13 y 14 de junio

CALATAYUD

#CalidadSalud18

XVI

jornadas de trabajo sobre
CALIDAD EN SALUD

jornadacalidadsalud.es

salud servicio aragonés de salud

Sacai Sociedad Aragonesa Calidad Asistencial

FeCA

IACS Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud

UNED

GOBIERNO DE ARAGON

Calatayud, 14 de junio de 2018

COMUNICACIONES MESA 1

CÓDIGO	Título Comunicación	Nombre	centro	Mesas	Dia
C001/18	FARINGOAMIGDALITIS, QUÉ HACEMOS EN UN HOSPITAL COMARCAL Y CÓMO PODEMOS MEJORAR	Ainoa Cuadrado González	Hospital Ernest Lluch Martín	1	13
C003/18	PARAR, MIRAR, ESCUCHAR Y DECIDIR	Carlota Canet Fajas	Centro de Salud Delicias Sur	1	13
C028/18	"DAROCA SALUDABLE". EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN UN ÁMBITO RURAL	Ainoa Cuadrado González	Hospital Ernest Lluch Martín	1	13
C032/18	ESCUELA DE SALUD	Beatriz Sánchez Lomba	Centro de Salud Pirineos	1	13
C040/18	ENCUESTA DE OPINIÓN DE LOS USUARIOS DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA	Mª Concepción Sanz Rubio	Centro de Salud Romareda (Seminario)	1	13
C047/18	ADOLESCENTES Y TABACO: RESULTADOS EN UN CENTRO DE SALUD RURAL (CALATAYUD SUR).	Sonia Bernad Hernando	Centro de Salud Calatayud Rural	1	13
C081/18	EL PERSONAL DE LOS CENTROS DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA DEBE IR IDENTIFICADO	Ana Isabel Rey Liso	Dirección Atención Primaria S-I	1	13
C129/18	DISFAGIA OROFARINGEA EN ANCIANO INSTITUCIONALIZADO. MANEJO.	Ana María Arnal Torres	Centro de Salud Barbastro	1	13

C001/18: FARINGOAMIGDALITIS, QUÉ HACEMOS EN UN HOSPITAL COMARCAL Y CÓMO PODEMOS MEJORAR.

Primer autor: *Ainoa Cuadrado González. Dirección de Atención Primaria de Zaragoza III*

Coautores: *Idoia Rodríguez Mijangos, María Luisa Baranguán Castro, Carla Martinez Andaluz, Beatriz Romera Santa Bárbara, Maria del Pilar Poveda Serrano, Violeta Bergua Díez, Cayetana Verástegui Martínez*

Resumen:

En nuestro hospital comarcal 2% de las consultas en urgencias son compatibles con faringoamigdalitis. No se dispone de TDRA, excepto en planta de Pediatría, por lo que se sobrediagnóstica de FAA estreptocócica con la consiguiente sobreprescripción antibiótica. Describimos la práctica clínica habitual de diagnóstico y tratamiento de FAA no complicadas en un hospital comarcal. Queremos demostrar las ventajas de disponer de TDRA en los Servicios de Urgencias e intentar con los resultados optimizar el uso de antibióticos.

Material o pacientes y métodos: Estudio retrospectivo analítico descriptivo de pacientes que acudieron a urgencias entre el 1Julio de 2016 y el 30 junio de 2017 con clínica compatibles con FFA. Se utilizó la información de la historia clínica, precio de los antibióticos de venta al público y el precio del TDRA de venta a nuestro hospital. Para el análisis de ahorro total utilizamos los porcentajes de riesgo de infección por EBHGA según la literatura y el uso de penicilina/amoxicilina como antibióticos que se deberían haber prescrito.

Resultados:254 pacientes. 55%niños, 45%adultos. 65% recibieron antibiótico. A los pacientes con fiebre o exudado, de forma independiente, se les prescribió más antibióticos. Aquellos que tuvieron fiebre frente a los afebriles tuvieron 6.711 (IC95 3.21-13.99) veces más probabilidad de recibir antibiótico, con exudado 8.200 (IC95 5.929-11.335). De los88 niños (63%)con antibiótico, 74(84%) fueron de primera elección y 48(54%) con la dosis apropiada. Según la literatura solo 40(45%) deberían haber recibido antibioterapia. De los 78 adultos (68%) con antibioterapia 15(19%) fueron de primera elección, 2(2.5%) con dosis adecuada. Según la literatura solo 21(27%) deberían haber recibido antibioterapia. Al analizar el ahorro económico teniendo en cuenta los porcentajes descritos en la literatura, utilizando el TDRA según los protocolos y prescribiendo antibióticos de primera elección obtendríamos un ahorro del 40-50% y 89-129 (54- 78%) personas se habrían beneficiado no tomando un antibiótico mal prescrito.

Conclusión: Disponer de protocolos de actuación y TDRA en las Urgencias tanto Hospitalarias como en los Centros de Salud, es una medida efectiva y eficiente para la reducción de prescripción antibiótica innecesaria, con el consecuente ahorro económico, disminución de resistencias antibióticas y beneficios para el paciente.

C003/18: PARAR, MIRAR, ESCUCHAR Y DECIDIR

Primer autor: *Carlota Canet Fajas. Centro De Salud Delicias Sur*

Coautores: *Valle Coronado Vázquez, M Teresa Delgado Marroquín, María Pilar Gabas Ballarín, Laura Val Escó, Arturo Aliaga Guillén, Alfonso Ángel Felipe Rubio, María Pilar Llorente Fauro*

Resumen:

La toma de decisiones compartidas (TDC) es una forma de relación médico-paciente aplicable a cualquier acto clínico, ya sea diagnóstico, terapéutico o profiláctico, que ha demostrado su utilidad para reducir los conflictos con las decisiones clínicas.

Los objetivos de este estudio son determinar la eficacia de la TDC para reducir el conflicto decisional en las consultas de Atención Primaria y valorar las situaciones clínicas en las que se ha utilizado.

Material y método: Diseño del estudio: Revisión sistemática. Se realizó una búsqueda en Medline, Cinahl, Embase, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) y NHS Economic Evaluation Data base de artículos publicados desde enero de 2007 a diciembre de 2017. Se seleccionaron ensayos clínicos aleatorizados y controlados que incluían pacientes atendidos en las consultas de Atención Primaria para actividades de tratamiento, diagnóstico, prevención o promoción de la salud en enfermedades agudas o crónicas, utilizando herramientas de apoyo para la toma de decisiones.

Resultados: Se identificaron 172 artículos de los que se seleccionaron 20. La TDC redujo el uso de disminuyó el conflicto con las decisiones y en 6 de 15 mejoró la satisfacción de profesionales y pacientes. Mejoró el conocimiento de los tratamientos y de los factores de riesgo cardiovascular por parte de los pacientes.

Conclusiones: La toma de decisiones compartidas en Atención Primaria es efectiva para el cribado del cáncer de colon y próstata, así como para la adecuación del tratamiento, mejorando el conocimiento de la enfermedad por parte de los pacientes y la satisfacción con las decisiones. De esta forma, sumamos esfuerzos hacia la llamada “atención centrada en el paciente”, que supone organizar los cuidados de la salud pensando en los pacientes en vez de en los profesionales que los realizan.antibióticos en infección respiratoria aguda y la determinación de PSA para el cribado del cáncer de próstata, aumentando el cribado del cáncer de colon. En 2 de 15 ensayos

C028/18: "DAROCA SALUDABLE": EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN UN ÁMBITO RURAL

Primer Autor: *Ainoa Cuadrado González. Hospital Ernest Lluch Martín*

Coautores: *Idoia Rodriguez Mijangos, Ester Gonzalo Aranda, Jose Manuel Castaño Prieto, Mª Paz Simón Aparicio, Ana V Bes Gimenez, Beatriz Rodriguez Larraga, Aitana Morant Pablo*

Resumen:

Objetivo general: Aplicar un proyecto de Intervención Comunitaria en Daroca

Método: Se contacta con el Instituto de Educación Secundaria (IES) de la Comunidad de Daroca y con el colegio público Pedro Sánchez ciruelo. Serie de sesiones con el fin de informar y educar a los estudiantes en cuestiones relacionadas con su salud:- Higiene bucodental-Alimentación y Nutrición- Drogas:- RCP básica y primeros auxilios. Evaluación. Mediante el uso de cuestionarios específicos diseñados para cada actividad. Se recogieron datos pre y post actividad.- RCP básica Y primeros auxilios Ha habido un aumento del 107,6% de aciertos globales en el test pasado tras la realización del taller respecto al que ha analizado los conocimientos previos de los alumnos sin realizar ninguna intervención.- Drogas Ha habido un aumento del 35.94% de aciertos globales en el test pasado tras la realización del taller respecto al que ha analizado los conocimientos previos de los alumnos sin realizar ninguna intervención
- Salud bucodentalHa habido un aumento del 60% de aciertos globales en el test pasado tras la realización del taller respecto al que ha analizado los conocimientos previos de los alumnos sin realizar ninguna intervención.
- Alimentación y NutriciónHa habido un aumento del 13,11% de aciertos globales en el test pasado tras la realización del taller respecto al que ha analizado los conocimientos previos de los alumnos sin realizar ninguna intervención
Las actividades impartidas nos han mostrado que la charla que más información les ha aportado a los alumnos ha sido la de RCP básica y primeros auxilios.
La charla que menos ha aportado ha sido la de alimentación y nutrición con un 13% seguida por la de drogas con un 35%
Es importante la ejecución de las actividades de educación y promoción de salud tanto en el ámbito urbano como el rural pero desde nuestra actividad creemos fundamental impulsar las actividades realizadas en el ámbito rural pues los recursos a dichos pacientes son limitados. Es por eso que se deben plantear continuamente y realizar de forma activa actividades que acerquen los conocimientos, recursos y herramientas que pueden precisar los habitantes del medio rural en cuestiones relacionadas con salud para intentar que el principio de igualdad de la medicina sea una realidad, porque todos presentan los mismos derechos ya vivan en Zaragoza capital o en el pueblo más remoto de la comarca.

C032/18: ESCUELA DE SALUD

Primer autor: *Beatriz Sánchez Lomba. Centro de Salud Pirineos*

Coautores: *Teresa Franco Sanagustín, Manuela Roman Escartin, Lucia Betran Coarasa, Esther Lamora Pallas*

Resumen:

Este proyecto trata de dar respuesta a las nuevas inquietudes de salud de los ciudadanos, poniendo en práctica los nuevos paradigmas emergentes enfocados a la Salutogénesis del individuo, dejando atrás un modelo patriarcal y enfocado en la patogeneidad y teniendo en cuenta la diversidad de grupos de población y necesidades que acoge este Centro de Salud. Se pretende combinar la educación para la salud, que comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar los conocimientos y habilidades de la población que conduzcan a la mejora de la salud. Y la promoción de salud, que tiene como finalidad empoderar a los ciudadanos, es decir, responsabilizarles en la defensa de la salud propia y colectiva.
Objetivos Generales: Mejorar y dotar al paciente de habilidades y herramientas que le ayuden a solventar las necesidades que haya identificado. Específicos: Aumentar la participación comunitaria de pacientes y profesionales. Reunir a pacientes con las mismas inquietudes y necesidades. Detectar necesidades de los pacientes. Involucrar al paciente en su salud.

Metodología: Planificación: constitución del grupo de trabajo, difusión mediante folletos y carteles informativos, elección de talleres a impartir y establecimiento de un organigrama. Actuación: implementación de los talleres grupales. Evaluación: Medida de los indicadores establecidos (participación de profesionales y pacientes, grado de conocimientos/habilidades adquiridos y satisfacción) mediante la recogida de encuestas.

Resultados: Se llevaron a cabo 3 talleres (manejo de inhaladores, conocimiento del suelo pélvico y control postural) que contó con una participación multidisciplinar (admisión, enfermería, matrona, fisioterapeuta y medicina). Se consiguió la participación activa de los pacientes en las propuestas de talleres. El 95% de los pacientes expresaron como muy útil los conocimientos adquiridos para su vida cotidiana y un 5% como útiles. El 100% consideraba que habían cumplido sus expectativas y recomendaría el taller.

Conclusiones: Los proyectos multidisciplinares permiten abarcar gran diversidad de temas de salud de manera que permite la participación, interés y mejora de la salud de mayor población así como una atención de calidad. Por otro lado, involucrar a gran parte del equipo fomenta el trabajo en equipo y mejora la difusión de las actividades llevadas a cabo en el centro.

C040/18: ENCUESTA DE OPINIÓN DE LOS USUARIOS DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Primer autor: *Mª Concepción Sanz Rubio. Centro de Salud Romareda (Seminario)*

Coautores: *Gema Galindo Morales, Yolanda Marcén Román, Mª Ángeles Franco Sierra, Mercedes Ferrando Margelí, Concepción Piñeiro Adán, Mª Mar Yagüe Sebastián, Mª Pilar Yagüe Sebastián*

Resumen:

Objetivos: Determinar la frecuencia de satisfacción en usuarios atendidos en las unidades de Fisioterapia de Atención Primaria del sector Zaragoza II en 2017.

Metodología: Se realiza una Encuesta de opinión sobre la percepción de la satisfacción en la atención recibida en las unidades de Fisioterapia de Atención Primaria del sector Zaragoza II. El periodo de estudio en el que se llevó a cabo la recogida de información fue durante el mes de noviembre de 2017.

Resultados: En el mes de noviembre de 2017 se atendieron en las 9 unidades de Fisioterapia del sector Zaragoza II 630 usuarios en primera consulta. Entre los usuarios que recibieron el alta de las unidades, 402 respondieron el cuestionario de opinión. El tiempo de espera desde que se solicita la cita hasta la primera consulta es el ítem que recoge menor porcentaje de usuarios satisfechos (53%) en el conjunto de la muestra. La facilidad para conseguir la cita también es otro de los elementos que alcanza menor porcentaje de respuestas con satisfacción y tiene que ver también con la accesibilidad al servicio. La valoración de la confianza, la amabilidad y el interés mostrado por los fisioterapeutas en Atención Primaria supera el 95% de respuestas con satisfacción. La asistencia recibida en general acumula un porcentaje del 92% de usuarios satisfechos y muy satisfechos con el servicio en el conjunto de la muestra. La mayoría de los usuarios considera que el tiempo dedicado es el adecuado. Casi la totalidad de los encuestados en el sector Zaragoza II recomendaría su unidad de Fisioterapia de Atención Primaria a amigos y familiares.

Conclusiones: 1. La experiencia de los usuarios de las unidades de Fisioterapia del sector Zaragoza II es habitualmente satisfactoria. 2. Los ítems sobre el tiempo de espera desde que solicita la cita hasta la fecha de consulta y la facilidad para conseguir la cita son los que menos satisfacción generan. 3. El 92% de los usuarios de las unidades de Fisioterapia del sector Zaragoza II valora como satisfactoria la asistencia global recibida en ellas.

C047/18 ADOLESCENTES Y TABACO: RESULTADOS EN UN CENTRO DE SALUD RURAL (CALATAYUD SUR).

Primer autor: *Sonia Bernad Hernando. Centro de Salud Calatayud Rural*

Coautores: *Ana Cristina Gálvez Villanueva, luís Digón Sanmartín, María Carmen Solans Piqueras, María Carmen Sanz Sebastián, María Pilar Bernal García, Nicolás Granero Berlanga, María Pilar Echevarría Montoto*

Resumen:

Objetivos: Conocer la prevalencia de fumadores en población de 14-18 años de nuestro C. S. y los motivos por los que empiezan a fumar. Aumentar sus conocimientos sobre los riesgos del consumo de tabaco y promover hábitos de vida saludables DESCRIPCION DE LA MUESTRA; la población total en el momento de la intervención era de 105 adolescentes de los cuales participaron en la intervención 53, un 50,47%. DISEÑO: fue un estudio transversal, descriptivo, no experimental basado en la encuesta ESTUDES 2014.

Resultados: Un 43,5% de los participantes eran hombres y un 54.5 % mujeres, el 2% no contesto. Entre los fumadores el 53,3% eran mujeres y el 46,7% hombres. La edad media fue de 14,9 años. En el 82,3 % de los hogares alguno de sus miembros fumaba, en el caso de los fumadores el porcentaje se eleva al 93,4%. El 37,7% ha fumado alguna vez, siendo la edad media del primer cigarrillo de 13,5 años. El 10,8% refiere fumar a diario. La edad media de los que fuman a diario es de 15,8 años, siendo el 53,3% mujeres. Fuman una media de 7,8 cigarrillos al día. El 80% de ellos ha pensado en dejarlo. Los principales motivos para comenzar a fumar son en un 64,7% por probarlo y en un 17,6% porque lo hacen los demás. Un 11,7% no sabe decir porque. Tras la intervención el 100% de los participantes eran capaces de reconocer las principales enfermedades que causa el tabaco y de reconocer que era perjudicial para su salud. Al 95,5 % les hizo reflexionar sobre el consumo de tabaco.

Conclusiones: Los adolescentes de nuestro centro de salud tienen su primer contacto con el tabaco a los 13,5 años. Casi el 38% de los jóvenes ha fumado alguna vez y casi el 11% fuma a diario, destacando que hay más fumadoras que fumadores. Entre los motivos de comenzar a fumar destaca la curiosidad por probar y la presión del grupo, pero casi 12% no sabe explicar porque. Lecciones Aprendidas: Trabajar en los mismos temas a nivel local, desde los centros docentes y el sistema sanitario, promoviendo los hábitos de vida saludables, reforzando su capacidad para decir no cuando se les ofrezca tabaco y haciéndoles reflexionar sobre las consecuencias que el consumo de tabaco puede tener para su salud individual complementa y refuerza las campañas institucionales.

C081/18: EL PERSONAL DE LOS CENTROS DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA DEBE IR IDENTIFICADO.

Primer autor: *Ana Isabel Rey Liso. Dirección de Atención Primaria Zaragoza I*

Coautores: *Mª Jesús Quintana Gracia, Jesús Aisa Viña, Dolores Gómez García, Inmaculada García García, Enrique Llamas Agundez*

Resumen:

Objetivo: Tras varias incidencias planteadas por los usuarios, nos planteamos un proyecto de mejora: un método que permita que el personal de nuestros centros sanitarios vaya identificado como garantía del derecho del usuario de conocer los profesionales que van a participar en su proceso asistencial y administrativo al amparo de la Ley General de Sanidad, nuestro Estatuto Marco, la nueva Ley de Procedimiento Administrativo y la Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.
Método: El planteamiento a la Dirección de Atención Primaria y al Servicio de Personal de llevar a cabo un procedimiento que permita identificar a los profesionales de los centros de salud suscitó cierta controversia y la valoración de diferentes posibilidades de ejecución. Se comprobó que la mayoría del personal de Atención Primaria, no iba identificado y que aunque dispusiera de tarjeta identificativa no lo usaba porque estaba deteriorada u obsoleta. Se procede al estudio de tres métodos:

1- Que los profesionales se desplacen a los Servicios de Registro de los Hospitales dependientes , puesto que allí es donde se encuentra el recurso técnico y el humano. El Servicio de Clientes y Personal establecerán una agenda que permita distribuir a los profesionales. La debilidad que plantea este método, es la incomodidad que puede producir a los profesionales el desplazarse.

2.- Se estudia la posibilidad de que un fotógrafo se persone en los centros y luego desde el Servicio de Clientes, hacer llegar las tarjetas a los interesados. La debilidad de este método es que no disponemos de fotógrafo.

3.- El profesional se haga la fotografía y la remita, junto con el D.N.I. escaneado al Servicio de Clientes. Tiene un antecedente: Es el utilizado por el Servicio de Personal del Departamento para confeccionar las tarjetas del empleado a través de la Fábrica de Moneda y Timbre. Se decide por consenso el que figura en tercer lugar.

Resultados: Se contacta con todos los actores implicados: 100%. Se contacta con el Servicio de Informática para compatibilidad de las imágenes 100%. Posibilidad de reforzar los Servicios de Registro de Personal: 100%. Viabilidad del proyecto con la Dirección de Atención Primaria 100%

Conclusiones Y Aprendizaje: Se pueden mejorar procesos gracias a las quejas interpuestas por los usuarios. Este proyecto redundará no sólo en una mejor imagen de cara al usuario sino también en una garantía de nuestro trabajo.

C129/18: DISFAGIA OROFARINGEA EN ANCIANO INSTITUCIONALIZADO. MANEJO.

Primer autor: *Ana María Arnal Torres. Centro De Salud Barbastro*

Coautores: *Arancha Pueyo Acín., Ana Piñol Jané, Elisa Torres Clemente.*

Resumen:

Objetivos: Identificar los grupos de riesgo en las cinco residencias de la zona de salud de Barbastro.2. Detectar precozmente en los grupos de riesgo, los principales signos y síntomas de disfagia orofaringea por parte del personal cuidador de dichas residencias.3. Fomentar la realización de planes de cuidados específicos e individualizados en ancianos institucionalizados con disfagia orofaringea.4. Disminuir los ingresos hospitalarios por BRONCOASPIRACION.

Metodología: Durante los siete meses de estudio (Octubre 2017-Marzo 2018) se han realizado talleres en las residencias de dicha zona de salud, dirigidas a cuidadores y familiares de los residentes. Se paso test de conocimientos antes del taller y posterior a los tres meses. Se realizo educación sanitaría en disfagia orofaringea a los asistentes a dichos talleres mediante material didáctico y audiovisual. Se les proporciono de forma individualizada una guía rápida con RECOMENDACIONES PARA PERSONA CON DISFAGIA OROFARINGEA. Se educo en las diferentes CONSISTENCIAS NECTAR, MIEL Y PUDING conseguidas con los ESPESANTES prescritos para estos ancianos con este trastorno de la deglución. Elaboración de un registro de ancianos institucionalizados con disfagia orofaringea.

