantiene el predominio de las esposas (33%), con una edad media global de 66 años.

Conclusiones:

El perfil de la persona cuidadora más frecuente en nuestra área de influencia es el de una mujer de edad media, esposa del paciente.

En los subgrupos de pacientes crónicos y pacientes ancianos se mantiene el predominio de esposas, de mayor edad.

Nuestra Unidad atiende un elevado porcentaje de pacientes crónicos y mayores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sosa Deniz R. Los cuidados informales en la HaD. En: Sanroma Mendizábal P, Sampedro García I, González Fernández CR, Baños Canales MT, editores. Hospitalización domiciliaria: Recomendaciones clínicas y procedimientos. Santander, España: IFIMAV; 2011. pp 1207-23.
2. Bernabeu-Wittel M, Alonso-Coello P, Rico-Blázquez M, Rotaache del Campo R, Sánchez Gómez S, Casariego Vales E. Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología. Aten Primaria. 2014;46(7):385-92. DOI: 10.1016/j.aprim.2013.11.013; PMID: 24968962

Póster

Revisión de casos de pacientes con derivación urinaria Bricker en Hospitalización a Domicilio

Marina Rubiralta Aguado, David Blé Merlo, Rafael Alías Petralanda, Laura Sinca Sánchez, Milagros Gándara Sanz, Eva Ruiz Ruiz, Teresa Soriano Sánchez, Lidia Íñigo Cruces, Sara López Branchadell, Sergi Capilla Tomás.

Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España.

PONENTE

Marina Rubiralta Aguado
marina.rubiralta@gmail.com

Introducción: Los pacientes sometidos a una cistectomía radical con una urostomía de derivación tipo Bricker (Wallace), suelen presentar un postoperatorio complejo. En el alta hospitalaria se presentan dudas acerca del manejo del estoma.

La educación sanitaria aumenta la confianza y seguridad del paciente.

Es clave que el personal de enfermería lleve a cabo un seguimiento y realice la educación sanitaria al paciente para que sea independiente en el manejo del estoma.

La hospitalización a domicilio (HaD) favorece un entorno ideal para el aprendizaje del paciente y su familia desde la comodidad de su hogar.

Metodología: Para poder conocer la experiencia de los pacientes ingresados en el postoperatorio inmediato de urostomía tipo Bricker en la HaD del Hospital Vall d'Hebron se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo de los pacientes ingresados en la HaD durante el año 2016. Las variables analizadas han sido: edad, sexo, días de ingreso, número de visitas de enfermería, episodios de urgencias o reingresos, características del cuidador principal y necesidad de curas de enfermería (antibioterapia, terapia de presión negativa (TPN), lavados ureterales)

Resultados: El 100% de los pacientes (n15) eran varones (edad media 68,8 años) intervenidos de Carcinoma urotelial con una estancia media en la unidad de 24'4 días de ingreso.

El personal de enfermería realizó una media de 23.4 visitas en las que practicó curas tópicas (86.7%), TPN (13.3%) y lavados de los catéteres ureterales (60%). El 33.3% de los pacientes recibió tratamiento antibiótico endovenoso. Excepto un paciente, todos tenían cuidador principal. El 20% de los pacientes fueron trasladados a urgencias y el 80% fue dado de alta domiciliaria.

Conclusión: A pesar de ser un número limitado de pacientes podemos llegar a las siguientes conclusiones:

- La HaD es una buena alternativa a la hospitalización convencional para el manejo de pacientes en el postoperatorio inmediato de cirugía con derivación urinaria tipo Bricker.
- La educación sanitaria potencia la autonomía del paciente en el manejo del estoma.
- El 80% de pacientes fue dado de alta sin ninguna complicación.
- Proporcionar atención de enfermería en el domicilio reduce la estancia hospitalaria y el riesgo de enfermedades nosocomiales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Real Romaguera A, Piquer Boscá C, Real Mestre. Cuidados después del alta hospitalaria del paciente portador de un Bricker. *Enfermería Integral*. 2008;(83):30-3.
2. García Martínez MJ, Montes Nieto IM, Ramos Suárez JM, González Cabrera S, Luque González I, Avilés Garrido O. Cuidados enfermeros en la ureteroileostomía (tipo Bricker): estudio de un caso clínico. *Enfuro*. 2011;(117), 5-10.
3. Álvarez Estaun P, Díez Delgado M, Ortiz de Urbina Oliver A, Vivas Edo G. Educació sanitària de la persona ostomitzada: Protocolo Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona, España: Hospital Vall d'Hebrón; 2011.

Póster

Mantenimiento de PICCs

David Blé Merlo, Marina Rubiralta Aguado, Rafael Alías Petralanda, Laura Sinca Sánchez, Milagros Gándara Sanz, Pilar Martín Valverde, Eva Ruiz Ruiz, Angeles Barrio Guirado, Sergio Capilla Tomas, Francisco Xavier Jiménez Moreno.