Resultados: 1. Hasta la fecha del estudio (31/03/2018) se cuenta con 371 residentes institucionalizados,260 son dependientes (Dependencia grado III, la más prevalente) y 26 residentes presentan disfagia orofaringea.2. Asistieron más de la mitad de los profesionales a los talleres.3. Ha disminuido los ingresos hospitalarios por BRONCOASPIRACIONES, verificando la inexistencia de estos por el sistema de registro OMI-AP durante estos siete meses del estudio.

Conclusiones: 1. Se han eliminado las jeringas y pajitas para dar alimentación oral a los residentes.2. Las cuidadoras tienen especial atención en la forma postural y ambiental correcta para dar alimentación en estos ancianos.3. El personal de cocina está muy implicado en la no inclusión de dobles texturas en platos culinarios prohibidos en estos ancianos con disfagia orofaringea.

Lecciones Aprendidas: Alimentación eficaz y segura en estos ancianos con disfagia orofaringea es nuestra principal motivación en este abordaje de cuidados en ancianos institucionalizados.

COMUNICACIONES MESA 2

CÓDIGO	Título Comunicación	Nombre	centro	Mesas	Dia
C015/18	PATRONES DE MULTIMORBILIDAD Y POLIFARMACIA: EVALUACIÓN DE INTERACCIONES POTENCIALES	Aida Moreno Juste	Centro de Salud Delicias Sur	2	13
C116/18	USO DE MEDICAMENTOS EN INDICACIONES NO INCLUIDAS EN FICHA TECNICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	Amalia Gasso Sanchez	Hospital Universitario Miguel Servet	2	13
C119/18	IMPORTANCIA DE LA CORRECTA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE TIROSINKINASA EN LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA	Moisés Uriarte Pinto	Hospital Ernest Lluch Martín	2	13
C123/18	ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS APLICADO AL ÁREA DE FARMACOTECNIA DE UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA	Andrea Pinilla Rello	Hospital Universitario Miguel Servet	2	13
C124/18	IMPLANTACIÓN DE TRAZABILIDAD COMPLETA EN LA DISPENSACIÓN A PACIENTES EXTERNOS A TRAVÉS DE UN SISTEMA AUTOMATIZADO	Andrea Pinilla Rello	Hospital Universitario Miguel Servet	2	13
C133/18	IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CONTROL DE TEMPERATURA POR RADIOFRECUENCIA	Amalia Gasso Sanchez	Hospital Universitario Miguel Servet	2	13
C163/18	ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS APLICADO A LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS A PACIENTES AMBULATORIOS	Ágata Arias Sánchez	Hospital Universitario Miguel Servet	2	13
C209/18	PERTUZUMAB EN NEOADYUVANCIA: EFICACIA Y SEGURIDAD	Amalia Gassó Sanchez	Hospital Universitario Miguel Servet	2	13

C015/18: PATRONES DE MULTIMORBILIDAD Y POLIFARMACIA: EVALUACIÓN DE INTERACCIONES POTENCIALES.

Primer autor: *Aida Moreno Juste. Centro de Salud Delicias Sur*

Coautores: *Antonio Gimeno Miguel, Inmaculada Guerrero Fernández de Alba, Francisca González Rubio, Maria Mercedes Aza Pascual-Salcedo, Veronica Russo, Enrica Menditto, Alexandra Prados Torres*

Resumen:

La multimorbilidad es un importante problema de salud pública en los países desarrollados. En los últimos años se han puesto en marcha una serie de estudios para su caracterización, entre los que destaca el análisis de asociaciones sistemáticas entre enfermedades que dan lugar a patrones, y el análisis de la complejidad de la prescripción terapéutica y la polifarmacia asociada.

Objetivos: El objetivo principal es evaluar la presencia de asociaciones sistemáticas entre enfermedades y fármacos dispensados en forma de patrones de multimorbilidad y polifarmacia en pacientes hasta los 65 años de edad. Los objetivos secundarios son interpretar clínicamente dichos patrones y valorar la presencia de interacciones medicamentosas y de "cascada terapéutica".

Metodología: Estudio observacional retrospectivo realizado en la Cohorte EpiChron que integra de forma seudonimizada información demográfica, clínica y de resultados en salud de la población de Aragón. Se incluyeron todos los pacientes hasta los 65 años de edad en 2015 que habían recibido al menos una prescripción terapéutica durante ese año, y todos sus diagnósticos crónicos. Se realizó un análisis factorial exploratorio basado en relaciones tetracóricas entre los diagnósticos y los fármacos dispensados. El análisis fue estratificado por sexo y edad, y los resultados fueron valorados por un equipo clínico multidisciplinar para identificar y denominar los patrones y evaluar la presencia de interacciones. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA).

Resultados: En todos los grupos de edad y sexo se describieron patrones de multimorbilidad y polifarmacia, aumentando el número de patologías y fármacos incluidos conforme la edad. Se identificaron un total de seis patrones, denominados respiratorio, salud mental, cardiometabólico, endocrinológico, osteometabólico y mecánico. Se identificaron asimismo interacciones medicamentosas y la presencia de "cascada terapéutica" en todos los patrones.

Conclusiones: Existen asociaciones sistemáticas entre enfermedades crónicas y fármacos, algunas de ellas no esperadas, que pueden ayudar a la identificación temprana de interacciones potenciales en pacientes multimórbidos y evitar así potenciales efectos adversos sobre la salud debidos a la polifarmacia asociada. Estos resultados pueden ayudar al establecimiento de medidas para mejorar la seguridad terapéutica en pacientes con multimorbilidad y polifarmacia.

C116/18: USO DE MEDICAMENTOS EN INDICACIONES NO INCLUIDAS EN FICHA TECNICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Primer autor: *Amalia Gasso Sánchez. Hospital Universitario Miguel Servet*

Coautores: *Vicente Gimeno Ballester, Macarena Comet Bernard, Ágata Arias Sánchez, Olga Pereira Blanco, María Reyes Abad Sazatorinil*

Resumen:

Objetivos**:** La evaluación de medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas es una situación relativamente frecuente en nuestro entorno, por ello en el hospital se cuenta con una subcomisión de fuera de indicación dentro de la comisión de farmacia donde se evalúan estos fármacos para su autorización individualizada. Por ello el objetivo de este estudio ha sido evaluar la utilización de medicamentos en condiciones diferentes a las de ficha técnica durante los años 2016-2017 en un hospital de tercer nivel.

Material Y Métodos: Estudio descriptivo de los pacientes en tratamiento con medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas durante los años 2016-2017. Se analizó la base de datos con el registro de pacientes y se recogieron datos del medicamento, la indicación y los servicios que los solicitan.

Resultados: En 2016 hubo un total de 272 solicitudes y en 2017 297. En 2016 el medicamento mayoritario fue la eritropoyetina 14,7% para síndrome mielodisplasico (SMD), el segundo rituximab 9,9% (17,8% para prevenir el rechazo agudo de transplante, 17,8% glomerunefritis, 10,7% PTI y 10,7% vasculitis ANCA+), tolvaptán 6,25% para hiponatremia en insuficiencia cardiaca, 4,7% micofenolato (15,4% esclerodermia y 15,4% anemia hemolítica), 3,7% lanreotido para angiodisplasia y 3,7% inmunoglobulina (60% prevención de rechazo de trasplante y 30% miastenia) En 2017 el mayoritario fue eritropoyetina para SMD 13,46%, seguido del rituximab 9,4% (14,3% prevención de rechazo,10,7% LNH ocular y 10,7% síndrome nefrótico) micofenolato 8% (25% lupus, 16,6% esclerodermia) 3,4% palivizumab en profilaxis VRS y 3,4% tolvaptán en hiponatremia en insuficiencia cardiaca. En 2017 se denegaron 4,7% y en 2016 3,3% principalmente por falta de información aportada por el médico. En 2017 los servicios que solicitaron más tratamientos fueron 23,9% hematología, 12,8% medicina interna, y 8,7% nefrología. En 2016, 22,2% hematología, 10,6% pediatría y 8,8% oncología. En 2018 se espera que se reduzcan bastante las solicitudes ya que la eritropoyetina ha sido autorizada recientemente para SMD.

Conclusiones: De los resultados se puede concluir que hay pocas situaciones bien definidas que se repitieron durante los dos años analizados. Por lo que sería de interés crear un protocolo de utilización para facilitar los trámites y homogeneizar las condiciones de utilización de los medicamentos. También seria de interés implementar un sistema de seguimiento para evaluar la eficacia y tolerabilidad y contribuir a la mejora continua del sistema.

C119/18: IMPORTANCIA DE LA CORRECTA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE TIROSINKINASA EN LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA.

Primer autor: *Moisés Uriarte Pinto. Hospital Ernest Lluch Martin*

Coautores: *Marta Malo Yagüe, María Jesús Escobar Ramón, Cristina Muñoz Peña, José Luís García Álvarez, Ricardo González Trancón, María José Nebot Villacampa,*

Resumen:

Objetivos: La adherencia ≥90% a imatinib se asocia a mayores tasas de respuesta óptima en pacientes con Leucemia Mieloide Crónica (LMC). Objetivo: evaluar el grado de adherencia al tratamiento con inhibidores de tirosinquinasa (ITK): imatinib, nilotinib y dasatinib y su relación con la respuesta obtenida

Método:Estudio retrospectivo de pacientes con LMC tratados con ITK entre 2010-18. Las variables recogidas fueron sexo, edad, fármaco, línea de tratamiento, pauta posológica, fecha de inicio y fin de tratamiento, fechas de las dispensaciones y cantidad dispensada. Respuesta obtenida al tratamiento. La adherencia al tratamiento se evaluó a través del registro de dispensaciones del programa informático de la unidad de pacientes externos del servicio de Farmacia. Se consideró adherencia óptima si ésta era ≥90%

Resultados: Se incluyeron 8 pacientes, 62,5% varones (5/8), edad media 57 años [26–74]. El 50% (4/8) recibió tratamiento en 1ª línea con imatinib, 37,5% (3/8) con nilotinib y 12,5% (1/8) con dasatinib. La media del tiempo en tratamiento para la 1ª línea fue de 38,7 meses [3,7–98,2] y la adherencia media fue del 93,5% [85–100%] El 75% (6/8) presentaba una adherencia ≥90% al tratamiento de 1ª línea. De éstos, 2 alcanzaron respuesta molecular (RM) y respuesta citogenética (RC) completas y 1 RM mayor con RC completa Los 2 pacientes no adherentes no alcanzaron RM, alcanzando únicamente 1 de ellos RC parcial como mejor respuesta. El 62,5% (5/8) recibió una 2ª línea de tratamiento, 60% (3/5) con nilotinib, 40% dasatinib. El tiempo medio en tratamiento fue de 22,9 meses [3,3–54] con una adherencia media del 92,9% [80,5–100%]. El 60% (3/5) presentaba una adherencia ≥90% en 2ª línea alcanzando todos ellos RM mayor o completa y RC completa. 1 de los pacientes no adherentes alcanzó RM y RC completas y el otro únicamente RC completa. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre pacientes adherentes y no adherentes en cuanto a la respuesta.

Conclusiones: Una correcta adherencia al tratamiento con ITK parece asociarse con mejores tasas de respuesta en pacientes con LMC. Se ha observado una disminución global de la adherencia en la 2ª línea de tratamiento por lo que se debe reforzar la atención farmacéutica al respecto en estos pacientes.

Lecciones aprendidas: La correcta adherencia al tratamiento es un factor clave para alcanzar los resultados terapéuticos buscados.

La atención farmacéutica orientada a reforzar la adherencia al tratamiento en estos pacientes es un paso clave de su proceso asistencial

C123/18: ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS APLICADO AL ÁREA DE FARMACOTECNIA DE UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA.

Primer autor: *Andrea Pinilla Rello. Hospital Universitario Miguel Servet*

Coautores: *Cristina Vicente Iturbe, Andrea Casajús Navasal, Arantxa Magallón Martínez, Marta Gómez Sanz, Ana Viñaras Fragueiro, Carlota Vinués Salas,*

Resumen:

Objetivo: Identificar los posibles riesgos en el área de farmacotecnia de un servicio de farmacia hospitalaria priorizando los más relevantes y estableciendo medidas de mejora con el fin de aumentar la seguridad del paciente.

Método: Se utilizó la metodología Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE). Se reunió un equipo multidisciplinar compuesto por 2 farmacéuticas adjuntas encargadas del área, 1 farmacéutica residente que ha rotado en dicho área, 1 enfermera y 1 técnico de farmacia, que trabajan diariamente en el laboratorio. El equipo multidisciplinar identificó los modos de fallo potenciales de cada etapa del proceso, la existencia o no de controles y el efecto potencial del fallo. Posteriormente, se evaluó, mediante puntuaciones, el impacto asociado a cada modo de fallo mediante el número de prioridad de riesgo (NPR) en el que intervienen tres variables: ocurrencia, gravedad y detectabilidad. Se analizaron las puntuaciones obtenidas y se clasificaron los fallos en leves, medios y graves (puntos críticos). Se propusieron medidas de mejora para todos los modos de fallo priorizando y haciendo hincapié en los puntos críticos.

Resultados: Se detectaron 55 modos de fallo, de los que 25 se consideraron de gravedad leve, 20 moderada y 10 puntos críticos. Entre los puntos críticos cabe mencionar: preparación incompleta por falta de excipientes, prescripción del medicamento en una planta del hospital con prescripción electrónica que no envía petición al laboratorio y retraso en la llegada del pedido; para los que se propusieron las siguientes acciones de mejora: informatizar el proceso de elaboración con trazabilidad completa, reorganización interna del servicio de farmacia para fomentar la comunicación entre áreas con el fin de imprimir la prescripción electrónica del médico sin necesidad de solicitar petición desde el laboratorio de farmacia y optimizar el proceso de solicitud y/o gestión de reclamación de pedidos, respectivamente para cada punto crítico mencionado.

Conclusiones: La metodología AMFE ha permitido evaluar los principales modos de fallo y riesgos asociados del área de farmacotecnia priorizando en aquellos que se consideran puntos críticos con el fin de proponer y llevar a cabo acciones de mejora, en la medida de lo posible. Será necesario evaluar de nuevo mediante esta metodología el impacto que han tenido las medidas propuestas, especialmente sobre los puntos críticos ya conocidos y valorar si se detectan nuevos modos de fallo en los que haya que trabajar.

C124/18: IMPLANTACIÓN DE TRAZABILIDAD COMPLETA EN LA DISPENSACIÓN A PACIENTES EXTERNOS A TRAVÉS DE UN SISTEMA AUTOMATIZADO.

Primer autor: *Andrea Pinilla Rello. Hospital Universitario Miguel Servet*

Coautores: *Ágata Arias Sánchez, Olga Pereira Blanco, Arantxa Magallón Martínez, Herminia Navarro Aznarez, Beatriz Abad Bañuelos, María Reyes Abad Sazatornil,*

Resumen:

Objetivo: Implantación de un proyecto de trazabilidad completa en una unidad de pacientes externos de un servicio de farmacia hospitalaria, con la incorporación de un sistema robot automático de dispensación (RAD)

Metodología: Se incorporó un robot de dispensación automatizada de medicamentos (ROWA®) en la unidad de pacientes externos del Hospital Universitario Miguel Servet a través del proyecto SAMPA (Servicio de registro y promoción de la Adherencia a Medicamentos a Pacientes Ancianos), primer proyecto de compra pública de innovación en Aragón, incluido en el proyecto europeo STOPandGo del VII Programa Marco de la Unión Europea. Se modificó el proceso de recepción de medicamentos, ya que la mayoría de ellos no presentan en el envasado un código Datamatrix que contenga información sobre lote y caducidad del medicamento. Por este motivo, en la recepción, se reetiquetan los medicamentos con una etiqueta bidimensional, a través del sistema informático Farmatools®, que contiene: medicamento, presentación, termolabilidad, lote y caducidad. Para introducir el medicamento en ROWA, éste lee la etiqueta bidimensional y lo almacena en su interior, incluyendo todos los datos citados. Finalmente, al dispensar un medicamento a un paciente externo mediante Farmatools®, ROWA® automáticamente proporciona el medicamento solicitado y registra el lote y caducidad del medicamento dispensado a cada paciente.

Resultados: En 2017, la unidad de pacientes externos recibió a 7.783 pacientes distintos, lo que supuso 40.181 visitas con 56.422 dispensaciones. Durante ese año, únicamente se disponía de trazabilidad completa en un 9,3% de las dispensaciones (5.230), las cuales correspondían exclusivamente a las terapias biológicas y los hemoderivados. El 26 de marzo de 2018 se puso en funcionamiento el robot ROWA®, y hasta la fecha de 11 de mayo de 2018 hemos recibido a 4.509 pacientes distintos, con un total de 5.530 visitas y 7.539 dispensaciones. Desde dicha fecha, se ha conseguido la trazabilidad completa en el 92,2% de las dispensaciones (6.951).

Conclusiones: La implantación de sistema robot automático de dispensación (RAD) permite disponer de trazabilidad completa (medicamento, presentación, termolabilidad, lote y caducidad) en el proceso de dispensación de medicamentos a pacientes externos, proporcionando una mayor seguridad en el uso del medicamento y una mejor atención al paciente, contribuyendo a una mayor calidad asistencial.

C133/18: IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CONTROL DE TEMPERATURA POR RADIOFRECUENCIA.

Primer autor: *Amalia Gasso Sánchez. Hospital Universitario Miguel Servet*

Coautores: *José Manuel Real Campaña, Arantxa Magallon Martínez, Andrea Pinilla Rello, María Galindo Allueva, María Reyes Abad Sazatornil.*

Resumen:

Objetivo: Mantener la óptima estabilidad de toda la medicación en un servicio de Farmacia de un hospital de tercer nivel a través de un sistema de registro de temperatura por radiofrecuencia.

Material Y Métodos: Se completó la implantación del programa sirius en Octubre de 2017. Se instalaron los dispositivos de registros de temperatura (datos transmitidos por una sonda) en las neveras y por las salas que sustituyó al antiguo sistema de termómetros digitales y descarga de datos manual a través del ordenador. Así mismo se instaló en todos los ordenadores el programa sirius software a través del cual se podía acceder a esos registros. Por último se formó a todos los farmacéuticos acerca del manejo del programa.

Resultados: Se descargan las medidas de temperatura a intervalos regulares de los dispositivos de las neveras y las salas (SPY RF®) por ondas de radio (868 MHz compatible con el entorno hospitalario) al sirius box y de este por GPRS (servicio general de paquetes de radio) al sirius software, donde se pueden consultar los datos desde cualquier ordenador que tenga instalado el programa. El widget a través del parpadeo de un icono de una campana, en la pantalla del ordenador, avisa del desvío de temperatura y la nevera o la sala en la que se está desviando. Se han seleccionado los datos de las neveras (almacén, laboratorio y pacientes externos), de la sala de ambiente donde principalmente se trabaja (unidosis) y del almacén de la medicación. Se han registrado 215 acuses de alarma (59,5% temperaturas altas (por encima de 8ºC en neveras y 25º en ambiente), 36,6% por fallo de transmisión de datos y 19% por temperaturas bajas). En la sala de ambiente solo se ha localizado temperaturas altas (42,4%). Sin embargo la temperatura ambiente del almacén solo ha dado errores por fallo de transmisión de datos (2,4%). De todas las alarmas la mayoría eran picos puntuales por apertura de puertas para cargar medicación. Se generaron avisos a mantenimiento un 5,2% (11) de todos los acuses, ello implica trasladar la medicación a otra nevera ponerla en cuarentena y revisar las estabilidades de los fármacos afectados en función del tiempo que haya estado sometidos a temperaturas que no son las óptimas para su conservación.

Conclusiones: La implantación del sistema mejora la calidad de la atención al paciente ya que evita posibles alteraciones de la medicación por una incorrecta conservación. Además ello permite una detección precoz y precisa de las alteraciones de temperatura permitiendo un control rápido y eficaz del problema

C163/18: ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS APLICADO A LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS A PACIENTES AMBULATORIOS.

Primer autor: *Ágata Arias Sánchez. Hospital Universitario Miguel Servet*

Coautores: *Olga Pereira Blanco, Arantxa Magallón Martínez, Andrea Pinilla Rello, José Manuel Real Campaña, Beatriz Abad Bañuelos, Herminia Navarro Aznárez, María Reyes Abad Sazatornil*

Resumen:

Objetivos: Identificar los riesgos en la dispensación de medicamentos a pacientes ambulatorios, priorizar aquellos más relevantes y establecer medidas de mejora a fin de aumentar la seguridad del paciente.

Metodología: Se utilizó la metodología del análisis modal de fallos y efectos (AMFE). Un equipo compuesto por farmacéuticos y técnicos auxiliares de farmacia identificó los modos de fallo de cada etapa del proceso. Se evaluó el impacto asociado a cada modo de fallo mediante el número de prioridad de riesgo (NPR), determinado mediante tres variables: ocurrencia, gravedad y posibilidad de detección. Se propusieron medidas de mejora para todos los modos de fallo, priorizando la actuación en los NPR superiores.

Resultados: Se identificaron 47 posibles modos de fallos con 75 causas (en algunos casos comunes para distintos modos de fallos). En total, se propusieron 24 acciones con capacidad de resolver o paliar los riesgos detectados. Actualmente se han ejecutado 4 de las acciones y 20 se encuentran en proceso. Las acciones más relevantes propuestas son: la automatización del almacén, la gestión de citas y la implantación de la prescripción electrónica en consultas externas (PresSalud). En el caso de la automatización del almacén, se procedió a la instalación de un sistema robotizado de dispensación (ROWA) que ha solucionado los 3 puntos críticos siguientes: 1) la no solicitud de un medicamento al proveedor, que tendría como consecuencia el retraso o interrupción del tratamiento de un paciente o la solicitud de un préstamo a otro hospital, 2) la dispensación de un medicamento erróneo y 3) el registro erróneo de una dispensación, que podría generar confusión en las próximas visitas del paciente al consultar el histórico de dispensación, así como descuadres en el stock.

Conclusiones: La gestión del riesgo mediante la utilización de la metodología AMFE es una herramienta eficaz para mejorar la calidad y seguridad de la asistencia al paciente. Con el análisis realizado se han priorizados los posibles problemas de la unidad de pacientes externos del servicio de Farmacia, pudiendo prevenirlos o paliarlos, y trabajar en las acciones de mejora. Asimismo, será necesario evaluar de nuevo mediante esta metodología el impacto que han tenido las medidas propuestas, especialmente sobre los puntos críticos ya conocidos y valorar si se detectan nuevos modos de fallo sobre los que haya que actuar.

C209/18: PERTUZUMAB EN NEOADYUVANCIA: EFICACIA Y SEGURIDAD

Primer Autor: *Amalia Gassó Sánchez, Hospital Universitario Miguel Servet*

Coautores: *María José Agustín Ferrández, Miriam Merchante Andreu, Ágata Arias Sánchez Olga Pereira Blanco.*

Resumen:

Objetivos: Evaluar la eficacia de Pertuzumab (P)en tratamiento neoadyuvante en pacientes con cáncer de mama y los efectos adversos según gravedad.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes que han llevado P en tratamiento neoadyuvante durante el año 2017 en un hospital de tercer nivel. Se recogieron datos demográficos, del esquema recibido, del estadioinicial y dela respuesta obtenida tras la cirugíasegún escala Miller y Payne. También se recogieron los efectos adversos(EA) que se midieron con la escala CommonTerminologyCriteriafor Adverse Events V3.0 (CTCAE). El análisis se realizó con el programa estadístico SPSS 15.0.

Resultados: 30 pacientes fueron tratadas con Pen contexto neoadyuvantedurante el año 2017. La media de edad al diagnóstico fue 53años (31-83). El 56,7% con receptores hormonales (RH) negativos. Al inicio tenían un estadio IIA 36,6% de las pacientes, IIB 40%, IIIA 13,3%, IIIB 3,33%, IIIC 6,66%. En el informe de posicionamiento se recalca que se debería seleccionar las pacientes que cumplan unos criterios: ECOG 0-1 (100% de nuestras pacientes) tamaño de tumor>2 cm (90%) y/o afectación ganglionar (56,6%) o bien tumor inflamatorio (3,33%). Respecto al esquema 33,3% recibieron AC seguido de paclitaxel semanal con P y trastuzumab (H), 26,6% FECx3 seguido de taxanomas Py H(6,6%paclitaxel semanal y 20%docetaxel trisemanal), 20% TCH con P, y 6,7% P y H, 6,7% docetaxel P y H y 6,7% paclitaxel semanal con P y H.La respuesta tras el tratamiento fue 50% respuesta completa (G5) y 46,6% respuesta parcial(G4 16,6%, G3 10% yG2 20%) y G1, 3,3% no respondedores. Respecto a la respuesta ganglionar se halló:respuesta completa (D) 30% (ganglios- con cambios postquimioterapia) y 70%respuestas parciales (A 33,3%, B 6,6% y C 30%). Los EA fueron: diarrea 66,6% de los pacientes, astenia 63,3%, mucositis 33,3%, leucopenia 30%, neurotoxicidad 23,3%, neutropenia 10%, fiebre 10%, infecciones 6,6%, náuseas y vómitos6,6%, hepatotoxicidad3,3% ynefrotoxicidad3,3%. Fueron de gravedad grado 1 y 2 el 94,2% de los casos, y grado 34 el 4,8%. 30% disminuyó su fracción de eyección ventricular durante el tratamiento menos de un 10% y 10% disminuyó más de un 10%. Se realizaron disminuciones de dosis en el 20% pacientes, 13,3% retrasos del tratamiento y 3,3% se suspendió el tratamiento excepto los antiHER2.90% recibieron factores estimulantes de colonias, 3,3% eritropoyetina y 33,3% hierro iv.

Conclusiones: Aunque las tasas de respuestas obtenidas son similares con la de los estudios (45,8% Neosphere y entre 57-66% Tryhaena) es fundamental estudios en la práctica clínica que confirmen los resultados de los estudios pivotalesy ayuden a definir qué grupo de pacientes son las que más se benefician del tratamiento. Por otro lado, en el tratamiento en asociación con el pertuzumabse han observado pocos efectos adversos que fueran graves y de difícil manejo.

COMUNICACIONES MESA 3

CÓDIGO	TÍTULO COMUNICACIÓN	Nombre	centro	Mesas	Dia
C006/18	HACIA UN MODELO DE ATENCIÓN A LA MULTIMORBILIDAD Y POLIMEDICACIÓN CENTRADO EN LA PERSONA: ENSAYO CLÍNICO MULTIPAP	Inmaculada Guerrero Fernández De Alba	Hospital Universitario Miguel Servet	3	13
C010/18	DETECCIÓN DE PRESCRIPCIÓN INADECUADA EN PACIENTES POLIMEDICADOS MAYORES DE 75 AÑOS, MEDIANTE CRITERIOS STOPP-START	Laura Val Esco	Centro de Salud Delicias Sur	3	13
C069/18	ANÁLISIS CAUSA RAÍZ. "ERROR EN LA RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS"	Rafael Carlos Rivas Gil	Hospital Universitario Miguel Servet	3	13
C185/18	ADAPTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE FARMACIA A LA DIRECTIVA 2011/62/UE SOBRE VERIFICACIÓN Y AUTENTICACIÓN DE MEDICAMENTOS	Macarena Comet Bernad	Hospital Universitario Miguel Servet	3	13
C187/18	VARIABILIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIBACTERIANOS SISTÉMICOS LA ÚLTIMA SEMANA DE VIDA EN FUNCIÓN DEL SERVICIO MÉDICO	María Pilar Aibar Abad	Gerencia 061	3	13
C188/18	EVALUACIÓN DE LAS PETICIONES URGENTES AL SERVICIO DE FARMACIA DURANTE UN SEMESTRE	María Galindo Allueva	Hospital Universitario Miguel Servet	3	13
C190/18	ADECUACIÓN DE LAS PETICIONES INDIVIDUALIZADAS DE TRATAMIENTO AL POSICIONAMIENTO TERAPÉUTICO ACORDADO EN LA COMUNIDAD	María Pilar Aibar Abad	Gerencia 061	3	13
C208/18	ANÁLISIS DE RESULTADOS EN LA MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE VANCOMICINA EN PACIENTES ADULTOS (20-59 AÑOS)	Ágata Arias Sánchez	Hospital Universitario Miguel Servet	3	13
C214/18	EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y ADECUACIÓN DEL SERVICIO DE LOS PROVEEDORES DE MEDICACIÓN DE UN SERVICIO DE FARMACIA	Macarena Comet Bernad	Hospital Universitario Miguel Servet	3	13

C006/18: HACIA UN MODELO DE ATENCIÓN A LA MULTIMORBILIDAD Y POLIMEDICACIÓN CENTRADO EN LA PERSONA: ENSAYO CLÍNICO MULTIPAP

Primer autor: *Inmaculada Guerrero Fernández de Alba, Hospital Universitario Miguel Servet.*

Coautores: *Victoria Pico, Luis Gimeno, Francisca González, Carlos Coscollar, Aida Moreno, Alexandra Prados.*

Resumen:

Objetivo: Evaluar la efectividad de la intervención Multi-PAP en población anciana joven con multimorbilidad y polimedicación sobre la adecuación de la prescripción.

Método: MultiPAP (NCT02866799) es un ensayo clínico aleatorizado multicéntrico realizado en centros de salud de Aragón, Madrid y Andalucía con un seguimiento de 12 meses. Cada médico de atención primaria seleccionado reclutó entre 5 y 7 pacientes de 65 a 74 años, con 3 o más enfermedades crónicas, y 5 o más fármacos prescritos. Los médicos del grupo de intervención recibieron formación estandarizada en formato MOOC (e-MultiPAP) basada en los Principios Ariadne (Muth et al) y enfocada a la realización de una entrevista centrada en el paciente. El resultado principal se midió a través del Índice de Medicación Apropiada (MAI), otros resultados evaluados fueron la utilización de servicios, calidad de vida (Euroqol 5D-5L), adherencia al atamiento (Morisky-Green, Haynes-Sackett) y coste-utilidad. Los valores basales del MAI se compararon con los obtenidos a los 6 y 12 meses, ajustando por factores de confusión través de análisis multinivel, y según el principio de intención de tratar.

Resultados: La cohorte Multi-PAP está formada por 595 pacientes de 70 años de edad media, algo más de la mitad (56%) mujeres, 9 de cada 10 jubilados, 8 de cada 10 con estudios primarios, 6 de cada 10 de clase social baja (V o VI), 5 de cada 10 con ingresos inferiores a 1,300€ mensuales, casi 2 de cada 10 viven solos, y un 13% de ellos manifiesta disponer de escaso apoyo social, con una media de 6 enfermedades crónicas y 7 fármacos prescritos. Destaca que el 10% de estos pacientes padece 9 o más enfermedades crónicas y un 17% de ellos consume 10 o más fármacos. El test de Morisky detecta una mala adherencia en 4 de cada 10 pacientes y la media de su calidad de vida se sitúa en 65.5 puntos en un escala de 0 a 100.

Conclusiones: El perfil de vulnerabilidad social y complejidad clínica de la población anciana-joven con multimorbilidad y polimedicación debe de conducir ineludiblemente a diseñar e implementar intervenciones específicas y que integren estrategias sociales y de salud para evitar que cada uno de los factores per se, y las interacciones entre los mismos conduzcan al paciente y la población a una situación irreversible y más costosa que un abordaje preventivo y de salud pública.

C010/18: DETECCIÓN DE PRESCRIPCIÓN INADECUADA EN PACIENTES POLIMEDICADOS MAYORES DE 75 AÑOS, MEDIANTE CRITERIOS STOPP-START

Primer autor: *Laura Val Esco, Centro De Salud Delicias Sur*

Coautores: *María Pilar Gabas Ballarín, María Luisa Torre Mañas, Carlota Canet Fajas, Silvia Navarro Rero, Alfonso Ángel Felipe Rubio, María Pilar Llorente Fauro, María Jesús Martin Terrado.*

Resumen:

Objetivo: Detectar y prevenir una inapropiada utilización de fármacos en pacientes polimedicados, mayores de 75 años, mediante el uso de criterios Stopp-Start, para así poder evitar consecuencias tanto en su salud (reacciones adversas medicamentosas, aumento de morbimortalidad...), como en el sistema sanitario (aumento de costes, estanciashospitalarias...).

Metodo: Estudio descriptivo transversal. Durante el mes de Abril de 2017, se recoge una muestra aleatoria de 54 pacientes polimedicados (aquellos que utilizan 5 o más medicamentos durante un periodo igual o superior a 6 meses por cualquier vía), mayores de 75 años, que acuden al servicio de Atención Continuada del C.S.Delicias Sur. Se extraen sus datos de las historias clínicas de OMI. Se recogen datos de edad, sexo, fármacos, filtrado glomerular y patología crónica. Se realiza tabla Excel para su posterior estudio y descripción mediante el uso de criterios Stopp-Start.

Resultados:De los 54 pacientes de la muestra, 33 son mujeres y 21 varones, con edades comprendidas entre los 75 y 96 años, siendo la edad media de 81,4 años. Todos ellos tomaban entre 5 y 18 fármacos diarios, siendo la media de 8,9 medicamentos/día. Se detectan 110 prescipciones inadecuadas según criterio Stopp-Start; de las cuales destacan las siguientes; prescipción de IBP sin antecedente de patología ulcerosa ni uso concomitante de AINES(32) ; prescripción de tiazidas en pacientes con gota (7); prescripción de estatinas sin riesgo cardiovascular (14); precripción de B-bloqueantes no selectivos en pacientes con asma (24), prescripción de digoxina en una dosis superior a 125mcg/día (3); uso de antihistamínicos de larga duración (3); uso de AINES en pacientes con insuficiencia cardiaca grave (4) e HTA grave (11);prescripción de corticoides de larga duración para tratamiento de artrosis (3);uso de AAS sin antecedentes de patología vascular (6) y prescripción crónica de AAS en una dosis superior a 160 mg/día (3).

Conclusiones: Mediante esta revisión se comprueba que se producen numerosas prescripciones potencialmente inadecuadas, que en personas mayores y polimedicadas pueden tener un gran impacto para su salud. El uso de criterios Stopp-Start , se está imponiendo como una herramienta para ayudar a detectarlas.

C069/18: ANÁLISIS CAUSA RAÍZ: “ERROR EN LA RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS”.

Primer autor: *Rafael Carlos Rivas Gil. Hospital Universitario Miguel Servet*

Coautores: *María Ángeles Alcázar Rodríguez, María Pilar Beguer Izquierdo, Carlota Vinués Salas*

Resumen:

El objetivo es identificar y promover medidas de mejora para evitar pérdida de medicación al ser recepcionada. El 27 de Marzo de 2018 cuando tras recibirse un pedido, con varias presentaciones de medicamentos en una caja y tras ser recepcionado de la forma habitual, fue encontrado por casualidad junto a las cajas vacías un envase de medicación, intacta, que formaba parte de dicho pedido. Para estudiar la incidencia se formó un grupo de trabajo multidisciplinar que aplicó un análisis causa raíz para identificar las posibles causas y hacer las propuestas de mejora necesarias para evitar que vuelvan a ocurrir.

Causas: No se pliegan las cajas (causa raíz), Si existe sobrecarga, las celadoras comparten funciones con TAF (factor contribuyente), Interrupción en el área de recepción (causa raíz), No existe listado de pedidos pendientes de recibir (factor contribuyente), Variabilidad en la formación (causa raíz), No todo el mundo conoce el funcionamiento del área (causa raíz), El área de recepción no dispone de espacio adecuado a la carga de trabajo (factor contribuyente).

Propuestas de mejora: Las cajas se plegarán y se sacan cuando el área esté despejada, Celador puede apoyar recepción siempre que el TAF supervise y asuma la responsabilidad, Se prohíbe usar el área como zona de paso, Modificación procedimiento de capacitación y formación continuada, incluyendo examen al finalizar, Realización de dos rondas de formación intensiva en la 2ª quincena de Mayo y Octubre por personal TAF y supervisadas por el responsable del área, Cambio de ubicación de medicamentos caducados, Solicitar nuevas estanterías para reducir almacenamiento en el área, Solicitud de ordenador.

Los resultados serán nuevamente analizados después de la fecha dispuesta y en caso necesario volveremos a proponer nuevas mejoras.

El análisis causal es una metodología sistemática y estructurada para identificar las causas por las que ocurrió un incidente relacionado con la seguridad clínica del paciente y aunque en este caso el incidente no alcanzó al paciente de forma directa si lo hizo, en cuanto la desaparición del medicamento, provocando retraso en la administración del tratamiento al paciente. Lo cual afecta de forma indirecta a la calidad asistencial en el medio hospitalario y que debe ser corregido con los medios que tengamos a nuestro alcance.

C185/18: ADAPTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE FARMACIA A LA DIRECTIVA 2011/62/UE SOBRE VERIFICACIÓN Y AUTENTICACIÓN DE MEDICAMENTOS**.**

Primer Autor: *Macarena Comet Bernad*

Coautores: *María Galindo Alllueva, Andrea Pinilla Rello, Arantxa Magallón Martínez y María reyes Abad Sazatornil.*

Resumen:

Objetivo**:** Estudiar el grado de adecuación de la infraestructura del Servicio de Farmacia al cumplimiento de la Directiva 2011/62/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 8 de junio de 2011 por la que se establecen medidas para evitar la falsificación de medicamentos a través de la verificación y autenticación de los mismos.

Método: Se analizó la Directiva 2011/62/UE, teniendo en cuenta los requisitos que deberán tener los servicios de Farmacia a partir de febrero de 2019 para cumplir la normativa, y se comparó con la infraestructura actual del servicio para establecer los cambios pertinentes que será necesario realizar.

Resultados: Los proveedores de medicamentos deberán acondicionar los mismos para añadir un identificador internacional único (con un código de barras bidimensional) y un dispositivo de seguridad que deben verificarse y desactivarse respectivamente por los servicios de farmacia de centros asistenciales. Estos procesos se pueden realizar en todo momento en que el medicamento obre en poder del centro asistencial, siempre que entre el suministro del medicamento al centro y su dispensación al paciente no medie venta del medicamento. En el caso de nuestro hospital, contamos con sistema automatizado de almacenamiento en parte del almacén de dispensación general (Kardex®), en las unidades de hospitalización (Pyxis®) y en la farmacia de pacientes externos (DPE) (Rowa®), pero no en el almacén de mezclas intravenosas/oncología. Sin embargo, sólo disponemos de escáneres de códigos de barras lineales en DPE (Rowa®) y en el laboratorio de elaboración de mezclas oncológicas y productos biopeligrosos (Trazascan®). Dada la complejidad y la diversidad de software informáticos existentes en las áreas de la farmacia, realizar la verificación del dispositivo de seguridad y desactivación del identificador único en el momento de la dispensación o elaboración sería muy complicado, por lo que el punto de menor impacto para el servicio de farmacia sería en el proceso de recepción de los medicamentos. Además hay que tener en consideración que, al identificar el envase en su acondicionamiento exterior, probablemente se dificulte la trazabilidad completa hasta el paciente.

Conclusión: Para adaptar la infraestructura y software del servicio de Farmacia a la Directiva europea seria necesario: adquisición de lectores de datos de códigos bidimensionales, cambiar o adaptar los sistemas informáticos existentes a la nueva codificación, preparación de las bases de datos de medicamentos y formación del personal.

C187/18: VARIABILIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIBACTERIANOS SISTÉMICOS LA ÚLTIMA SEMANA DE VIDA EN FUNCIÓN DEL SERVICIO MÉDICO.

Primer Autor: *María Pilar Aibar Abad, 061 Emergencias (UME 1)*

Coautores: *María José Rabanque Hernández y Sara Malo Fumanal*.

Resumen:

Objetivos: Describir y analizar las diferencias existentes en la prescripción de antibacterianos de uso sistémico el último día de vida en pacientes ingresados en medicina interna (MI), oncohematología (OH) y cuidados paliativos (CP).

Métodos: Estudio descriptivo observacional retrospectivo en el que se recogieron y analizaron las características demográficas (edad, sexo) de los pacientes que tenían prescritos el grupo farmacológico J01 el último día de vida y siete días antes del exitus. Se estudiaron los pacientes adultos, de ambos sexos, que hubieran fallecido estando ingresados a cargo de los servicios de MI, OH y CP; durante un periodo de dos años. Para el análisis de las variables cualitativas se aportan las frecuencias relativas y absolutas. Para contrastar dichas frecuencias se aplicó el test de chi-cuadrado. El nivel de confianza fijado fue del 95%, aceptándose como significativas las diferencias con un valor de $p<0,05$. Para el análisis de variables cuantitativas se aportan los valores de la media y la desviación estándar (DE), así como la mediana, junto con el valor mínimo y el máximo.

Resultados: Se incluyeron 562 pacientes, 216 (38,4%) de MI, 153 (27,2%) de OH y 193 (34,3%) de CP. De la población de estudio el 60% eran hombres; siendo la edad media de la misma 74,8 años (DE = ±12,6) y la mediana 77 años (35-100). El día del exitus, 142 (23,4%) pacientes tenían antibacterianos prescritos, siendo 72 (33,3%) de MI, 30 de OH (19,6%) y 7 de CP (3,6%); porcentaje que aumenta hasta el 48,4% siete días antes del exitus, de los cuales 127 (58,8%) eran de MI, 77 (50,3%) de OH y 68 (35,2%) de CP. En todos los análisis realizados se observaron diferencias estadísticamente significativas, MI vs OH p=0,044; MI vs CP, p=0,000 y OH vs CP, p=0,000. Estas diferencias se mantuvieron al comparar el porcentaje de pacientes con antibióticos pautados una semana antes de su fallecimiento, excepto en la comparación MI vs OH, (p=0,107)

Conclusiones: La desprescripción de antibióticos en pacientes, con una esperanza de vida muy limitada, es una práctica que se realiza en todos los servicios, pero a pesar de ello casi el 25 % de los pacientes en situación terminal continúan teniendo una prescripción de antibacterianos. La unificación de criterios de actuación de los diferentes servicios médicos que atienden a pacientes en la fase final de la vida sigue siendo en la actualidad una tarea pendiente.

C188/18: EVALUACIÓN DE LAS PETICIONES URGENTES AL SERVICIO DE FARMACIA DURANTE UN SEMESTRE

Primer Autor, *María Galindo Allueva. Hospital Universitario Miguel Servet.*

Coautores:, **:** *Macarena Comet Bernad Pilar Olier Martínez, Amalia Gasso Sánchez, Olga Pereira Blanco, Agata Arias Sánchez, Antonia López Miravete y María reyes abad sazatornil.*

Resumen:

Objetivo: Analizar las peticiones de medicamentos realizadas al Servicio de Farmacia por el programa de peticiones urgentes durante un semestre.

Métodos: Se recogieron todas las peticiones urgentes preparadas por el Servicio de Farmacia desde el 01/11/17 hasta el 30/04/18. Se analizó el número de pedidos, la cantidad solicitada en los mismos, los pacientes para los que se solicitaron y el tipo de fármacos solicitados. Fuentes de datos: Módulo de Gestión Económica de Farmatools®.