Hospital Vall Hebrón, Barcelona, España.

PONENTE

David Ble Merlo
Davidble@msn.com

Introducción: Desde el 2014, la unidad de Hospitalización a domicilio (HAD) de Vall d'Hebron colabora con atención primaria y centros residenciales del Área Integral de Salud (AIS) Nord en la atención de pacientes con una dependencia física elevada y que son tributarios de tratamiento endovenoso puntualmente o de larga duración.

Suelen ser pacientes multifrecuentadores, con enfermedades crónicas y con accesos venosos de difícil canalización.

En estos pacientes, el catéter venoso central de inserción periférica (PICC) es una buena elección, ya que se puede utilizar para cualquier terapia intravenosa, como antibióticos, medio de contraste, hemoderivados, o extracción de muestras de sangre. Además están constituidos por materiales de larga duración como poliuretano o silicona que ofrece una mayor perdurabilidad al dispositivo.

En estos casos, y siendo previsible utilizar este dispositivo a corto plazo, hay que evitar la retirada del dispositivo en el alta hospitalaria.

Es por ello que, ante la falta de una unidad asistencial extrahospitalaria que se encargue del mantenimiento y cuidados de Enfermería del dispositivo, y la dificultad de movilidad de los pacientes, es la HaD quien organiza y programa los ingresos en la unidad para llevar a cabo el mantenimiento en su domicilio, evitando el desplazamiento hasta el hospital y aumentando el confort del paciente.

Metodología: Para ello, el equipo de la HAD se responsabiliza cada 15 días de la revisión del punto de inserción, valoración de los riesgos de infección, heparinización, revisión de su permeabilidad

y mantenimiento del catéter (cambio del apósito y bioconectores de seguridad). Además, actúa de forma multidisciplinaria con otros equipos cuando se precisa del uso del dispositivo.

Resultados y conclusiones: La experiencia en la unidad nos ha dado unos buenos resultados, mostrando que:

- El mantenimiento de las PICC en la HAD es una actividad asistencial factible y de gran ayuda para el paciente.
- Garantiza un acceso venoso a aquellos pacientes que suelen precisar de su uso, proporcionando gran comodidad al paciente y evitando el dolor innecesario ante las múltiples canalizaciones de vías periféricas.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Alguacil Pau A, Rumayor Zarzuelo M, Fernández Martínez B, Valverde Sánchez C, Barberán Rodríguez D, Santiago Sáez A. Reducción del riesgo de complicaciones relacionadas con los catéteres venosos centrales: una propuesta para mejorar la seguridad del paciente. *Trauma*. 2013;24(3):182-7.
2. Carballo M. Elección de un catéter de acceso periférico. *Rev Rol de Enfermería*. 2004;27(6): 423-30.
3. Miró Andreu E, Montero Marco T, Peñuelas Saiz A, Quijada Ávila J, Salvador Lodosa J. Col·locació, manteniment i retirada del catèter venós central d'inserció perifèrica, mitjançant la tècnica de Seldinger modificada amb la utilització d'un ecògraf [Protocolo Hospital Vall Hebrón]. Barcelona, España: Hospital Vall Hebrón; 2014.

Póster

Enfermedad crónica avanzada, muerte digna en domicilio: Reto para la enfermera de UHaD en el Hospital de Mollet

Villanueva Contreras N y Reig Torrens R.

Hospital de Mollet, Mollet del Vallès, Barcelona, España.

PONENTE

Villanueva Contreras N y Reig Torrens R.
mail@fsm.cat

Introducción: La OMS ha alertado sobre el nuevo papel que los profesionales de la salud estamos abocados a jugar en los próximos años como responsables de la asistencia de unas personas cada vez más ancianas y con más comorbilidad.

Desde la UHaD del Hospital de Mollet queremos evaluar cuán importante es la labor de la enfermera domiciliaria para educar en la autorresponsabilidad a la persona, para educar al cuidador informal, en adquirir habilidades técnicas, emocionales, espirituales etc. Y a su vez concienciar a la población, que envejece, que los cuidados a en el domicilio son una alternativa de calidad, a la hospitalización convencional hasta el final de su proceso de vida.

Objetivos: Acompañar a la persona con pluripatología y de edad avanzada en su proceso de final de vida en su domicilio.

Promover la muerte digna en casa, como alternativa de calidad al hospital convencional.

Crear puentes de información con atención primaria, PADES y otros dispositivos, compartiendo el plan de decisiones pactadas y las estrategias a seguir.

Crear un plan de buenas prácticas entre los profesionales para promover un buen morir en el domicilio.

Educación al cuidador informal en todo el proceso de la enfermedad hasta el final. Asegurar una actuación enfermera centrada en la persona desde el inicio de su enfermedad crónica avanzada hasta el final.