Resultados: Se realizaron un total de 44.780 pedidos y 178.847 unidades. La media de unidades por pedido fue 3,99. La media diaria es de 248,78 pedidos urgentes y 993,59 unidades dispensadas. Estos pedidos se realizaron para un total de 7.869 pacientes, por lo que la media por paciente fue de 5,69 pedidos y 22,73 unidades. Un 10,8% de los pedidos y un 6,83% de las unidades correspondían a medicación fuera de guía farmacoterapéutica (GFT). El 28,16% de los pedidos se realizaron en fin de semana. Se solicitaron un total de 1.900 especialidades farmacéuticas diferentes. Entre los fármacos con mayor número de peticiones urgentes se encuentran los antimicrobianos restringidos (11,2%), apixaban (1,05%) y paracetamol intravenoso (0,67%). Los fármacos con mayor número de unidades solicitadas son oseltamivir (1,95%), paracetamol inyectable (1,82%) e ipratropio para nebulización (1,55%). Entre los 15 fármacos con mayor número de unidades solicitadas 9 (60%) son fármacos considerados básicos en los stocks de las unidades de enfermería por su amplia utilización en la mayoría de servicios.

Conclusiones: El servicio de Farmacia recibe un gran número diario de peticiones urgentes. La gran mayoría de pedidos corresponden a medicamentos incluidos en la GFT. No se observan diferencias entre el número de peticiones en fin de semana y entre semana. Los antimicrobianos restringidos suponen una parte importante de los pedidos por petición urgente. Más de la mitad de los pedidos urgentes con mayor número de unidades solicitadas podrían evitarse si las peticiones por reposición de stock de las unidades de enfermería se ajustasen al consumo de las mismas.

C190/18: ADECUACIÓN DE LAS PETICIONES INDIVIDUALIZADAS DE TRATAMIENTO AL POSICIONAMIENTO TERAPÉUTICO ACORDADO EN LA COMUNIDAD.

Primer Autor: *María Pilar Aibar Abad, Gerencia del 061*

Coautores: *Cristina Trigo Vicente, Ana Cristina Bandrés Liso, María Bestue Cardiel*.

Resumen:

En 2010 se creó una Comisión autonómica de evaluación de los medicamentos en los hospitales, que tiene entre otras funciones, decidir el posicionamiento terapéutico de los medicamentos en el ámbito de la atención especializada y en ocasiones, de especial complejidad, acuerda que la adecuación al posicionamiento de las peticiones de tratamiento con determinados fármacos sea valorada de manera individualizada para cada paciente.

Objetivo: Analizar la actividad de la Comisión y valorar la adecuación de las solicitudes recibidas al posicionamiento definido.

Método: Estudio retrospectivo de las peticiones individualizadas evaluadas en el año 2016 y 2017.

Resultado: En 2017 se valoraron un total de 1558 peticiones individualizadas, suponiendo un incremento de un 60,3% respecto a 2016. Los servicios con mayor número de solicitudes fueron oncología, oftalmología, y hematología en los dos años estudiados. Del total de peticiones valoradas en el 2017 se consideró que se adecuaban al posicionamiento acordado el 92,6%, Por el contrario, el 4,5% de las solicitudes no se ajustaban a los criterios acordados para la Comunidad, por lo que se emitió una recomendación de no inició. El 2,9% restante se corresponde con peticiones cuya valoración fue desestimada. Comparativamente, en el año 2016, se resolvieron con recomendación de inicio el 88,1% de las solicitudes, el 11,0% fueron denegadas y un 0,72% desestimadas, datos indicativos de una mayor adhesión a las recomendaciones emitidas por este Comité.

Conclusiones: La evaluación centralizada, basada en un posicionamiento acordado en el seno de una comisión multidisciplinar, disminuye la variabilidad, favoreciendo el acceso equitativo a las terapias por los pacientes.

C208/18: ANÁLISIS DE RESULTADOS EN LA MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE VANCOMICINA EN PACIENTES ADULTOS (20-59 AÑOS).

Primer Autor: *Ágata Arias Sánchez, Hospital Universitario Miguel Servet.*

Coautores: *Olga Pereira Blanco, Amalia Gasso Sánchez, Miriam Merchante Andreu, Beatriz García Rodríguez, Raquel Arrieta Navarro, Rafael Huarte Lacunza y María Reyes Abad Sazatornil*

Resumen:

Objetivo: Los pacientes que habitualmente se han descrito como candidatos a la monitorización de niveles de vancomicina son los pacientes críticos, de edad avanzada, con función renal deteriorada, con infecciones complicadas, etc., mientras que al resto de pacientes adultos no se los considera un grupo de especial interés. El objetivo de este estudio es conocer cuántos pacientes de entre 20 y 59 años se encuentran dentro del rango terapéutico de vancomicina (10-20mcg/mL) al inicio de la monitorización, es decir, tras recibir las dosis estándar de vancomicina, así como la influencia de los informes de recomendación de dosis en el ajuste de los niveles posteriores.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo en el que se analizaron los pacientes de entre 20 y 59 años monitorizados con vancomicina durante el año 2017. Se obtuvieron los datos del programa de análisis clínicos Modulab®. Se registró el servicio peticionario, el diagnóstico del paciente y los niveles obtenidos en la primera y última monitorización realizada. Se excluyeron del estudio 9 pacientes a los que solo se les realizó una determinación de niveles ya que de ellos no fue posible realizar un seguimiento.

Resultados: Durante el año 2017 se monitorizaron niveles de vancomicina en 23 pacientes de entre 20 y 59 años. En la primera determinación de niveles, el 65% de los pacientes presentó niveles infraterapéuticos, el 26% se encontraba dentro del rango terapéutico y el 9% presentó niveles supraterapéuticos. Tras realizar los informes de recomendación de dosis, en la última determinación realizada el 10% de los pacientes se encontraba en niveles infraterapéuticos, el 81% estaba en rango y el 9% en niveles supraterapéuticos.

Conclusiones: Tradicionalmente se ha resaltado la variabilidad farmacocinética de los pacientes de edad avanzada y pediátricos, pero no al resto de pacientes adultos, salvo que presenten otros factores de riesgo. No obstante, en nuestra experiencia, tal y como se refleja en este estudio, gran parte de los pacientes de entre 20 y 59 años presentaron niveles por debajo del rango recomendado al recibir las dosis habituales de vancomicina, lo que supone un mayor riesgo de fracaso terapéutico. Asimismo, tras la monitorización y la realización de informes de recomendación de dosis, la mayor parte de los pacientes alcanzó el rango terapéutico. Por tanto, sería recomendable y beneficioso monitorizar también a este grupo de pacientes en tratamiento con vancomicina.

C214/18: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y ADECUACIÓN DEL SERVICIO DE LOS PROVEEDORES DE MEDICACIÓN DE UN SERVICIO DE FARMACIA

Primer Autor: *Macarena Comet Bernad*
Coautores: *María Galindo Allueva, Pilar Olier Martinez, Amalia Gasso Sanchez, Olga Pereira Blanco, Agata Arias Sanchez, Antonia Lopez Miravete, Maria Reyes Abad Sazatornil*

Resumen:

Objetivo: Establecer la calidad y adecuación del servicio de los proveedores de medicamentos a un servicio de Farmacia.

Método: Se recogieron los pedidos realizados por el Servicio de Farmacia a lo largo del año 2017 (excluyéndose las dos últimas y dos primeras semanas del año, por cierre de los laboratorios). Se registró el proveedor, fecha de realización del pedido y fecha de recepción de la medicación. Para establecer el número de días de entrega del pedido, se ajustaron los mismos según el día de la semana para excluir los fines de semana. Se analizó el cumplimiento del compromiso de entrega de pedidos por parte de los laboratorios (entre 48-72h) en total y entre aquellos proveedores que servían más de 50 pedidos al año.

Resultados: Un total de 15.426 pedidos fueron realizados a 200 proveedores en el 2017; éstos pedidos constaban de un total de 18.421 líneas de medicamentos (lo que supone 1,19 medicamentos por pedido y 321,4 pedidos a la semana). Un 24,9%(4.588) del total de líneas de medicamento no cumple el compromiso de entrega en <72h. Del total de proveedores, el porcentaje de líneas de medicamento de pedido entregados en >3 días fue mayor al 24,9% en 98 de ellos, sin embargo, sólo 27 servían más de 50 pedidos al año. Desglosando por número promedio de días, de 98 proveedores, 2 tenían una media de >20 días, 14 entre 10-20 días, 30 entre 5-10 días y 62 entre 3-5 días entre realización del pedido y entrega del mismo, el resto <3días. Dentro de los 81 proveedores que realizan más de 50 pedidos al año, 1 tenía más del 80% de los pedidos entregados en más de 72h, 1 entre 60-80%, 8 entre 40-60%, 17 entre el 25-40%, 46 entre el 10-25% y 8 menos de 10%. Según el número de días, 28 de los 81 proveedores entregan los pedidos con una media de entre 3-5 días, 7 entre 5-10 días y sólo 3 más de 10 días, el resto <3días.

Conclusión: Dada la gran cantidad de pedidos anuales realizados, se debería valorar la posibilidad de juntar un mayor número de medicamentos en un pedido , uniendo las peticiones de las distintas áreas para minimizar el tiempo dedicado a la gestión de pedidos. Los incumplimientos en los plazos de entrega hacen necesario establecer un sistema de registro de las causas del retraso en la entrega y definir un instrumento de evaluación de proveedores que nos permita valorar numéricamente el servicio prestado para posteriormente poderlo incluir como criterio medible en la adjudicación de la compra de un medicamento a los proveedores.

COMUNICACIONES MESA 4

CÓDIGO	Título Comunicación	Nombre	centro	Mesas	Dia
C061/18	ANALISIS DESCRIPTIVO DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN LA CONSULTA AMBULATORIA DE CARDIOLOGIA PARA SU REDISEÑO.	Ana Isabel Ferreira Aguar	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa	4	13
C062/18	OPINION DE MEDICOS DE AP RESPECTO A LA CONSULTA DE CARDIOLOGIA DE Y INTERÉS EN PARTICIPAR EN PROTOCOLOS COMPARTIDOS	Ana Isabel Ferreira Aguar	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa	4	13
C067/18	PLAN MEJORA DE CALIDAD PARA IMPLEMENTAR EL TEST DEL VPH EN EL CRIBADO DEL CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO EN SECTOR BARBASTRO	Carlos Franco Serrano	Hospital Ernest Lluch Martín	4	13
C121/18	MEJORA DE LA CONECTIVIDAD TELEMATICA INTER-OFTALMOLOGIA EN EL SERVICIO ARAGONES DE SALUD	Alejandro Blasco Martínez	Hospital Universitario Miguel Servet	4	13
C139/18	EMPEZAR DE NUEVO EN UNA CONSULTA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	Hortensia Yagüe Moreno	Hospital Universitario Miguel Servet	4	13
C151/18	PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO CRÓNICO COMPLEJO EN EL SECTOR BARBASTRO (4ª PLANTA)	Isabel Pesquer Vilas	Hospital de Barbastro	4	13
C196/18	UNIDAD DE MÚSCULO ESQUELÉTICO: COORDINACIÓN EN LA DERIVACIÓN DE LA PATOLOGÍA DEL AP. LOCOMOTOR ENTRE AT. PRIMARIA Y ESPEC	J Carlos Aragüés Bravo	Hospital Universitario Miguel Servet	4	13
C198/18	RUTA DE LA PATOLOGÍA DE RAQUIS. COMISIÓN DE RAQUIS EN EL HUM SERVET	Antonia Pilar Soriano Guillén	Hospital Universitario Miguel Servet	4	13

C061/18: ANALISIS DESCRIPTIVO DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN LA CONSULTA AMBULATORIA DE CARDIOLOGIA PARA SU REDISEÑO.

Primer autor: *Ana Isabel Ferreira Aguar. Hospital Clinico Universitario Lozano Blesa*

Coautores: *Ana Isabel Loriz Alierta, Chelo Ferreira Gonzalez, Pilar Villanueva Villanueva, Esther Bielsa Olleta*

Resumen:

Las consultas de Cardiología del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, Sector III, no han variado en su organización en los últimos años. Cardiología y Atención Primaria (AP) son ámbitos asistenciales fragmentados y poco comunicados. Las consultas a Cardiologia por parte de AP se hacen a través de un volante de derivación. Actuamente vivimos un incremento de la demanda debido sobretodo al aumento de la expectativa de vida y disminución de la mortalidad de los pacientes con problemas cardiovasculares. Ello conlleva la progresiva saturación de las consultas, aumento de la lista de espera para primera visita y colapso de las visitas de revisión. A ello se suma la crisis de los últimos años con escasa inversión en tecnología y falta de creación de nuevas plazas para dar cobertura a este aumento de la demanda.

El objetivo de este trabajo es hacer una descripción minuciosa del proceso asistencial en las consultas de Cardiologia: Detectar los puntos débiles de la actividad asistencial y tras un análisis DAFO poder realizar un rediseño realista y factible de la consulta más eficiente. Para ello se ha realizado un estudio observacional: Se registraron datos de consultas sucesivas desde el dia 1 de Noviembre de 2016 al 13 de Enero de 2017. Se recogieron los datos de 428 primeras visitas y 380 visitas de revisiones.

Las resultados más importantes han sido: el 32% de primeras visitas son en realidad revisiones. El motivo de primera visita más frecuente es la fibrilación auricular y también el que ocasiona más remisiones desde Urgencias. En las visitas de revisión el 52% es cardiopatía isquémica crónica. En el 93 % no había habido ninguna incidencia desde la última revisión y el 72% no se derivó de la visita ningún cambio de tratamiento. Sólo hubo registro informático del 14% de las visitas

Las conclusiones son: Un tercio de las primeras visitas en realidad son revisiones rutirnarias, por tanto la lista de espera para primeras visitas podría disminuir si se controla este factor. Más de la mitad de las revisiones son por cardiopatía isquémica estable. Protocolizando de forma integrada con atención primaria el seguimiento y los objetivos de tratamiento de estos pacientes podrían evitarse muchas citas .Otro de los procesos a integrar es la FA que como se ha demostrado es el principal motivo de primera visita y remisión desde urgencias. Además existe casi ausencia de registro informático de las visitas que es una causa de fallos en la continuidad asistencial .

C062/18: OPINION DE MEDICOS DE AP RESPECTO A LA CONSULTA DE CARDIOLOGIA DE Y INTERÉS EN PARTICIPAR EN PROTOCOLOS COMPARTIDOS

Primer autor: *Ana Isabel Ferreira Aguar. Hospital Clinico Universitario Lozano Blesa*

Coautores: *Chelo Ferreira González*

Resumen:
La atención de los pacientes con cardiopatías se ha basado en un modelo clásico con tres ámbitos de atención separados. Por un lado los Médicos de Atención Primaria (MAP) y en el otro extremo los cardiólogos hospitalarios. En medio el cardiólogo ambulatorio. Hasta ahora comunicación entre profesionales en nuestro sector ha sido escasa. La comunicación se basa en hojas de interconsulta con poca información. En algunas los MAP buscan más "información" que "atención", debido a la dificultad para contactar con los especialistas para consultas sencillas.A su vez los especialistas caemos también en la recitación sistemática. Estas revisiones, en ocasiones innecesarias, se deben a la inercia, a la desconfianza o simplemente a la inexistencia de protocolos de atención conjuntos y consensuados entre ambos ámbitos asistenciales. Esta fragmentación conlleva consecuencias que afectan a la atención del paciente y al consumo de recursos: Duplicidad de esfuerzos diagnósticos y terapéuticos,competencia entre ámbitos asistenciales, variabilidad en la práctica clínica, múltiples desplazamientos y citaciones para el mismo paciente, desmotivación del personal que trabaja en las consulta externas, masificación de los servicios de urgencias… Se ha propuesto la integración entre niveles como una respuesta organizativa para mejorar la calidad y la eficiencia asistencial. Creación de protocolos compartidos, vías de comunicación estructuradas y fomentar la coordinación para asegurar la continuidad asistencial . Objetivos: Por un lado determinar el grado de satisfacción de los MAP en relación a la comunicación con Cardiología y al manejo de los pacientes y por otro detectar el su interés en participar en la toma de decisiones , realizar protocolos compartidos para los procesos más frecuentes (cardiopatía isquémica, fibrilación auricular e insuficiencia cardiaca) y establecer de nuevas vías de comunicación para iniciar un modelo de integración con Cardiología.

Material y métodos: Se enviaron encuestas a 8 centros de AP (total 84 médicos). Se obtuvieron 43 respuestas.

Resultados: La valoración general de los MAP sobre la accesibilidad y comunicación con el cardiólogo es baja(2,1/5). La información recibida desde cardiología es "regular" (2,9/5). Consideran que la información que recibe el paciente de nuestra consulta es "regular" (2,7/5)Satisfacción moderada con la resolución de los casos (3,1/5). Por el contrario existe interés generalizado en mejora la comunicación (95%) y en participar en protocolos compartidos (95,1%)

C067/18: PLAN MEJORA DE CALIDAD PARA IMPLEMENTAR EL TEST DEL VPH EN EL CRIBADO DEL CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO EN SECTOR BARBASTRO.

Primer autor: *Carlos Franco Serrano. Hospital Ernest Lluch Martín*

Coautores: *M. Ángeles Aragón Sanz, Raquel Berdala Clemente, Rosa Oncins Torres, Patricia Millanes Gallinat, Lorena Guardia Dodorico, Victor Valles Gallego, Jessica Valeria Hernández Pimenta*

Resumen:

Objetivos: Disminuir la mortalidad por CCU. Control de Calidad del cribado. Coordinación con Atención Primaria. Aumentar la detección de CIN+2. Revertir el cribado oportunista y captación de grupos de riesgo

Métodos: Coordinación Directivos y Equipos de Atención Primaria. Elaboración de Proyectos de Mejora de Calidad. Estudio descriptivo del cribado realizado en el Sector (2006-2017). Monitorización de variables y control de cobertura. Potenciar consultas de matrona y captación de grupos de riesgo. Circuitos electrónicos para control de pacientes positivos. Llamadas activas por las matronas y Salud Informa. Implicación de Anatomía patológica. Citación en consulta de patología cervical por Servicio de Admisión

Resultados: Desde el inicio del Proyecto se ha incrementado la cobertura poblacional un 36,5%. Siendo en 2016 del 73,9% En total en los 12 años de control de cribado, se hacen 30.190 citologías menos en el Sector con respecto al año de referencia

Las matronas de AP han aumentado el nº de citologías anuales en 562. Mientras que AE hace unas 2.500 citologías menos al año. Se diagnostican un total de 447 lesiones en los 12años (410CIN2/3 y 37 cánceres). Los 5 primeros años de cribado sólo con citología y aplicación estricta de protocolos, la detección se incrementa a 16,4 lesiones/año. En los 7 años de cribado con VPH se diagnostican una media de 46,85 lesiones/año. El aumento de diagnóstico se debe al incremento de cobertura y a la mayor sensibilidad del test. En los 12 años de control se diagnostican 35 cánceres invasores. En los primeros 5 años de cribado solo con citología una media de 2,2/año y en los años de cribado con VPH de 3,7/año. El 38,4% de CCU se diagnostican en mujeres no cribadas. El 76,9% son genotipo 16/18. La sensibilidad de la citología en nuestro medio oscila entre 77,9-88,4%. La del test VPH es del 98,7%. Se han realizado en los 7 años de cribado con VPH 24.480 test (80% en AP). El ahorro estimado en los 12 años es de 2.667.234€. Se han evitado 30.190 citologías y 31.732 consultas de especialista. En el año 2005, se necesitaban 731 citologías para diagnosticar cada CIN3(coste de 8.187,2€/lesión). En el año 2017 el coste de la lesión es de 1.662,3€

Conclusiones: El cribado con Test VPH realizado por matronas de AP es más barato, eficiente y equitativo Se han multiplicado por 6 el diagnóstico con el cribado con VPH
El coste del diagnóstico por lesión es 6.510€ menos. La alta sensibilidad del test VPH da mayor seguridad a pacientes negativas

C121/18: MEJORA DE LA CONECTIVIDAD TELEMÁTICA INTER-OFTALMOLOGÍA EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD.

Primer autor: *Alejandro Blasco Martínez. Hospital Universitario Miguel Servet*

Coautores: *Juan Pinilla Borobia, Diana Soriano Pina, Juan Luis Fuentes Bernal, Rubén Hernández Vián, Vicente Polo Llorens, Luis Emilio Pablo Júlvez, Eduardo Del Prado Sanz*

Resumen:

Objetivos: Mejorar la comunicación telemática entre los diferentes centros de oftalmología en Zaragoza, pudiendo ser extrapolable a cualquier centro. Difundir sesiones clínicas, reuniones y conversaciones entre dichos centros. Mejorar la información al paciente y docencia.

Método: Se instalaron un total de 5 televisiones independientes en el servicio de oftalmología del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza y 3 televisiones en oftalmología del Hospital Miguel Servet de Zaragoza. Se conectaron a dichas televisiones todo el aparataje de exploración especializado duplicando y/o extendiendo la pantalla del software de cada aparato, haciendo posible que se reproduzca en la televisión lo mismo que el operador ve al realizar la prueba. Se elaboró una presentación de diapositivas con instrucciones pre y post operatorias para la cirugía de cataratas en la televisión de la sala de espera del Hospital Nuestra Señora de Gracia. Se instaló la plataforma Spontania y el software libre Blizz (TeamViewer) en los ordenadores de las salas de reuniones de ambos centros y en ordenadores independientes de consultas o salas de reuniones de los centros Hospital Royo Villanova, Hospital Infantil, CME Ramón y Cajal y CME Grande Covián de Zaragoza. Se hicieron pruebas y mejoras de errores para compartir pantalla, envío de vídeo, audio, chat y compartición de aplicaciones como PowerPoint. Resultados: La mayoría de los aparatos especializados en la exploración oftalmológica del paciente pudieron ser conectados a su televisión correspondiente, por lo que mejoró notablemente la información al paciente y la docencia a los estudiantes de la Universidad de Zaragoza. La presentación ofrecida en la sala de espera mejoró notablemente la satisfacción e información previa de los pacientes en el resultado final de su cirugía de cataratas. La conectividad telemática con el software Blizz fue realizada con éxito, utilizándose actualmente para sesiones clínicas diarias y reuniones científicas.

Conclusiones: La conectividad telemática hace posible la visualización y participación de personal sanitario que no puede estar físicamente en el centro donde se imparte la reunión, incluso desde su teléfono móvil, haciéndola indudablemente útil para la comunicación entre diferentes centros. La conexión del aparataje a televisiones independientes cercanas a los pacientes y alumnos es un buen método para mejorar la satisfacción e información de ambos grupos.

Lecciones aprendidas: Este método es extrapolable a cualquier centro que disponga de un PC.

C139/18: EMPEZAR DE NUEVO EN UNA CONSULTA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

Primer autor: *Hortensia Yagüe Moreno. Hospital Universitario Miguel Servet*

Coautores: *Dolores Sarsa Manresa, Amparo Borque Ibañez, Marta Chóliz Ezquerro, Andrea Espiau Romera, María Jesús Puente Luján, Yasmina José Gutiérrez, Miguel Ángel Ruiz Conde*

Resumen:

La atención a la Salud Sexual y Reproductiva de los sectores I y II de Zaragoza contaba con 4 centros hasta 2014 que se redujo a 1. En diciembre de 2015 la lista de espera para primera visita llegó a ser de 500 días con 2200 mujeres en buzón; 230 días para las revisiones y una tasa de fallo de asistencia del 32%. Con el Plan de Anticoncepción en Aragón se toma conciencia del problema y se ponen en marcha medidas para conseguir una asistencia anticonceptiva equitativa y de calidad.

Objetivo: Conseguir una consulta de alta resolución y una lista de espera inferior a un mes.

Material Y Métodos: Agenda: Aumenta el número de primeras visitas de 30 a 50 cada semana Redistribución de competencias de A. Primaria y Especializada : Primaria asume la Anticoncepción Hormonal en mujeres sin riesgo y deriva las situaciones especiales y la inserción de métodos invasivos (DIUs, L de T, Implantes si se precisa). Cursos de formación para A.P: Consejo contraceptivo, manejo de la anticoncepción e inserción de implantes. Docencia práctica en consulta de P.F: Acceso de las matronas a petición propia. Canales de comunicación con Atención Primaria: Informes y teléfono de contacto directo con la consulta. Cribado telefónico de la lista de espera: La enfermera de consulta de P.F. contactó con 1972 mujeres que habían solicitado cita desde Noviembre/2015 a Noviembre/2016, valoró la demanda con la usuaria y mantuvo la cita en la consulta de P.F. o la remitió a A.P. Compra de un ecógrafo: Consulta de alta resolución y eliminación de la lista de espera del servicio de Radiología. Consulta complementaria de tarde: Se realizan 130 jornadas, 2895 mujeres, con un fallo de asistencia del 23%

Resultados: A día de hoy, no hay lista de espera. Las primeras visitas son atendidas en menos de 30 días (7 si es preferente). El fallo de asistencia es del 22 % Tras la formación de médicos y matronas en AP la derivación a Planificación Familiar ha disminuido de 25 a 6 diarias. Son enviadas a la matrona para control en AP el 25% de las mujeres atendidas tras la inserción del DIU, implante o consejo contraceptivo.

Conclusiones: Cuando se desmantela la atención a la Salud Sexual y Reproductiva en un sector de la población, la recuperación de la equidad y la calidad de dicha atención requiere de un complejo y notable trabajo en equipo: voluntad política y recursos económicos desde la consejería de salud, iniciativa y coraje desde la coordinadora del nuevo plan y mucho trabajo desde la consulta por parte de enfermería y ginecología junto con A.P.

C151/18: PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO CRÓNICO COMPLEJO EN EL SECTOR BARBASTRO (4ª PLANTA).

Primer autor: I*sabel Pesquer Vilas. Hospital De Barbastro*

Coautores: *Laura Bolea Laderas, Nuria Guiral Fernández, Inés Nasarre Cancer, Alejandra Malo Aso, Margarita Ropero Maiz, Dolores Larruy Román, Purificación Rodellar Linés*

Resumen:

Debido a los cambios socio demográficos que generan un elevado gasto sanitario, se diseña este proyecto con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los enfermos crónicos complejos, ofrecerles una atención continua y mejorar los indicadores económicos. Metodológicamente se estratifica a la población en GMA y se trabaja con el 1% de la población que presenta mayor nivel de complejidad. Una vez incluidos los pacientes en este proyecto son "beneficiarios" de un circuito asistencial diferente cuyo principal objetivo es ofrecer una continuidad asistencial de calidad, evitando hospitalizaciones y basada en las necesidades de cada paciente. Esto se logra manteniendo un estrecho contacto entre el equipo de AP y AE. Se observa una creciente actividad en el servicio respecto a consultas telefónicas, interconsultas, consultas presenciales y zona de tratamiento ambulatorio. Podemos concluir que es un proyecto vivido por paciente y familia de manera muy positiva porque encuentran en el hospital un equipo de referencia al igual que lo tienen en AP y el acceso es muy cómodo.

Resultados: 566 pacientes (de 1100 potenciales) incluidos en el programa. En 2017 encontramos una media de 26 consultas al mes, mientras que en lo que llevamos de 2018 esta media casi se duplica a 51 consultas al mes. De las cuales 7 visitas al mes son nuevos pacientes y en este año nos vamos a 12 consultas de primera visita. En 2017 hay una media de 8 tratamientos ambulatorios al mes, mientras que en lo que llevamos de 2018 esta media casi se duplica a 15 tratamientos al mes.

Conclusiones: La actividad de la unidad va en aumento porque cada vez son más los pacientes beneficiarios de este programa. Ha disminuido la tasa de ingreso de los pacientes incluidos en el programa porque hemos manejado ambulatoriamente situaciones de desestabilización que de otra manera hubieran requerido ingreso hospitalario. El paciente y la familia están muy satisfechos con el programa porque perciben una sensación de seguridad y protección al tener una figura de referencia en el hospital y al disminuir las visitas a urgencias.

C196/18: UNIDAD DE MUCULO ESQUELÉTICO: COORDINACIÓN EN LA DERIVACIÓN DE LA PATOLOGÍA DEL APARATO LOCOMOTOR ENTRE AP y AE.

Primer Autor: *J Carlos Aragüés Bravo, Hospital Universitario Miguel Servet*

Coautores: *Carlos Martín Hernández, Mª Concepción Sanz Rubio, Mª Teresa García Ruiz, J Carlos Palacín Arbués.*

Resumen:

1-Establecer la vía clínica más adecuada para cada paciente según su proceso de patología del aparato locomotor, para disminuir los pasos intermedios entre AP y AE.

2-Valorar y tratar a cada paciente en el nivel más eficiente: centro de salud, centro de especialidades u hospital y en la especialidad más adecuada: atención primaria, traumatología, reumatología, rehabilitación, para la resolución de su proceso activo.

Material Y Método: En 2015 se aprobó el documento de consenso para la creación de la UNIDAD FUNCIONAL DE COORDINACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA DE PATOLOGIAS DEL APARATO LOCOMOTOR

Se establecieron 6 protocolos generales y 22 protocolos específicos de actuación en los procesos más frecuentes de patología del Ap. Locomotor y 4 áreas de derivación

Se realizaron diversas reuniones de trabajo del equipo y posteriormente en los C de Salud para informar de la creación de la Unidad Músculo Esquelética.

Se pretende tratar cada proceso y en su caso derivar de la manera más adecuada: Evitando duplicidades, con las pruebas complementarias en base a los protocolos establecidos, disminuyendo la variabilidad clínica.

Desde la puesta en marcha de la Interconsulta virtual, la gestión de la derivación con valoración y contestación rápida por parte de atención especializada, remitiendo el paciente a la consulta más adecuada según su nivel de complejidad y con las pruebas básicas realizadas permite una mayor resolución.

En el caso de la patología de raquis, la más frecuente en derivación, se establecieron 3 protocolos: aguda, crónica y Sd. radicular.

Resultados: En el primer cuatrimestre de 2018, se recibieron en la UME y RHB 2607 derivaciones con 2.856 procesos. 1.115 correspondían a patología de raquis (40%). En 122 se aconsejó tratamiento en la UFAP, (11%), 125 a la consulta de Raquis de Rhb HUMS y el resto fueron derivadas al Centro de Especialidades. El resto de las patologías tienen frecuencias de derivación decrecientes: hombro (14%), tobillo y pie (12%), rodilla (11%), muñeca y mano (10%), cadera (5%). Líneas a seguir: Hemos iniciado un sistema de seguimiento de la ruta de 100 procesos de raquis, para correlacionar el % de adecuación del nivel de asistencia con caso.

Otro objetivo en 2018 es poner al día los protocolos de actuación con un grupo de trabajo constituido con profesionales de Atención Primaria y Atención Especializada. Establecer reuniones de coordinación y formación en la patología del aparato locomotor en los CS.

C198/18: RUTA DE LA PATOLOGÍA DE RAQUIS. COMISIÓN DE RAQUIS EN EL HUM SERVET.

Primer Autor: *Antonia Pilar Soriano Guillén, Hospital Universitario Miguel Servet*
Coautores: *Javier Rodríguez Vela, Carlos Martín Hernández, Luis González Martínez, J Carlos Aragüés Bravo, J Ramón Portillo del Olmo, Mª Teresa García Ruíz, Lourdes Lahuerta Lorente*

Resumen:
La patología de raquis constituye el motivo de consulta más frecuente dentro del aparato locomotor, tanto en Atención Primaria como especializada. Para resolver la carga asistencial, demora y mejorar la satisfacción del paciente con dolor cervical, dorsal y/o lumbar remitido a Unidad de Columna y a Servicio de Neurocirugía de HUMS, consideramos necesaria la creación de la comisión de raquis en el HUMS de Zaragoza, estableciendo los siguientes objetivos: Definir las necesidades reales del paciente remitido a un HUMS. Establecer criterios de derivación adecuado según los criterios establecidos sobre procedimiento. Valorar y tratar a cada paciente en el nivel más eficiente: centro de salud, centro de especialidades u hospital y en la especialidad más adecuada: atención primaria, traumatología, neurocirugía y/o rehabilitación Establecer criterios comunes para la indicación quirúrgica en los procesos. Establecer criterios comunes para la indicación de procedimiento intervencionista en los diferentes procesos.

Resultados: En 2018, se inicia el trabajo de la Comisión de Raquis del HUMS, inicialmente constituida por los S de TR-U de Columna, Neurocirugía, MF y Rehabilitación y Anestesia. Trabajo realizado: Establecer las vías de entrada de las derivaciones: At Primaria, At Especializada y pacientes fuera de sector. Establecer criterios comunes de clasificación en función de la información clínica y de imagen Creación de un documento de derivación desde fuera del sector Aplicación de los mismos criterios a las derivaciones desde At Especializada.
Unificar la derivación de toda la patología de raquis desde AP a través de ICV y la UME. Realización de la cartera de servicios de los procedimientos quirúrgicos y sus indicaciones coordinados los servicios de Neurocirugía y Unidad de Columna. Realización de la cartera de servicios de técnicas intervencionistas de los servicios de Neurocirugía, Unidad de Columna y Rehabilitación.

Conclusión: La implementación de Vías clínicas basadas en protocolos consensuados con una clara indicación del nivel de asistencia, su valoración y tratamiento, conducirá a dar la mayor calidad y seguridad a los pacientes con la mayor eficiencia posible. Y el establecer criterios colaborativos entre todos los profesionales implicados redundará en una mayor satisfacción profesional y personal.

COMUNICACIONES MESA 5

CÓDIGO	TÍTULO COMUNICACIÓN	Nombre	centro	Mesas	Dia
C024/18	AUTOMATIZACIÓN DE CONTROL DE CALIDAD EN PREANALÍTICA PARA LA NO REALIZACIÓN DE PRUEBAS EN MUESTRAS DE BAJA CALIDAD	José Luis García Álvarez	Hospital Ernest Lluch	5	13
C089/18	REFLEXIONES TRAS LA INTRODUCCIÓN DE UNA PRUEBA RÁPIDA PARA DIAGNÓSTICO DE GRIPE EN EL HCU LOZANO BLESA DE ZARAGOZA	Claudia Mendoza López	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa	5	13
C091/18	INFECCIONES POR VIRUS RESPIRATORIO SINCITIAL	Claudia Mendoza López	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa	5	13
C148/18	RACIONALIZACIÓN DEL USO DE PROCALCITONINA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	Gabriel Giménez Valverde	Hospital Universitario Miguel Servet	5	13
C150/18	SEGURIDAD DEL PACIENTE: EVALUACIÓN DEL RIESGO DE ERROR DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE EN EL REGISTRO DE LA PETICIÓN	Ayla Fernández González	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa	5	13
C154/18	OPTIMIZACIÓN DEL PERFIL HORMONAL PARA LA VALORACIÓN DEL ESTADO ANDROGÉNICO BASADO EN TESTOSTERONA BIODISPONIBLE	Elena Llorente Fernandez	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa	5	13
C162/18	IMPLANTACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO PARA LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN Y MANIPULACIÓN DE MEDICAMENTOS PELIGROSOS	Maria Pilar Monforte Gasque	Hospital Royo Villanova	5	13
C205/18	GLUCEMIA CAPILAR BASAL EN LA SOBRECARGA ORAL DE GLUCOSA EN GESTANTES PARA DISMINUIR EL TIEMPO DE ESPERA	Ainoha García Claver	Hospital San Jorge	5	13

C024/18: AUTOMATIZACIÓN DE CONTROL DE CALIDAD EN PREANALÍTICA PARA LA NO REALIZACIÓN DE PRUEBAS EN MUESTRAS DE BAJA CALIDAD

Primer autor: *José Luis García Álvarez. Hospital Ernest Lluch Martin*

Coautores: *Patricia Isabel Esteve Alcalde, Cristina Muñoz Peña, Ricardo González Tarancón, Francisca Caballero Cobos, Lucia Inmaculada Gaspar Ibáñez*

Resumen:

En las muestras recibidas, resulta conveniente tener algún sistema preanalítico que clasifique la calidad de las muestras y sea capaz, mediante la conexión al SIL de evitar la realización de las pruebas que pudieran estar afectadas por baja calidad. Típicamente, las alteraciones de las muestras que más pueden afectar para la realización de pruebas de bioquímica en el laboratorio son la hemólisis, la lipemia y la ictericia. En los sistemas automáticos de bioquímica, se dispone de un sistema de medida de los índices de hemólisis, lipemia e ictericia de las muestras. La medida de estos índices consume tiempo y en general no se espera a la obtención de estos índices para la realización de las pruebas de bioquímica; es en la postanalítica, cuando se toma la decisión de no informar de aquellas pruebas que estén afectadas por las alteraciones de la muestra. Ello conlleva un coste que puede ser evitado si las pruebas afectadas pueden ser informadas como interferidas previamente a su realización, sin consumir tiempo.
En nuestro laboratorio se dispone de un sistema preanalítico Cobas p 612 que identifica los distintos tubos (suero, orina y hematología) mediante un sistema fotográfico. Al mismo tiempo, para este sistema ha sido desarrollado un método que permite comparar fotos realizadas al suero con fotos de sueros a los que previamente se ha clasificado como ligeramente hemolizados (índice de hemólisis superior a 0.05), fuertemente hemolizados (índice de hemólisis superior a 0.1). Este método fue evaluado y corregido clasificando algunos sueros que no hubiesen sido correctamente asignados, lo que hace una labor educativa sobre el método. Con las adecuadas reglas sobre el SIL, aquellas muestras clasificadas interferidas, pasa un resultado de interferencia y no realiza la medición. Como ejemplo de aplicación de esta metodología, se describen los resultados sobre la prueba ácido fólico. Se contabilizaron 2329 peticiones de ácido fólico durante los meses de febrero a abril de 2018, de las cuales 41 resultaron estar hemolizadas. De estas 41 no se realizaron 39 (dos se realizaron por la sensibilidad del método). El ahorro en costes asociado a esta prueba fue del 1.7 %.

C089/18 REFLEXIONES TRAS LA INTRODUCCIÓN DE UNA PRUEBA RÁPIDA PARA DIAGNÓSTICO DE GRIPE EN EL HCU LOZANO BLESA DE ZARAGOZA.

Primer autor: *Claudia Mendoza López. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

Coautores: *María Jesús Sánchez Bernal, Lara Muñoz Muñoz, Cristina Matovelle Ochoa, Hector Condado Condado, Tatiana Khaliulina, Joaquina Gil Tomás, Rafael Benito Ruesca*

Resumen:

La gripe es una infección respiratoria producida, principalmente, por Influenzavirus A y B. Esta infección produce sobrecarga en los Servicios de Urgencias, puede requerir hospitalización y producirse la transmisión intrahospitalaria.Hasta 2017 utilizábamos para el diagnóstico de estas infecciones una PCR múltiple en array (PCR array), que podía aplicarse simultáneamente hasta en 96 muestras. Requiere extracción del ARN con resultados a las 24 horas. Detecta 22 virus: Influenza A (genérico), Influenza A: (H1N1),(H1N1) pdm09,(H3N2),(H7N9), Influenza B, Influenza C, VRS A y B, Parainfluenza 1,2,3,4a y 4b, Adenovirus, Bocavirus, Metapneumovirus A y B, Coronavirus 229E, NL63, OC43, Rhinovirus y Enterovirus.Desde el 28-12-2017, hemos introducido una PCR a tiempo real (PCR TR), sin extracción de ARN y con resultados en 30 minutos. Se realiza una sola muestra cada vez y solo detecta Influenzavirus A, B y VRS sin tipar.

Objetivos:
Analizar los beneficios de la introducción de una PCR rápida para el diagnóstico de las infecciones por Influenzavirus A y B.

Métodos: Analizar los resultados de la detección de virus respiratorios en 1800 muestras de vías respiratorias altas recogidas entre el 28-12-2017 y el 28-02-2018 (64 días). Inicialmente, utilizábamos la PCR array [Genómica (CLART Pneumovir 2)] para el diagnóstico de las infecciones víricas respiratorias. Desde el 28-12 incorporamos la PCR TR [Roche (Cobas LIAT Influenza A/B & RSV)].

Resultados: Del total de 476 muestras analizadas en PCR array, 96 (22,53%) fueron positivas para alguno de los siguientes virus gripales: Influenza A (H1N1), A (H3N2) y/o B; 48 (11,27%). Hubo 50 muestras (10,50%) con PCR inhibida. Se detectaron 11 infecciones mixtas. Con la técnica de PCR TR se analizaron 1351 muestras, 620 (49,24%) resultaron positivas para Influenza A y/o B. Hubo 92 (6,80%) con PCR inhibida. Se detectaron 15 infecciones mixtas. En 27 muestras se realizaron las dos técnicas sobre muestras recibidas el mismo día. La concordancia entre los resultados de los dos tipos de PCR fue de 55 / 56 (98,21%). Se evaluó la concordancia entre las dos técnicas en 112 pacientes con 2 muestras recogidas con un intervalo menor a 5 días (tiempo máximo de eliminación del virus). La concordancia obtenida fue de 429 / 448 (95,75%).

Conclusiones: La PCR TR ha mejorado el manejo de los pacientes y la gestión de camas. PCR en array permite diagnosticar un 20% más de pacientes. Ambas técnicas son complementarias. Las técnicas rápidas de biología molecular mejoran el diagnóstico.

C091/18: INFECCIONES POR VIRUS RESPIRATORIO SINCITIAL.

Primer Autor: *Claudia Mendoza López. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

Coautores: *Hector Condado Condado, Tatiana Khaliulina, Lara Muñoz Muñoz, Cristina Matovelle Ochoa, María Jesús Sánchez Bernal, Joaquina Gil Tomás, Rafael Benito Ruesca*

Resumen:

El virus respiratorio sincitial (VRS) produce, infecciones respiratorias en los meses fríos, especialmente en niños de 6 meses a 2 años. Un diagnóstico rápido permite dirigir más adecuadamente las pruebas analíticas adicionales que sean precisas. Hasta 2017 utilizábamos para el diagnóstico de estas infecciones una PCR múltiple en array (PCR array), que podía aplicarse simultáneamente hasta en 96 muestras. Requiere extracción del ARN con resultados a las 24 horas. Detecta 22 virus: Influenza A (genérico), Influenza A: (H1N1), (H1N1) pdm09, (H3N2), (H7N9), Influenza B, Influenza C, VRS A y B, Parainfluenza 1,2,3, 4a y 4b, Adenovirus, Bocavirus, Metapneumovirus A y B, Coronavirus 229E, NL63, OC43, Rhinovirus y Enterovirus.

Desde el 28-12-2017, hemos introducido una PCR a tiempo real (PCR TR), sin extracción del ARN y con resultados en 30 minutos. Se realiza en una sola muestra cada vez y detecta Influenzavirus A y B y VRS sin tipar.

Objetivos: Analizar los beneficios de la introducción de una PCR rápida para el diagnóstico de las infecciones por VRS.

Métodos: Hemos analizados los resultados de la detección de virus respiratorios en 1800 muestras de vías respiratorias altas recogidas entre el 28-12-2017 y el 28-02-2018 (64 días). Inicialmente, utilizábamos la PCR array [Genómica (CLART Pneumovir 2)] para el diagnóstico de las infecciones víricas respiratorias. Desde el 28-12-18 incorporamos la PCR TR [Roche (Cobas LIAT Influenza A/B & RSV)].