Metodología: Estudio descriptivo y transversal realizado durante el año 2016. Hemos utilizado la base de datos propia de la UHaD y hemos filtrado los datos relacionados con este tema.

Se han evaluado las siguientes variables: Activación diagnósticos de enfermería.

Actividad enfermera con Nics y Nocs.

Personas derivadas al hospital convencional para morir, previo ingreso en nuestra unidad.

Personas que se han derivado a PADES para la continuidad de los cuidados en el domicilio (previa interconsulta).

Educación al cuidador informal.

Resultados y conclusiones: La intervención de la enfermera domiciliaria en las personas con enfermedad crónica avanzada y a su entorno es el eslabón indispensable para una atención de calidad centrada en la persona. Los resultados nos hacen pensar que el papel de la enfermera es la intervención tanto a nivel físico, mental, emocional, espiritual y social. También es fundamental para concienciar en la responsabilidad del autocuidado, el bienestar y si ya no es posible una atención de calidad en el domicilio, con un buen soporte enfermero y estableciendo vínculos con otros departamentos, hasta el final de sus días.

Póster

Análisis del tratamiento de la reagudización de EPOC en Hospitalización a Domicilio (HAD).

Natalia Martín Blanco, María Núñez Murga, Mónica Guardia Torres, M^o José Gómez García, Francisco Anton Botella, Teresa Elías Sánchez, Marta Zabalza Azparren, Isabel Vitoria Alonso Isabel.

Hospital San Pedro, Logroño, La Rioja, España.

PONENTE

Natalia Martín Blanco
nmartin@riojasalud.es

Objetivos: Evaluar la seguridad de HAD para el tratamiento de las agudizaciones de EPOC en el esquema de alta temprana y de evitación de ingresos. Analizar posibles factores de reingreso precoz.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes atendidos en nuestra HAD en 2016 con reagudización de EPOC como diagnóstico principal de ingreso. Se recogieron datos en Historia Clínica sobre:

- tipo de ingreso: *tipo 1* (evitar ingreso: URG, UCE, CEX, AP), *tipo 2* (alta precoz: estancia \leq 3d), *tipo 3* (hospitalización convencional $>$ 3d).
- variables clínicas: edad, índice PPP, FEV1, indicación de VMNI, O2dom.
- destino al alta: domicilio, ingreso hospitalización convencional, exitus.
- reingreso 30 días (Rel30d).

Resultados: Se realizaron 176 ingresos (110 pacientes) por reagudización de EPOC. El 46.2% desde Neumología, y el 37% desde URG-UCE. Un 79% hombres con edad media de 78.3 años (56-95).

El 51.8% de los pacientes (57) tenían más de 80 años, el 64.5% (71 pacientes) tenían un índice PPP \geq 2, el 54.5% (60 pacientes) eran GOLD III-IV (FEV1 \leq 50%).

El 87.5% (154 ingresos) fueron alta, el 9% (16) precisó ingreso en Hospital y no finalizó tratamiento en HAD, y 2 pacientes fueron exitus. 26 pacientes reingresaron a los 30 días (17%). El 65.9% del total de los ingresos (114) fueron de tipo 1-2.

Los ingresos tipo 1-2 tuvieron menor tasa de reingreso desde HAD y a los 30 días que los tipo 3 (93.8%vs77.9%, 13%vs24%), con mayor porcentaje de \geq 80 años (54.4%vs45%), pero con menor de indicación de VMNI (16.5%vs25.8%).

Los Rel30d tuvieron menor edad (36.4%vs51% \geq 80 años) con un índice PPP similar a los que no reingresaron. La FEV-1 (77.7%vs60%), la indicación de VMNI (36.4%vs17%) y la oxigenoterapia previas (54%vs30%), fueron mayores en los que Rel30d.

Conclusiones: El tratamiento en HAD de la reagudización de EPOC es seguro en todos los pacientes independientemente de la edad o índice PPP, y con mejores resultados cuanto menor es el tiempo de hospitalización convencional previo.

La indicación de VMNI y la estancia hospitalaria previa, parecen aumentar el riesgo de reingreso, desde HAD y a los 30 días. Los pacientes con EPOC muy evolucionado tienen mayor riesgo de reingreso a los 30 días.