Resultados: Del total de 476 muestras analizadas en PCR array, 48 (11,27%) fueron positivas para VRS A o B. Hubo 50 muestras (10,50%) con PCR inhibida. Se detectaron 11 infecciones mixtas. Con la técnica de PCR TR se analizaron 1351 muestras, 66 (5,24%) resultaron positivas para VRS. Hubo 92 (6,80%) con PCR inhibida. Se detectaron 15 infecciones mixtas. En 27 muestras se realizaron las dos técnicas sobre muestras recibidas el mismo día. La concordancia entre los resultados de los dos tipos de PCR fue de 55 / 56 (98,21%). Se evaluó la concordancia entre las dos técnicas en 112 pacientes con 2 muestras recogidas con un intervalo menor a 5 días. La concordancia obtenida fue de 429 / 448 (95,75%).

Conclusiones: La PCR TR ha mejorado el manejo de los pacientes, incluidas las peticiones analíticas. La PCR en array permite diagnosticar un 20% más de pacientes. Ambas técnicas son complementarias. Las técnicas rápidas de biología molecular mejoran el diagnóstico microbiológico, lo que redunda en la calidad de los servicios que presta el hospital.

C148/18: RACIONALIZACIÓN DEL USO DE PROCALCITONINA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.

Primer autor: *Gabriel Giménez Valverde. Hospital Universitario Miguel Servet*

Coautores*: Oscar Ortigosa Sanagustín, Rosa Gracia Matilla, Beatriz García Rodríguez, Joaquín Velilla Moliner, María Ángeles Javierre Lorís, Javier Povar Marco, Ana Herrer Castejón*

Resumen:

La procalcitonina es un biomarcador de respuesta inflamatoria e infección que se ha posicionado como una herramienta de gran ayuda al clínico a la hora de monitorizar la respuesta al tto. Las expectativas generadas , el desonocimiento de sus características, de su cinética, de sus mecanismos de acción así como su facilidad de uso hace incurrir en ua suprautilización, desproporcionada, indicando su análisis fuera de los margenes de utilidad establecidos. En 1 mes se detecto que el 50% de las peticiones del hospital partían del Sº Urgencias

Objetivos: Adecuación del uso de procalcitonina en pacientes con patología aguda. Ajustando su utilización a ficha ténica. ACTIVIDADES REALIZADAS. Tras revisar la bibliografía vigente se realizó un documento que clarificó y aportó datos suficientes para utilizar de forma correcta la procalcitonina. Se programaron 4 sesiones clínicas en marzo, para adjuntos del Sº de urgencias, en el servicio de bioquímica y otras dos para residentes de Familia y especialidades.

Resultados Alcanzados: Se cuantificaron las peticiones solicitadas en el 2 semestre de 2017 frente a las que se solicitaron en el 2 semestre de 2016. En 2016 se solicitaron por parte del Sº, de Urgencias 6739 determinaciones de procalcitonina que supusieron un 39.1% del total, En 2017 tras la intervención descrita el número de peticiones solicitadas fueron de 713 que fue 7,3%?del total de peticiones. El número de pruebas positivas en 2016 fue del 16.3% frente a un 41,6 en el periodo evaluado

Conclusiones Y Recomendaciones: Una actitud vigilante sobre diversos aspectos de la práctica sanitaria nos debe llevar a implementar distintas intervenciones que nos ayude a mejorar la calidad asistencial, por una parte adecuando o racionalizando nuestras demandas con el consiguiente beneficio global, este caso por ejemplo descongestionando el Laboratorio y por otra parte ahorrando una importante cantidad de dinero que se cifra entorno a los 50000 euros en el 2 semestre de 2017. El éxito de la actividad realizada invita a la realización de nuevos proyectos , mejorando la calidad asistencial y ayudando al sostenimiento del sistema público de salud

C150/18: SEGURIDAD DEL PACIENTE: EVALUACIÓN DEL RIESGO DE ERROR DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE EN EL REGISTRO DE LA PETICIÓN.

Primer Autor: *Ayla Fernández González, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.*

Coautores: *Violeta Latorre Garcés, Emma Lara Navarro, Alba Alonso Llorente, María Victoria Barra Pardos, María Ángeles Castillo Arce, Marta Fabre Estremera, José Ruiz Budría.*

Resumen:

Aproximadamente el 50-75% de los errores que tienen lugar en el laboratorio clínico ocurren en la fase preanalítica, siendo difíciles de controlar por el propio laboratorio. De forma general, en esta fase podemos diferenciar errores en la muestra (extracción, transporte, identificación), o errores en el registro de peticiones. Según el Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) de nuestro laboratorio, el riesgo prioritario es el error en la identificación del paciente siendo el número de prioridad del riesgo (NPR) de 90 para el registro de la petición por los administrativos. Por este motivo se decidió poner en marcha de manera progresiva la petición electrónica con inicio en Abril de 2018.

Objetivos: Obtener un indicador para evaluar el registro de peticiones de laboratorio de nuestro hospital, en función del tipo de petición.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de las peticiones recibidas en todos los laboratorios del hospital durante el mes de abril de 2018. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSSv20.0. Se calculó el tamaño óptimo de peticiones a revisar para un nivel de confianza del 95% y una desviación estándar de la población de 0,5. Se revisaron 1.432 peticiones de un total de 40.091 solicitudes recibidas. De las peticiones revisadas se anota el tipo de petición y los posibles errores de identificación del paciente (nombre completo, edad, sexo, CIA), o del peticionario.

Resultados: En el período analizado se recibieron un total de 40.091 solicitudes de análisis. Los errores en el registro comprenden el 22,63%. El más común es el error o ausencia en la identificación del peticionario con un 20,25%. El resto de errores en orden de prevalencia son: error o ausencia de CIA (1,47%), de sexo (0,42%), de edad (0,38%) y de identificación (0,14%). En función del tipo de petición encontramos un mayor porcentaje de errores en las solicitudes a laboratorios externos (53,23%) y en el volante registrado en el hospital (33,33 %).

Conclusiones: Los errores en el registro de peticiones afectan a la seguridad del paciente, siendo el más importante el error de identificación. Ante el 0,14% de este tipo de errores y la imposibilidad de revisar todas las peticiones, nos encontramos en la necesidad de hacer un chequeo muestral como indicador de calidad de esta etapa. La petición electrónica instaurada recientemente en nuestro hospital supone la disminución de estos errores preanalíticos, destacando la identificación del peticionario que es obligatoria para realizar la solicitud.

C154/18: OPTIMIZACIÓN DEL PERFIL HORMONAL PARA LA VALORACIÓN DEL ESTADO ANDROGÉNICO BASADO EN TESTOSTERONA BIODISPONIBLE.

Primer autor: *Elena Llorente Fernández. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

Coautores: *María Santamaría González, Juan José Puente Lanzarote*

Resumen:

La testosterona (TT) es sintetizada en testículos, ovarios y en corteza suprarrenal. La fracción biodisponible de testosterona (TB) representa el 40% de la total, obteniéndose sumando la testosterona libre (TL) y la unida a albúmina. El 60% restante viaja unida al transportador de hormonas sexuales (SHBG), con muy baja disponibilidad. El estudio del perfil androgénico es frecuente en el Laboratorio para el diagnóstico de patologías relacionadas con deficiencia o exceso de andrógenos. Dicho perfil se basa en la determinación de TT junto con la TL o la estimación de TB. TL puede ser determinada por métodos directos (es el método de referencia la diálisis de equilibrio, pero sin utilidad en la clínica por su laboriosidad) o calculada por métodos indirectos por fórmulas validadas. Otros métodos directos presentan pobre correlación con el estado androgénico. En la actualidad se considera que TB calculada refleja mejor el estado androgénico que TL cuantificada por métodos directos diferentes al de referencia. En nuestro laboratorio, el perfil androgénico se basa en la cuantificación de TT junto a la fracción libre (ESTRATEGIA A), y proponemos un nuevo perfil androgénico basado en TT y la fracción biodisponible estimada a partir de SHBG y albúmina, según Vermeulen (ESTRATEGIA B).

Objetivo: Realizar el análisis coste-efectivo del protocolo para la determinación del perfil androgénico propuesto, comparándolo con el anterior, e implantar dicho perfil bioquímico en el laboratorio.

Material Y Métodos: Se analizó el periodo del año 2017 y se calculó el coste del protocolo actual para la valoración androgénica (teniendo en cuenta los costes directos por determinación) y se comparó con el coste que supondría estimar la TB según Vermeulen.

Resultados: La valoración del estado androgénico mediante la ESTRATEGIA B presentó una eficacia diagnóstica para el hipoandrogenismo del 94%, frente al 91% demostrado por TL cuantificada. El coste anual estimado con el protocolo propuesto es de 10608 €, en comparación con los 12242 € que supone la ESTRATEGIA A. Se estimó que la nueva estrategia evitaría 1428 determinaciones de TL, precisando la realización de 1073 determinaciones de SHBG y 133 de TT más al año. El nuevo protocolo es más coste-efectivo, presenta mayor eficacia diagnóstica con un ahorro de aproximadamente el 13.4% sobre el coste anual para la valoración del estado androgénico.

Conclusión: La nueva estrategia diagnóstica presenta una mayor eficacia diagnóstica de patología androgénica, con un ahorro de costes innecesarios.

C162/18: IMPLANTACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO PARA LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN Y MANIPULACIÓN DE MEDICAMENTOS PELIGROSOS.

Primer autor: *María Pilar Monforte Gasque. Hospital Royo Villanova*

Coautores: *Isabel Varela Martínez, Sheila Martinez Iturriaga, María Pilar Nievas Marco, María Arantzazu García Colinas, María Del Carmen Rubio Pérez, María Asunción Bentura Almazor, Carlos Ángel Moncín Torres*

Resumen:

Objetivo: Los medicamentos peligrosos son aquellos que presentan alguna de las siguientes características: carcinogenicidad, teratogenicidad, toxicidadreproductiva, toxicidad en órganos a bajas dosis, genotoxicidad, estructura química o toxicidad similar a los indicados anteriormente. La NIOSH los clasifica en: grupo 1(antineoplásicos), grupo 2(no antineoplásicos que cumplen alguna de las características anteriores) y grupo 3(riesgo para el proceso reproductivo, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia). El INSHT ha editado una Guía que recoge los medicamentos clasificados como peligrosos disponibles en España, con recomendaciones sobre: manipulación, medidas de prevención y equipos de protección individual. Dado que la manipulación de estos medicamentos puede afectar a un amplio grupo de profesionales, es fundamental consensuar y poner en marcha medidas para garantizar unas condiciones óptimas de trabajo y seguridad.

Método: Revisión e identificación de los medicamentos incluidos en la guía farmacoterapéutica considerados como peligrosos según la guía del INSHT. Clasificación en grupos según el riesgo que supone su manipulación y exposición. Elaboración de etiquetas con un símbolo específico para cada grupo e identificación en botiquines de plantas, Servicio de Farmacia y otras áreas. Elaboración de un procedimiento de manipulación de cada grupo. Formación del personal para implantar las recomendaciones establecidas.

Resultados: La implantación se llevará a cabo entre Mayo-Diciembre de 2018.Se ha iniciado la identificación y clasificación de los medicamentos peligrosos en cinco unidades de hospitalización. Se han detectado 34 especialidades farmacéuticas como medicamentos peligrosos, lo que supone que una media del 8,1%(rango 5,5-13,3) de las especialidades de los botiquines son medicamentos peligrosos. De ellos, el 47% afecta al personal en riesgo reproductivo y el resto requieren manipulación especial por parte de todo el personal sanitario. En una segunda fase se diseñarán etiquetas para cada grupo y se identificarán sus cajetines. El procedimiento escrito y el listado de fármacos clasificados estarán disponibles en la Intranet. Se dará difusión de los mismos y formación al personal sanitario.

Conclusiones: La manipulación de fármacos biopeligrosos puede poner en riesgo la salud de los profesionales, por lo que es necesario la implantación de medidas que minimicen dicha exposición. El desarrollo de un procedimiento específico que se adapte a las nuevas recomendaciones publicadas es de gran importancia en nuestro medio

C205/18: GLUCEMIA CAPILAR BASAL EN LA SOBRECARGA ORAL DE GLUCOSA EN GESTANTES PARA DISMINUIR EL TIEMPO DE ESPERA.

Primer Autor: *Ainoa García Claver, Hospital de San Jorge.*

Coautores: *Concepción Laviña Fañanas, Isabel Solans Blecua, Mercedes Borrel Roncales, Carmen Llimiñana Ordás, Iñaki Vallés Díez, Margarita Ferrer Giménez y José Puzo Foncillas.*

Resumen:

Objetivo: La diabetes gestacional (DG) es una importante causa riesgo materno-fetal por lo que las guías de práctica clínica aconsejan el cribado de esta patología. Este estudio se realiza en dos pasos: un cribado inicial (test de O'Sullivan), que en caso de ser positivo, debe confirmarse con un test de sobrecarga oral de glucosa (TSOG) con 100g y mediciones de glucosa hasta 180 minutos. Antes de suministrar los 100g, es necesario conocer la glucemia basal, ya que si es superior a 126 mg/dl está desaconsejada la realización de la prueba. El TSOG conlleva largo tiempo de espera y molestias para la paciente. Este trabajo pretende evaluar la utilidad de la glucemia capilar medida con equipo portátil (POCT) en la cuantificación de glucemia basal para iniciar de inmediato el TSOG y acortar el tiempo global de duración de la prueba.

Métodos: A las gestantes con indicación de TSOG, tras consentimiento informado, AVIVA-ROCHE, glucosa®se midió la glucosa capilar (Gluc; Accu-Chek deshidrogenasa, calibrado frente a hexoquinasa) y la glucosa venosa (Gluv; analizador AU5800-Beckman Coulter; método hexoquinasa). Se encuestó sobre la percepción y molestias de la prueba. El proyecto está aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA).

Resultados: En el estudio participaron 57 embarazadas. Los datos obtenidos se analizaron con el programa estadístico Medcalc® 18.2.1 aplicando el test de Passing-Bablok, obteniendo la siguiente ecuación de regresión: y= 1.05 x - 8.20 (pendiente: 0.89-1.25; constante: -26.25–5.37), con un coeficiente de correlación de Spearman de 0.841 (0.743-0.903). Esto indica que ambos métodos tienen una buena correlación y son intercambiables. El POCT cumplió los requisitos de la norma 15197:2013 en las condiciones de nuestro estudio. En cuanto a la percepción de las pacientes, el 75% indica que el pinchazo en el dedo no duele en absoluto, el 23 % indica que es doloroso pero soportable y solo una dice que el pinchazo fue muy doloroso. El 100 % de las participantes están de acuerdo en que la medida capilar permitirá mejorar la prueba.

Conclusiones: El equipo POCT utilizado cumple con los requisitos de calidad analítica de la ISO15197:2013. A la vista de nuestros resultados, se puede sustituir el valor de glucemia basal en sangre venosa por el obtenido en sangre capilar comenzando el TSOG de forma inmediata, acortando el tiempo global de la prueba, mejorando la calidad en la atención a las gestantes y disminuyendo las molestias.

COMUNICACIONES MESA 6

CÓDIGO	TÍTULO COMUNICACIÓN	Nombre	centro	Mesas	Dia
C019/18	INTERCONSULTA VIRTUAL A LA USM: ROL DE ENFERMERÍA EN LA ENTREVISTA TELEFÓNICA ESTRUCTURADA COMO ACCESO AL RECURSO	Marcos Cebolla Pola	U Salud Mental Calatayud	6	13
C059/18	IMPLANTACIÓN DEL MAPA COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA DE HTA EN LA POBLACIÓN DE LA ZONA BÁSICA DE SALUD DE CALATAYUD SUR	Luis Digon Sanmartin	Centro de Salud Calatayud Rural	6	13
C078/18	ELABORACIÓN Y DIFUSIÓN DE UN SISTEMA DE ACTUACIÓN EN SEPSIS PARA ENFERMERÍA FUERA DE UCI	Maria Carmen Martínez Jiménez	Centro de Salud Alhama de Aragón	6	13
C105/18	ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA SIN INGRESO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET.	Inmaculada Mínguez Moreno	Hospital Universitario Miguel Servet	6	13
C131/18	PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ALÉRGICOS AL LÁTEX	Mª Teresa Bono Lamarca	Hospital de Alcañiz	6	13
C136/18	DESARROLLO PROFESIONAL EN EL MARCO DE LA GESTIÓN ENFERMERA	Delia Gonzalez De La Cuesta	Hospital Universitario Miguel Servet	6	13
C142/18	INCIDENCIA REAL DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LA UCI-PC , TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN ALGORITMO DE PREVENCIÓN UPPZERO.	María Roy Jiménez	Hospital Universitario Miguel Servet	6	13
C147/18	APLICACIÓN DEL CÓDIGO QR:INNOVACIÓN EN EL CUIDADO ENFERMERO DEL QUIRÓFANO DE URGENCIAS.	María Del Mar Palomo García	Hospital Universitario Miguel Servet	6	13
C161/18	PLATAFORMA PARA LA GESTIÓN DEL PLAN PERSONAL DE REHABILITACIÓN DEL TMG.	Rosana Angles Barbastro	Hospital De Barbastro	6	13

C019/18: LA INTERCONSULTA VIRTUAL A LA USM: ROL DE ENFERMERÍA EN LA ENTREVISTA TELEFÓNICA ESTRUCTURADA COMO ACCESO AL RECURSO

Primer autor: *Marcos Cebolla Pola. Unidad de Salud Mental de Calatayud*

Coautores: *Miguel Ángel Lerín Sánchez, Nuria Jordana Vilanova, Ignacio Martínez Lausín, Fátima María Laborda Higes, Maria del Rosario Lahoz Caballero*

Resumen:

Desde la implantación de la "Interconsulta Virtual" en 2017 como medio de derivación de pacientes de Atención Primaria a la Unidad de Salud Mental, el profesional de enfermería se encarga de realizar su captación a través de una entrevista telefónica estructurada para la posterior apertura de la Historia Clínica, antes de que al paciente se le asigne cita en la Unidad.

Objetivos:
– Evitar omisiones de información relevante o de interés en la realización de la Historia Clínica para pacientes derivados a la USM

– Mejorar la eficiencia en la Interconsulta virtual: Maximizar los datos obtenidos en la entrevista estructurada telefónica en relación al tiempo invertido

– Garantizar la continuidad asistencial, mediante el uso de un modelo estandarizado que facilite el trabajo de los profesionales eventuales.

Método: Desde la consulta de enfermería de la USM, se procedió a la elaboración de un modelo de entrevista que permite la agilización y sistematización del proceso en la apertura de la Historia Clínica, con el fin de obtener los datos personales, sociofamiliares y clínicos relevantes de forma estructurada. Todas las nuevas derivaciones, se ponen en común mediante una reunión interdisciplinar cada 7 días, para otorgarles Psiquiatra y/o Psicóloga de referencia, programación de los cuidados de enfermería necesarios, prioridad y día de consulta. Por lo tanto, la información que se recoge durante la entrevista telefónica resulta esencial para el enfoque que se le dará al paciente dentro del recurso.

Resultados: Actualmente, se ha procedido a la realización del Proyecto de iniciativas de mejora de Calidad "2018_0184. Mejora de la apertura de la historia clínica a través de la entrevista telefónica estructurada en la USM", que parte con la finalidad de obtener datos objetivos sobre el rendimiento de este modelo de entrevista telefónica para la captación de pacientes que acuden por primera vez a la Unidad.

Conclusiones: El impacto de estas derivaciones "virtuales", del modelo de entrevista telefónica y su repercusión en la labor diaria del profesional de enfermería queda medido a través de los indicadores incluidos en el proyecto de calidad iniciado en esta convocatoria.

C059/18 IMPLANTACIÓN DEL MAPA COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA DE HTA EN LA POBLACIÓN DE LA ZONA BÁSICA DE SALUD DE CALATAYUD SUR.

Primer autor: *Luis Digon Sanmartin. Centro de Salud Calatayud Rural*

Coautores: *Ana Cristina Gálvez Villanueva, Sonia Bernad Hernando, Mª Carmen Sanz Sebastian, Laura Sanmartin Florenza, Mª Ascensión Alonso Benedí, Jorge Carmaniu Tobal, María José Gil Mosteo*

Resumen:

Objetivos: Introducir una nueva herramienta diagnóstica para detectar y controlar los FRCV de nuestros pacientes. Nos permite describir el patrón circadiano de presión arterial tras MAPA (monitorización ambulatoria de presión arterial): el patrón dipper(fisiológico) con reducción nocturna de la presión arterial (PA) entre 10-20%, el patrón no dipper, con reducción entre 0-10%, el patrón riser donde la presión arterial nocturna es superior a la diurna y el patrón dipper extremo con descenso que excede el 20% respecto al diurno. Los perfiles de peor a mejor pronóstico cardiovascular son el riser, no dipper, dipper extremo y el dipper.

Método: Dentro del programa de sesiones clínicas del Equipo de Atención Primaria Calatayud Sur, del año 2017, incluimos dos sesiones clínicas formativas. Se elaboró material para explicar cómo se utiliza el aparato de monitorización: su programación y recuperación de los datos mediante un programa informático, y como se colocaba a los pacientes. Se creó una agenda para la citación de los pacientes. Elaboramos un documento para explicar en qué consiste la prueba y como debe cuidarse el aparato durante su utilización, es entregado a los pacientes antes de su colocación con un teléfono de contacto para resolver dudas.

Resultados: La muestra de pacientes ha sido obtenida de los que acuden a la consulta de medicina y enfermería, de forma programada en los que ya están diagnosticados de HTA o cuando ocasionalmente se descubre una alteración en las cifras de PA. La muestra ha sido de 42 pacientes, 26 hombres y 16 mujeres. La media de edad de 61,5 años. Han participado 8 profesionales de los 10 del EAP. De los MAPAS realizados 43, fueron válidos el 88,37% , 38 pruebas. El 67,8% de los MAPAS realizados a hipertensos fue por detectar mal control de las cifras de PA. Los perfiles de MAPA en los pacientes que han sido diagnosticados de HTA,35 pacientes: Patrón riser:10 pacientes un 28,57%.Patrón no dipper:14 pacientes un 40%.Patrón dipper extremo:2 pacientes un 5,71%.Patrón dipper: 9 pacientes un 25,72%.

Conclusiones: Nuestros resultados dan un alto porcentaje de los patrones circadianos de MAPA que corresponde a un mayor RCV: 74,28%. Estos datos se justificarían en base a que el motivo principal para la realización de la prueba, fue el mal control de las cifras de PA.

C078/18: ELABORACIÓN Y DIFUSIÓN DE UN SISTEMA DE ACTUACIÓN EN SEPSIS PARA ENFERMERÍA FUERA DE UCI

Primer autor: *María Carmen Martínez Jiménez*

Coautores: *Rosa Gracia Matilla, Pedro Parrilla Herranz, Yolanda Palacios de Miguel, Clara Herránz Andrés, Jesús Viñuelas Bayón, Piedad Arazo Garcés, Rosa Martínez Álvarez*

Resumen:

La sepsis se define como la disfunción orgánica causada por una respuesta anómala del huésped a la infección que supone una amenaza para la supervivencia. En España, la sepsis afecta a unas 50.000 personas cada año (104 casos por cada 100.000 habitantes), de las cuales 17.000 mueren. La sepsis es un proceso tiempo-dependiente, un paciente con sepsis sobrevive en un 80% de los casos si se le aplica el tratamiento durante la primera hora.

Objetivos: Mejorar el reconocimiento de la sepsis y la actuación en las primeras horas en el hospital por los profesionales de enfermería.

Método: Las recomendaciones de la surviving sepsis campaing 2016 publicadas en 2017 aconsejan disponer de programas hospitalarios de mejora a la atención de la sepsis. Un grupo multidisciplinar de profesionales del hospital (urgencias, uci, enfermedades infecciosas-medicina interna, microbiología, bioquímica, farmacia) elaboró un tríptico de consulta rápida para el médico que permite mejorar el manejo de estos pacientes. Proyecto incluido en los programas PROA (Programa de Optimización de antimicrobianos) para mejorar los resultados clínicos de los pacientes con infección. En la identificación del paciente la labor de enfermería es fundamental, por su proximidad al paciente en el trabajo diario. También es fundamental al realizar la toma de muestras y la administración del tratamiento de forma precoz. En 2017 enfermería se incorpora al PROA y también al proyecto sepsis. Se decide desarrollar material formativo que permita mejorar la formación del colectivo y la implementación de la campaña.

Resultados: Se elaboró un díptico de enfermería de tamaño bolsillo y carteles tamaño poster para los controles de enfermería, que se han difundido por el hospital y se están llevando a cabo charlas formativas por parte de la enfermera del grupo PROA. El cartel y el díptico recogen la escala qSOFA (alteración de nivel de conciencia, tensión arterial y frecuencia respiratoria) y las medidas básicas de actuación por parte de enfermería: recogida de muestras microbiológica, extracción de la analítica según el perfil sepsis, administración de antibiótico en la primera hora y fluidoterapia intensiva.

Conclusiones:La elaboración de material gráfico es una herramienta útil para la difusión de estrategias que mejoren los resultados clínicos. Estas estrategias deben involucrar a todos los actores de los proyectos y enfermería es un eslabón fundamental.

C105/18: ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA SIN INGRESO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET.

Primer autor: *Inmaculada Mínguez Moreno. Hospital Universitario Miguel Servet*

Coautores: *Lorena Sagardoy Muniesa, Miriam Ruiz Montes, Marta Arnaldos Esteban*

Resumen:

Objetivo: Analizar la seguridad del paciente en el proceso quirúrgico en el servicio de cirugía sin ingreso en el hospital universitario Miguel Servet de Zaragoza.

Método: Se realizó un análisis modal de fallo efecto (AMFE).

Resultados: Se identificaron siete áreas de mejora que repercuten sobre la seguridad del paciente durante el proceso quirúrgico. El uso y la gestión deficiente del material quirúrgico y el aumento del stress laboral enfermero fueron los dos fallos que obtuvieron un índice prioritario de riesgo más alto (240 y 192 respectivamente). Además se observa en cinco de las siete áreas de mejora detectadas, la formación se muestra como medida correctora. Como primera medida dentro del plan de acción se decide instaurar un plan formativo de sesiones clínicas dirigidas a enfermeras y TCAES del servicio de cirugía sin ingreso para mejorar la seguridad del paciente en el proceso quirúrgico.

Conclusiones: El AMFE es una herramienta útil en la mejora de los procesos. La formación se muestra como una herramienta de mejora en la satisfacción de los trabajadores. Según la bibliografía consultada la formación permite una asistencia sanitaria más segura y disminuye los errores humanos derivados de la inexperiencia. Se ha dado un proceso de actualización de los procedimientos ordinarios del servicio favoreciendo la actualización de los conocimientos del personal.

C131/18: PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ALÉRGICOS AL LÁTEX.

Primer Autor: *Mª Teresa Bono Lamarca. Hospital de Alcañíz*

Coautores: *Beatriz Altaba Sanz, Laura Oliver Marin, Mariví Zapater Castañer*

Resumen:

Introducción: La incidencia relacionada con la alergia de los pacientes al látex es relativamente frecuente en nuestro hospital. Creemos que esto ocurre porque no se suele reflejar en las historias clínicas las alergias al látex, y también porque se desconocen las pautas a seguir en pacientes sensibles/alérgicos al látex, y no siempre están identificados los materiales y los instrumentos quirúrgicos que llevan látex.

Objetivos: Correcta clasificación pacientes alérgicos, grados de sensibilización. Concienciar a los profesionales de la identificación en el preoperatorio de los pacientes con alergia al látex. Actuar correctamente en quirófano según grado/sensibilización del paciente. material y método: elaboración de un protocolo de actuación para estos pacientes desde el momento del ingreso hasta el alta. Elaboración de listados clasificando fármacos y materiales utilizados en nuestro servicio, según su presencia/ausencia del látex.

Resultados: La identificación de los materiales y fármacos que tienen látex, estarán identificados con una etiqueta que advierta la presencia de látex en dicho producto. Clasificación de los pacientes alérgicos al látex mediante una pulsera identificativa en el momento del ingreso

Conclusiones: la alergia al látex no es infrecuente en los pacientes quirúrgicos, siendo motivo de incidencias con frecuencia que pueden dar incluso reacciones anafilácticas. La elaboración del procedimiento ha supuesto un ejercicio de revisión sistemática de todas las fuentes de contacto del paciente con el látex, durante todas las fases del proceso del bloque quirúrgico, que nos ha proporcionado un reenfoque radical que esperamos asegure la asistencia a nuestros pacientes.

C136/18: DESARROLLO PROFESIONAL EN EL MARCO DE LA GESTIÓN ENFERMERA.

Primer autor: *Delia González de la Cuesta. Hospital Univesitario Miguel Servet*

Coautores: *Nieves López Ibort, Teresa Antoñanzas Lombarte, María Elena Gálvez Herrando, Eva Gálvez Álvarez, Sonia García Buesa, Ana Pilar Brun Valverde, María José Sanz Gracia*

Resumen:

Objetivos:
1. Formar o desarrollar a aquellos empleados en los cuales existen un desajuste entre el perfil competencial del puesto y el de la persona que lo desempeña.

2. Resolver la sucesión en determinados puestos de la organización enfermera.
3. Crear espacios que faciliten la socialización entre las personas que desempeñan el liderazgo organizacional enfermero.

Material Y Métodos: Dentro del proyecto de gestión por competencias desarrollado en el HUMS de Zaragoza, tras completar las fases de análisis, descripción y perfil competencial de los puestos tipo de supervisión, se realiza la evaluación de las personas que ocupan dichos puestos a través de encuestas autoinformadas y una entrevista de incidentes críticos. Se detectaron desajustes entre ambos perfiles (los del puesto y los de la persona). Para corregir estos desajustes se establecen reuniones con los líderes del proyecto y Dirección de Enfermería, y se diseñó un plan de desarrollo competencial.

Resultados: Diseño e implementación de un plan formativo de desarrollo personal y profesional. Diseño e implementación de un programa de sesiones de couching y mentoring para mejorar las competencias profesionales y personales de los líderes.

Diseño de programa “vivero de líderes” previo a la selección de nuevos puestos Creación de espacios de encuentro para desarrollar la socialización y aprendizaje continuo (“Tómate un respiro” y “Espacio competencial”) Los resultados de la encuesta de satisfacción en cuanto a la formación mostraron un grado de satisfacción de un 90%, como resultado global.

Lecciones Aprendidas: Este proyecto. Se ha perdido el miedo a los planes de desarrollo competencial al ser conscientes de las oportunidades que se abren con ello

C142/18: INCIDENCIA REAL DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LA UCI-PC, TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN ALGORITMO DE PREVENCIÓN UPPZERO

Primer Autor: *María Roy Jiménez. Hospital Universitario Miguel Servet*

Coautores: *Mª Carmen Rodríguez Longares, Pilar Sánchez Chueca, Maya Zapatero De Castilla, Isabel Sancho Val*

Resumen:

Objetivo: Evitar la sobrenotificación de úlceras por presión (UPP) en la Unidad de Cuidados Intensivos Postcardiacos (UCI-PC) mediante la unificación de criterios de registro de las úlceras y evaluar la eficacia de las medidas de prevención y tratamiento.

Método: Tras la implantación de un sistema de notificación de eventos adversos (EA), se constata la ausencia de notificación de UPP durante los 10 primeros meses de implantación del sistema de notificación. Se analiza el problema y se comienza a recoger datos tras la implantación de un algoritmo de prevención UPPZero (colocación precoz de colchón de aire alterno, realización periódica de estudios nutricionales, formación continuada del personal implicado en el cuidado de los pacientes…) por parte de un grupo de trabajo dentro de la UCI.

Resultados: De un total de 459 pacientes ingresados durante 2016 en la UCI-PC, 414 presentaron un Norton <14 (alto riesgo), se registraron 39 pacientes con UPP (8,4%), de los cuales 22,9% fueron de Grado I, 52,7% de Grado II, 24,3% de Grado III y 0% de Grado IV. Se notificaron 74 UPP de diferente grado, de los 39 pacientes el 43,5% presentaron más de una UPP. Tras el análisis de los resultados se evidencia una sobrenotificación por parte del grupo de trabajo encargado de analizar los datos, por falta de unificación en los criterios de inclusión a pesar de la buena aplicación de las medidas de prevención.

Conclusiones: Se diseña un nuevo proyecto de investigación prospectivo y multidisciplinar “Implementación del algoritmo de prevención UPPZero en la UCI-PC “, para determinar la incidencia real y eficacia de las medidas de mejora implantadas tras la formación continuada a todo el personal de UCI, dentro del plan de mejora de seguridad del paciente en UCI.

C147/18: APLICACIÓN DEL CÓDIGO QR: INNOVACIÓN EN EL CUIDADO ENFERMERO DEL QUIRÓFANO DE URGENCIAS.

Primer autor: *María del Mar Palomo García. Hospital Universitario Miguel Servet*

Coautores: *Adela Alquezar Ballano, Yolanda Molero Virto, José Luis Álvarez Fernández, Francisco J. Pablo Cerezuela*

Resumen:

En la actualidad, el acceso a los protocolos de actuación, para las enfermeras de nueva incorporación en el bloque quirúrgico de urgencias del Hospital Miguel Servet, se realiza a través de la consulta de la intranet. Acceder a esta información de manera sencilla y rápida y desde cualquier punto es una demanda habitual. Dentro de este marco conceptual y teniendo en cuenta que los profesionales de enfermería cada vez emplean más el teléfono como herramienta de consulta y soporte durante nuestra jornada de trabajo, vemos que la aplicación del QR puede ayudarnos a acercar el conocimiento a los profesionales de nueva incorporación mediante técnicas de comunicación informática TIC. El código QR es un sistema para almacenar información en una matriz de puntos de manera dinámica y con respuesta rápida (esto es lo que significa el acrónimo QR). Pueden almacenarse de 7.000 a 9.000 caracteres alfanuméricos. El uso de esta tecnología es libre y está extendiéndose a todos los ámbitos que requieran almacenamiento de datos.

Objetivos: Ofrecer una herramienta de ayuda a las enfermeras para que puedan obtener información de manera rápida a través del teléfono móvil. Aplicar las TIC dentro del área quirúrgica integrándolas a la práctica asistencial. Reforzar la difusión del conocimiento.

Material Y Métodos: Se constituyó un grupo de trabajo para definir la información, relacionada con las preparación del material de instrumentación en las distintas intervenciones de urgencia, para incluirlas en los códigos QR. LLevamos el material de trabajo al nivel informático para crear los QR. Después se revisó la información existente y se actualizó la misma teniendo en cuenta la última evidencia científica disponible. Y por último concretamos la ubicación de estos para su uso por parte de todo el equipo de Enfermería: TCEA y Enfermeras.

Resultados: En la actualidad se han creado códigos QR en todas las cajas quirúrgicas de la especialidad de Cirugía General y de Urología de urgencias El equipo de enfermería, de manera rápida a través del móvil, pueden acceder al contenido necesario para preparar las distintas cirugías ,escaneando los códigos QR. Esto nos permite mejorar la atención al paciente al reforzar la seguridad en la información de los profesionales de nueva incorporación.

Conclusiones: Los códigos QR permiten escanear la información de manera rápida, ofreciendo así ayuda a los profesionales de nueva incorporación en sus necesidades de formación e información a través del teléfono móvil.

C161/18: PLATAFORMA PARA LA GESTIÓN DEL PLAN PERSONAL DE REHABILITACIÓN DEL TMG.

Primer autor: *Rosana Anglés Barbastro. Hospital De Barbastro*

Coautores: *José Manuel Granada, Modesto Sierra Callau, Juan Coll Clavero*

Resumen:

La aplicación es una plataforma para la gestión de la provisión de Planes Personales de Recuperación (PPR) en personas con TMG.

Objeto: Desplegar una plataforma para la gestión de los servicios de cuidados integrados en Salud Mental, mediante la gestión de la provisión de PPR en personas con TMG, colocando al usuario en el centro del proceso rehabilitador. La plataforma resultante permitirá recopilar información social y sanitaria, permitiendo la creación de una historia social e integrándola en la historia clínica del paciente.

La plataforma está incluida en la estrategia de Salud Mental del SALUD 2017-2021.

Metodología: La plataforma será utilizada por profesionales dedicados al seguimiento de casos de TMG de pacientes derivados desde HCE. Las necesidades de los pacientes serán valoradoras, y se asignarán recursos creando un plan de acción y actividades concretas a desarrollar, que serán supervisadas por los profesionales. Periódicamente se realizarán evaluaciones de las necesidades de los pacientes

La fase de evaluación de la plataforma consistirá en un análisis descriptivo de los datos y actividad social y médica recopilada. Se testeará la plataforma en 30 pacientes, profesionales sanitarios y sociales. El equipo de evaluación será el encargado de definir los indicadores y variables a recoger durante esta fase y que permitan describir el impacto del servicio en los distintos dominios. Tras la fase de evaluación, la plataforma estará disponible para todo Aragón.

Resultados: Disponer de una plataforma tecnológica al servicio de la recuperación del TMG y las organizaciones sociales de Aragón, validada, capaz de gestionar los entornos colaborativos para registrar pacientes susceptibles, elaborar los planes de cuidados integrales, organizar las agendas de servicio por agente, registrar la actividad generada como consecuencia del plan y cuantificar su coste.

Conclusiones: La puesta en marcha de la plataforma PPR está en la estrategia para la gestión del TMG, por lo que se espera asegurar una valoración del paciente y el establecimiento de una planificación individualizada, con participación de los diferentes profesionales del equipo.

Lecciones: EL SALUD carece de herramientas colaborativas para el tratamiento de los planes de recuperación que permitan la colaboración entre profesionales para el seguimiento activo, rápido y eficaz de los pacientes. Las plataformas basadas en las TIC permitirán aunar esfuerzos y recopilar la información de una forma sencilla y accesible para todos los usuarios para una gestión conjunta del TMG

COMUNICACIONES MESA 7

CÓDIGO	Título Comunicación	Nombre	centro	Mesas	Dia
C070/18	IMPACTO DE LA VACUNACIÓN DE TOSFERINA A LAS EMBARAZADAS SOBRE LAS CONSULTAS EN URGENCIAS Y LOS INGRESOS EN PEDIATRIA	Marta Marin Andres	Hospital Universitario Miguel Servet	7	13
C076/18	EVOLUCIÓN DE LA COBERTURA VACUNAL DE LA GRIPE EN EL SECTOR ZARAGOZA 3	M. Concepción Inglés García De La Calera	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa	7	13
C077/18	RESULTADOS DEL PLAN DE MEJORA DE LA GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS EN EL HCU LOZANO BLESA	M. Concepción Inglés García De La Calera	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa	7	13
C085/18	SITUACION ACTUAL DE LA DETECCION DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) EN EL SECTOR DE CALATAYUD.	Rocío Cebollada Sánchez	Hospital Ernest Lluch Martín	7	13
C114/18	Desarrollo de una herramienta informática para el registro de las bacteriemias dentro de la Estrategia IRASPROA.	Gabriel Tirado Anglés	Hospital Royo Villanova	7	13
C169/18	CRITERIOS DE APTITUD EN VIGILANCIA DE LA SALUD PARA ATENCIÓN DE PACIENTES EN HOSPITALIZACIÓN CON ÉBOLA.	Ignacio Ezpeleta Ascaso	Hospital Universitario Miguel Servet	7	13
C178/18	VALORACIÓN DE LA UTILIDAD DEL TEST RÁPIDO DE DETECCIÓN DE GRIPE EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS	Marcos Clavero Adell	Hospital Universitario Miguel Servet	7	13
C189/18	COBERTURA DE VACUNACIÓN ANTIGRIPAL EN UN HOSPITAL	Mercedes Moreno Moreno	Hospital General de la Defensa	7	13

C070/18: IMPACTO DE LA VACUNACIÓN DE TOSFERINA A LAS EMBARAZADAS SOBRE LAS CONSULTAS EN URGENCIAS Y LOS INGRESOS EN PEDIATRIA

Primer autor: *MARTA MARIN ANDRES. Hospital Universitario Miguel Servet*

Coautores: *Aída María Gutiérrez Sánchez, Ana Laura Martínez de Morentin Navarcorena, Carmen Ruiz de la Cuesta Martín, Pilar Caudevilla Lafuente, Carmen Campos Calleja*

Resumen:

Introducción: La tosferina genera un gran número de consultas en los Servicios de Urgencias hasta que se confirma su diagnóstico. A partir de diciembre de 2015 entró en vigor la vacunación sistemática durante la gestación en Aragón con el fin de proteger a los lactantes hasta el inicio de la primovacunación. El objetivo de este trabajo es averiguar el impacto de la vacunación sistemática de tosferina a las embarazadas, sobre las consultas en urgencias y hospitalización por cuadros pertusoides en lactantes pequeños.

Metodología y resultados: Estudio retrospectivo observacional de 89 casos de tosferina confirmados a través de cultivo o PCR, que consultaron en el Servicio de Urgencias de Pediatría de un hospital terciario entre marzo de 2014 y octubre de 2017. Del total, 40 fueron hombres y 49 mujeres. La media de edad al diagnóstico fue 1,67 años. Respecto a la sintomatología por la que consultaban, el 98,9% presentó tos (77,5% paroxística y 43,8% emetizante), el 33% gallo inspiratorio y el 34,8% apneas. En el 64% de los casos había entorno epidémico de tos o tosferina. La media de visitas en urgencias por paciente durante el mismo proceso fue de 1,4. Los pacientes recibieron los siguientes diagnósticos en su primera visita a urgencias: tos (36%), sospecha de tosferina (22,5%), infección respiratoria de vías altas (19,1%), bronquiolitis (9%), bronquitis (2,2%), laringitis (3,4%), atragantamiento (2,2%), neumonía (1,1 %) y otros (4,5%). Ingresaron 56 pacientes, precisando traslado a UCI 4, con un fallecimiento. La media de días de ingreso fue de 8,02 +/- 5,51 DS (intervalo 2 - 28). La media de edad en los niños ingresados fue 0,38 años. Se realizó cultivo para Bordetella en 88 casos (positivo para B. pertussis en 38 y parapertussis en 3) y PCR en 73 (positivo para B. pertussis en 70 y parapertussis en 3). Previo a la instauración de la vacunación de las embarazadas, hubo 65 casos de tosferina que consultaron en un periodo de 21 meses, de los cuales 29 eran ≤ 2 meses de edad. Tras la instauración, hubo 24 casos en 23 meses de los cuales 11 eran ≤ 2 meses. A partir de diciembre de 2015, de los 24 casos, en el 65,5% las madres estaban vacunadas.

Conclusiones: Nuestros resultados apoyan la justificación de la vacunación sistemática a las embarazadas ya que parece disminuir la incidencia de la enfermedad en lactantes pequeños, lo que se traduce en un menor número de visitas a urgencias e ingresos hospitalarios.

C076/18: EVOLUCIÓN DE LA COBERTURA VACUNAL DE LA GRIPE EN EL SECTOR ZARAGOZA 3.

Primer autor: *M. Concepción Inglés García De La Calera*

Coautores: *Beatriz Acha Aibar, Sandra Dueñas Jollard, Mª Teresa González Barriga, Yolanda Marquesán Celaya, Lucía Santamaría Moreno, Laura Serrano Barcos, Elena Zueco García*

Resumen:

Objetivos: Conocer la cobertura vacunal frente a la gripe en el Sector 3. Conocer las reacciones adversas a la vacuna en 2017. Establecer recomendaciones de mejora.

Metodología: Se diseñaron estrategias publicitarias para trabajadores y estudiantes: Creación de un eslogan en cada campaña. Diseño y distribución de pequeños objetos. Preparación de una presentación dirigida a todos los trabajadores con información sobre las fechas y horarios de la campaña, población diana, tipos de vacunas, indicaciones, contraindicaciones y efectos secundarios, etc., que se ha colocado en la intranet (rulo). Colocar carteles informativos de la campaña por todo el hospital. Se amplió el horario de vacunación y fuimos a vacunar a otros servicios. Participamos en las reuniones del grupo de trabajo del Plan de Contingencia de la gripe. Se impulsó la comunicación de posibles reacciones adversas a la vacuna.

Resultados:- El número total de trabajadores vacunados en el sector ha sido de 1036 y 33 estudiantes.- La medida publicitaria de entregar pequeños objetos simbólicos tras la vacunación ha sido eficaz y eficiente, dado que produjo en 2016 un incremento de un 5% de la vacunación, que se ha mantenido en 2017.- Es necesario mantener y encontrar nuevas medidas que fomenten la vacunación antigripal si queremos llegar al estándar del 40% de trabajadores sanitarios vacunados, sobre todo en determinados servicios. - El único servicio que ha alcanzado el objetivo de vacunación ha sido Infecciosos (53%). - La cobertura vacunal en Atención Primaria es 36.96 y 16.22% en especializada. - Entre las categorías profesionales, los mayores índices de vacunación están en los trabajadores en formación (30%) y el colectivo de médicos y FEAS (28%). - La cobertura vacunal se ha incrementado respecto de 2014, en enfermería el 50%, en matronas un 75%, 39% en TCAE y 48% en médicos y facultativos. - Solo un 20% del total de trabajadores vacunados, lo hacen por sus patologías. - Los efectos adversos registrados han sido 4 casos/1000 vacunas. Uno de ellos precisó IT.

Conclusiones:
• Debemos seguir insistiendo en la importancia de la vacunación antigripal de los trabajadores sanitarios, como medida de autoprotección y como medida de prevención en la transmisión de enfermedades infectocontagiosas a los pacientes y a nuestro entorno, mediante medidas informativas y formativas.
• En la Campaña de 2018 – 2019 debemos buscar estrategias que incrementen la vacunación en determinados servicios.

C077/18: RESULTADOS DEL PLAN DE MEJORA DE LA GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS EN EL HCU LOZANO BLESA.

Primer autor: *M. Concepción Inglés García De La Calera*

Coautores: *Beatriz Acha Aibar, Yolanda Marquesán Celaya, M. Mar Pérez Cadenas, Álvaro Pérez Cirés, Alberto Puente Colina, Laura Serrano Barcos, Elena Zueco García*

Resumen:

Objetivos: Mejorar la gestión de residuos en el HCULB. Actualizar la guía de gestión de residuos del HCULB y colgarla en la intranet del Hospital. Aumentar la formación y la información de los trabajadores del Hospital en la gestión de residuos sanitarios. Conocer la accidentalidad relacionada con la gestión de residuos para mejorar las propuestas de acciones correctoras.

Metodología: Se constituyó un grupo de trabajo con todos los integrantes de nuestra Unidad. Se pautaron inspecciones por servicio para revisar posibles defectos de gestión, resolver dudas y recoger sugerencias. Se resolvieron las incidencias y se remitieron informes de mejora. Se establecieron cursos formativos acreditados con 0.6 créditos. Se creó un Procedimiento de gestión interna de residuos en el HCU Lozano Blesa. Se recabaron datos de producción de residuos y se estudiaron en relación a diferentes parámetros de actividad del Hospital. Se observó la evolución de la accidentalidad relacionada con los residuos. Se establecieron indicadores de evaluación y seguimiento del proyecto.

Resultados: El Procedimiento de gestión interna de residuos en el HCU Lozano Blesa está colgado en la intranet del hospital. Se ha registrado una disminución paulatina de los residuos biosanitarios y citostáticos. Los residuos recogidos de disolventes no halogenados y soluciones acuosas aumentaron en un 582% y 2000% respectivamente, evitando su salida a desagüe. En 2017 se ha instalado un equipo en Anatomía Patológica que convierte el formaldehído en un residuo apto para su eliminación por desagüe. Hemos implantado la recogida selectiva de envases de productos químicos peligrosos. La accidentalidad relacionada con los residuos ha disminuido en 2017 con la implantación masiva de mecanismos de seguridad pasiva en los punzantes. La principal causa de accidentalidad relacionada con los residuos es desechar la aguja en el mismo campo de trabajo (43.44%) que se relaciona directamente con la costumbre de no integrar el contenedor de punzantes entre el equipamiento indispensable para realizar las técnicas.

Conclusiones:
- Hay que seguir llevando a cabo labores de inspección, formación e información de los trabajadores en materia de residuos.
- Debemos terminar de implantar las medidas de recogida pendientes y dar cumplimiento a la normativa vigente.
- Es necesario preparar acciones preventivas para disminuir la accidentalidad, y concienciar a los trabajadores de la necesidad de cambio en algunas de sus técnicas de trabajo.

C085/18: SITUACION ACTUAL DE LA DETECCION DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) EN EL SECTOR DE CALATAYUD.

Primer autor: *Rocío Cebollada Sánchez. Hospital Ernest Lluch Martín*

Coautores: *Mª Luisa Monforte Cirac*

Resumen:

En las últimas décadas se han llevado a cabo numerosos estudios que confirman al virus del papiloma humano (VPH) como agente causal de casi todos los casos de cáncer de cuello uterino (CCU) y lesiones precursoras con un alto nivel de evidencia científica. Los genotipos de alto riesgo (AR) como el VPH 16 y 18 explican el 70% de los CCU y otros 10 tipos alrededor del 30% restante; es a partir de los 30 años cuando se produce una menor prevalencia pero la persistencia de la infección es mayor, explicándose así el mayor número de lesiones precursoras a partir de esta edad. La Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO) elaboró una Guía de cribado del CCU en 2014 con las estrategias de cribado y población diana en función del grupo etario.

Objetivo: Analizar la necesidad de aplicar un protocolo de CCU mediante la detección de VPH a partir de los 30 años y los resultados de la población a estudio.

Método: Realizamos un estudio retrospectivo sobre 359 mujeres a las que se les solicitó estudio de VPH entre enero de 2017 y marzo de 2018. Se estudiaron las variables demográficas de las pacientes y los resultados obtenidos.

Resultados: Se analizaron un total de 359 pacientes entre 16 y 73 años, con 94 determinaciones positivas (26,2%); entre las positivas, 27 mujeres (28,7%) eran menores de 30 años y 67 (71,3%) mayores de esa edad. Durante el primer semestre se realizaron 138 determinaciones y en el segundo semestre 221. El 59,6% de las pacientes tenía un único genotipo y de éstas, el 23,2% eran menores de 30 años y el 76,8% mayores de 30 años. En cuanto a los genotipos 16 y/o 18 considerados los más prevalentes en el CCU, el 5,3% correspondían a pacientes menores de 30 años y el 12,8% a mayores de 30 años.

Conclusiones: Se constata un aumento progresivo del número de peticiones en el tiempo estudiado posiblemente debido a la probable implantación de un programa de cribado poblacional en Aragón. Los genotipos de AR son más frecuentes en pacientes mayores de 30 años por lo que el cribado se hace necesario para su detección. Las diferentes estrategias de salud en cada Comunidad Autónoma mayoritariamente oportunistas, explica que el 60% de los CCU afectan a mujeres sin cribado previo, haciendo necesaria la realización de un cribado poblacional, según recomendación de las Guías Europeas. En conclusión, la implantación de un programa de cribado poblacional y la introducción de la prueba de detección del VPH en mujeres mayores de 30 años puede mejorar considerablemente la prevención del CCU.

C114/18: DESARROLLO DE UNA HERRAMIENTA INFORMÁTICA PARA EL REGISTRO DE LAS BACTERIEMIAS DENTRO DE LA ESTRATEGIA IRASPROA.

Primer autor: *Gabriel Tirado Anglés. Hospital Royo Villanova*
Coautores: *José Ramón Paño Pardo, Carmen Aspiroz Sancho, Dolores Corruchaga Arregui, Ana Isabel Ezpeleta Galindo, Rosa María Martínez Alvarez, Carla Toyas Miazza,*

Resumen:
Objetivos**:** Los pacientes con bacteriemia son prioritarios para los Programas de Optimización de Uso de Antibióticos (PROA) debido a sus elevadas tasas de mortalidad (10-40%) y morbilidad. La optimización del uso de antibióticos ha demostrado tener un impacto pronóstico positivo significativo en estos casos. Por esta razón se ha puesto en marcha una iniciativa denominada Estrategia IRASPROA. Una de sus áreas de actuación ha desarrollado el documento "Actividad PROA para la Optimización del manejo de pacientes con bacteriemia". El registro de la información es fundamental en esta estrategia para poder identificar oportunidades de mejora y valorar el impacto de la actividad. Su análisis sistemático permitirá monitorizar la idoneidad de las recomendaciones de tratamiento antimicrobiano del hospital y su cumplimiento.

Métodos: Basado en la experiencia de 15 meses con un registro informático de seguimiento de Bacteriemias en el Hospital Royo Villanova (HRV), se decidió diseñar una nueva base de datos, exportable a todos los hospitales de Aragón y que constituyera una herramienta común de registro para los episodios de bacteriemias. Se trata de un archivo tipo Excel® donde se registran aquellas bacteriemias que cumplan los criterios de inclusión definidos en el documento antes reseñado y que realiza un cálculo de indicadores a tiempo real. La aplicación contiene cuadros de mandos que monitorizan la actividad y genera informes y formularios que facilitan las actuaciones del Grupo PROA de cada hospital.
Resultados: El diseño de la base cuenta con la experiencia acumulada por su uso en el HRV. En ella, el registro se lleva a cabo por la enfermera de PROA-Sepsis-Microbiología, y se han registrado 493 bacteriemias. Este registro permite acceder de inmediato a datos como la localización por servicios o microorganismos, los tiempos (en días) de informe provisional y definitivo o la terapia empírica y dirigida aplicada a los casos registrados y a las actuaciones PROA. Además del HRV, ya se usa en su versión antigua en el HUMS y con su nueva versión en el HCU, con idea de ser implantada progresivamente en los distintos Hospitales de la Comunidad Autónoma.

Conclusiones: El HRV lleva más de 10 años de experiencia registrando bacteriemias, a raíz de la creación en el año 2007 del grupo de Sepsis. Dicha experiencia nos ha permitido perfeccionar el registro. Esta aplicación logrará que los Grupos PROA de Aragón trabajen de forma y permitirá elaborar informes que faciliten la explotación difusión.

C169/18: CRITERIOS DE APTITUD EN VIGILANCIA DE LA SALUD PARA ATENCIÓN DE PACIENTES EN HOSPITALIZACIÓN CON ÉBOLA.

Primer Autor: *Ignacio Ezpeleta Ascaso, Hospital Universitario Miguel Servet*

Coutores: *Mª Paz Pastor Gil, Mª Ignacia Elizalde Pérez De Ciriza, Paula Garcés Fuertes, Noelia Terren Marco.*

Resumen:

Objetivos: Con motivo de la emergencia sanitaria por ébola en el año 2014 se designó al hospital Royo Villanova (HRV) como centro de referencia en Aragón. La constitución de un grupo fijo de trabajadores para la atención en hospitalización de casos ébola obligó a la unidad básica de prevención de riesgos laborales (UBPRRLL) a la vigilancia de la salud individual. Los objetivos son: conocer la utilidad del protocolo vigilancia de la salud para la exposición a este agente biológico, conocer las características de las personas seleccionadas y las patologías que determinaron su clasificación como no aptos.

Métodos: Definición del conjunto de datos básicos mínimos para vigilancia individual de la salud para la atención de pacientes con ébola. Revisión de las aptitudes emitidas por el servicio de prevención ajeno designado. Clasificación de las patologías detectadas en la vigilancia de la salud por la UBPRRLL en los grupos profesionales: Medicina, Enfermería, TCAE, Técnicos sanitarios y celadores. Estudio descriptivo a partir de los datos recogidos en la historia clínico-laboral

Resultados: Por parte del UBPRRLL del HRV se revisaron las aptitudes emitidas por el servicio de prevención ajeno designado y se realizaron 109 procedimientos. -De éstos 27,5% fueron no aptos. El género de las personas evaluadas es 79%mujeres y 21% hombres. Las principales causas de salud encontradas que determinaron la no aptitud fueron: osteomiaorticular 37,9%, oftalmológicas 17,2%, patología cardiovascular 13,7% y gestación 13,7% .Se evidencia un mayor índice de masa corporal y mayor edad entre los no aptos en los diferentes grupos profesionales Hubo dos casos de exclusión por salud mental , uno de los cuales se reconoció como accidente de trabajo.

Conclusiones: La aptitud para atender a un paciente con ébola, por su exigencia física, psíquica y cognitiva requiere una valoración global y minuciosa de la salud del trabajador. El porcentaje de trabajadores NO APTOS fue elevado (27,4%), la cautela fue el principio de actuación ante la ausencia de situaciones análogos en nuestro medio. Los trabajadores con alteraciones de movilidad, de causa osteomioarticular, sobrepeso y obesidad fueron excluidos por el riesgo de fallos y dificultad para la colocación y retirada de los equipos de protección. La correcta comunicación entre compañeros precisa una buena agudeza visual y capacidad auditiva para garantizar la seguridad en la atención sanitaria.

C178/18: VALORACIÓN DE LA UTILIDAD DEL TEST RÁPIDO DE DETECCIÓN DE GRIPE EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS.

Primer Autor: *Marcos Clavero Adell, Hospital Universitario Miguel Servet*

Coautores: *Álvaro Pedro Navarro Rodríguez Villanueva, Aída Gutiérrez Sánchez, Irene Baquedano Lobera, Inés Félez Moliner, Ana Laura Martínez de Morentin Navarcorena, Carmen Campos Calleja y Virginia Gómez Barrena.*

Resumen:

Objetivo: Durante las epidemias gripales la valoración de lactantes con fiebre sin foco puede beneficiarse de utilizar test rápidos de detección viral que evitarían pruebas complementarias más agresivas. Nuestro principal objetivo ha sido evaluar la utilidad del test rápido de detección de virus de la gripe en pacientes con fiebre sin focalidad durante tres epidemias consecutivas (2015 a 2017).

Métodos: Análisis retrospectivo de historias clínicas de todos los pacientes con diagnóstico de gripe en una unidad de Urgencias Pediátricas desde enero de 2015 hasta marzo de 2107. Las variables analizadas son: edad, sexo, antecedentes de interés, motivo de consulta, extracción de analítica sanguínea, realización de test rápido de gripe y pauta de tratamiento antiviral (Oseltamivir). Tras la implantación del test rápido (enero 2015) se elaboró un protocolo de actuación clínica ante sospecha de gripe, considerando la realización de un test rápido (PCR de gripe en aspirado nasofaríngeo y/o detección de antígenos de gripe en frotis faríngeo) en pacientes de entre 3 y 36 meses que acuden por fiebre sin focalidad, con analítica de orina negativa para ITU, durante el periodo epidémico. Además, se incluía la realización del mismo en aquellos pacientes que presentan factores de riesgo.

Resultados: Se diagnosticaron como síndrome gripal un total de 1722 pacientes y 143 como gripe confirmada mediante uno de los test rápidos. Estos últimos incluían niños con un rango de edad entre 0.08 y 19.47 años con una media de 1.94. El 50.3% eran mujeres y el 49.7% varones. Un 20,9% de los pacientes a los que se realizó uno de los test, presentaban fa Un total de 104 pacientes fueron positivos para gripe A, 38 para gripe B y 1 coinfección por gripe A y B. De entre los 143 test rápidos realizados, un 27% no estaban indicados según protocolo. De entre los 104 restantes correctamente indicados, en 73 ocasiones (un 70.2%) no se realizó analítica sanguínea (hemograma y marcadores de infección). De estos, un total de 49 pacientes (63.1%) era lactantes con síndrome febril sin focalidad. 31 pacientes recibieron tratamiento con Oseltamivir; todos ellos presentaban factores de riesgo.

Conclusiones: La inclusión de test de diagnóstico rápido de gripe en unidades de Urgencias Pediátricas supone en nuestro medio un avance en la labor asistencial. En esta revisión, en la mayoría de los pacientes en los que estaba indicado el test, se evitó la realización de pruebas complementarias.

C189/18: COBERTURA DE VACUNACIÓN ANTIGRIPAL EN UN HOSPITAL.

Primer autor: *Mercedes Moreno Moren*

Coautores: *José Ángel Ayensa Vázquez y María Leclere Jiménez*

Resumen:

La gripe representa en la actualidad un grave problema de Salud Pública. Tiene mayor incidencia en determinados grupos de riesgo, principalmente en las personas mayores de 65 años, niños y enfermos inmunodeprimidos. Su importancia radica en la elevada capacidad de propagación, la amplia morbilidad que produce y la gravedad de las complicaciones; lo que se traduce en una gran demanda de recursos económicos y personales, considerando la vacunación como la medida de control más eficaz frente a la gripe.

Objetivo: Describir la cobertura de vacunación en la población que trabaja en un hospital de tamaño medio durante tres campañas antigripales.

Material y Método. Se realiza un estudio descriptivo, de corte transversal. El periodo se circunscribe a tres campañas de vacunación antigripal, que se corresponden con los periodos: 2015-16, 2016-17 y 2017-18. La población a estudio está compuesta por toda la plantilla del hospital, formada por 479 profesionales, de los cuales 321 son sanitarios y 158 son personal no sanitario. La información fue obtenida a través de un cuestionario autoadministrado. Consta de 18 preguntas, 17 son cerradas y 1 abierta. El análisis estadístico de los datos recogidos se analiza con el paquete estadístico SPSS, mediante una estadística Descriptiva y Analítica, aplicando el test de chi-cuadrado para la comparación de porcentajes.

Resultados: Las coberturas de vacunación antigripal en los tres años estudiados (2015-16, 2016-17 y 2017-18) han sido del 22,55%, 22,12% y 24,22% respectivamente. Siendo la cobertura de vacunación del 25,85% en el personal sanitario del hospital en el primer año, del 25,55% en el segundo y del 29,60% en el tercero. Por categoría profesional se observa que el mayor porcentaje se da en los profesionales médicos: 44,58%, 41,46% y 48,94% en los tres periodos estudiados, seguidos por el personal de enfermería: 25,30%, 31,70% y 31,91%. Representando el 82% del profesional sanitario vacunado el que ejerce su labor en los servicios de carácter médico, siendo prácticamente nula la vacunación en los servicios quirúrgicos.

Conclusión: Las coberturas vacunales de los profesionales sanitarios prácticamente no se han modificado en los tres periodos estudiados, siendo inferiores al 40%, objetivo marcado por la dirección de sanidad para lograr una adecuada protección personal. Se considera prioritaria la implantación de estrategias activas con nuevos programas para lograr mayores tasas incorporando un sistema de mejora continua.

COMUNICACIONES MESA 8

CÓDIGO	Título Comunicación	Nombre	centro	Mesas	Dia
C021/18	ESTRATEGIA PARA IMPLANTAR EL USO SEGURO DE SANGRE DESESPERADA (0 RH-) EN LA HEMORRAGIA MASIVA POSTPARTO.	Ana Barceló Palos	Hospital Universitario Miguel Servet	8	13
C041/18	EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA 2017	Armando Chaure Pardos	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa	8	13
C044/18	EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE TRANSFUSIÓN EN LOS SERVICIOS MÉDICOS DEL HCU LOZANO BLESA	Armando Chaure Pardos	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa	8	13
C063/18	MEJORA EN EL REGISTRO Y NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS	Joaquín Merino Laborda	Centro de Salud Sabiñán	8	13
C080/18	¿QUÉ HACER CUANDO LAS COSAS VAN MAL? UN PLAN DE APOYO A PRIMERAS Y SEGUNDAS VÍCTIMAS FORMULADO EN PREGUNTAS Y RESPUESTAS	Jesús Palacio Lapuente	Centro de Salud Ruiseñores	8	13
C094/18	EL USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS EN EL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EFECTOS ADVERSOS EN PLANTAS DE PSIQUIATRÍA	Cristina Soler González	Hospital Universitario Miguel Servet	8	13
C146/18	FICHAS QUIRURGICAS.INSTRUMENTO CLAVE PARA DISMINUIR LA VARIABILIDAD EN EL BLOQUE QUIRURGICO	Mª Jesús Cabezón Pérez	Hospital Universitario Miguel Servet	8	13
C199/18	¿SON ÚTILES LOS PROGRAMAS PROA? OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL.	José Manuel Vinuesa Hernando	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa	8	13

C021/18: ESTRATEGIA PARA IMPLANTAR EL USO SEGURO DE SANGRE DESESPERADA (0 RH-) EN LA HEMORRAGIA MASIVA POSTPARTO .

Primer autor: *Ana Barceló Palos. Hospital Universitario Miguel Servet*

Coautores: *Natalia Gracia Casinos, Sandra Vintanel López. Ángel Led Jiménez, Esther Herce Postigo, Marisa Catalá Martinez, María Carmen Noya Castro*

Resumen:

Objetivos: Mejorar La Coordinación Entre El Banco De Sangre Y El Quirófano. Adquirir La Habilidad Y El Conocimiento Necesario Para Actuar De Forma Segura Y Eficaz Ante Una Hemorragia Postparto. Reducir El Tiempo De Actuación Ante La Necesidad De Transfusión Sanguínea. Favorecer La Correcta Preservación De Los Concentrados De Hematíes.

Método: Definición