BIBLIOGRAFÍA

1. Calle Rubio M, Martín Carnerero E. Manual de Atención Domiciliaria del Paciente con Enfermedad Obstructiva Crónica (EPOC): Manual SEPAR de Procedimientos [monografía en Internet]. Barcelona, España: SEPAR; 2012 [citado 29 de junio de 2017]. Disponible en: <https://issuu.com/separ/docs/manual22/5>
2. Echevarria C, Brewin K, Horobin H, Bryant A, Corbett S, Steer J, et al. Early Supported Discharge/Hospital At Home For Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Review and Meta-Analysis. COPD. 2016;13(4):523-33. DOI: 10.3109/15412555.2015.1067885; PMID: 26854816

Índice de participantes

A

- Alepuz Vidal, Laura 34
Alias Petralanda, Rafael 42, 44
Anton Botella, Francisco 64

B

- Baños Canales, M^a Teresa 46
Bargalló Marco, Pilar 56
Barrabeig Oliver, Marta 56
Barrio Guirado, Angeles 60
Basterretxea, Andima 8
Benet Català, Anton 56
Berenguer, Ana 32
Biada, Pilar 32
Ble Merlo, David 42, 44
Bueno Portela, Eugenia 44

C

- Cantos, Maite 32
Capilla Tomás, Sergi 58
Cartanyà Benet, Anton 56
Cases Alarcón, Catalina 10
Cereijo Quinteiro, María José 52
Cid Blanco, Nerea 36
Clemente Sarasa, Carolina 50
Cubillo De Pablo, Concepción 54

D

- Davila, Cristina 32
Delgado López, Isabel 56
Díaz Hoyas, Yolanda 46
Domínguez Mena, Pilar 34
Duran Font, Inmaculada 36

E

- Elías Sánchez, Teresa 64
Escalada Sarabia, Carmen 46

F

- Felipe Martín, Elena de 36
Fernández Fabrellas, Estrella 11
Fernández Muixí, Josefina 56
Fernández Ros, Marta 54
Fernández-Miera, Manuel F. 46
Ferrando Vela, Juan Carlos 50
Ferré Solé, Rosa 56
Fitení Mera, Isabel 50
Fuertes Ruiz, Daniel 50

G

- Gándara Sanz, Milagros 42, 44, 58, 60
García Martínez, María Aránzazu 52
Gil, Merce 32
Giménez Ruíz, Ruth 36
Gómez García, M^a José 64
González Barrera, Soledad 46
González García, David 36
González Ruíz, Cristian 36
González Ruiz, Josefa 54
Guardia Torres, Mónica 64
Güell Rabassó, M^a Teresa 56
Guillamont, Joan 32
Guinovart, Laia 32
Guiu Armill, Esther 48
Gutiérrez Postigo, Ramón 46

I

- Íñigo Cruces, Lidia 58

J

- Jiménez Moreno, Francisco Xavier 42, 44, 60

L

- López Branchadell, Sara 58
López Postigo, Montse 54

M

- Máiz Carro, Luis 13
Marco Galilea, Inmaculada 15
Martín Blanco, Natalia 64
Martin Ruano, Noemi 39, 48
Martín Valverde, Pilar 60
Mas, Miquel Àngel 17
Massoni Piñeiro, Maria Antonia 39
Matia Sanz, Marta Teresa 50
Maye Pérez, Ingrid 54
Mias Carballal, Maria Carmen 39
Millares Costas, Laura 19
Montano Cano, María Isabel 36
Mujal Martínez, Abel Ramón 54

N

- Navarro, Nuria 32
Núñez Murga, María 64

O

- Ocaña Hidalgo, Natividad 39
Oliver Garcia, Rosa Maria 39

P

- Pereda Fernández, Iliana 46
Pérez Calvo, Juan Ignacio 23
Pérez Morella, Xavier 44
Porcel Perez, José Manuel 48
Puertas Calvero, María 36

R

- Reig Torrens, R. 62
Ribalta Reñe, Ramon 39
Ribas Obón, Eulalia 54
Riera Granados, Nuria 39
Roca Mansó, Marina 48
Roda Vela, Rosa Maria 39

Rodon Tenas, Judit 56
Rodríguez, Silvia 32
Romero Candel, Patricia 36
Rosillo, Cristina 32
Rubiralta Aguado, Marina 42, 44, 58, 60
Ruiz Armas, Ana Pilar 15
Ruiz Ruiz, Eva 42, 58, 60

S

Sampedro García, Isabel 46
San José Laporte, Antonio 42
Sánchez Martos, Eva Ángeles 25, 54
Sanpedro Jiménez, Francisco Ramón 42
Sanroma Mendizábal, Pedro 46
Serván León, M^a Dolores 37
Sevil Puras, María 50
Sinca Sánchez, Laura 58, 60
Solà Aznar, Joan 28, 54
Solé Tresserres, Anna 48
Soriano Huertas, Núria 36
Soriano Sánchez, Teresa 42, 44, 58

V

Valle Delmas, Teresa 54
Vázquez Suárez, Ana Beatriz 42, 44
Vena Martínez, Ana 48
Villanueva Contreras, N. 62
Vitoria Alonso, Isabel 64

Z

Zabalza Azparren, Marta 64



<https://twitter.com/revistahad>



<https://www.facebook.com/edi.had.98>

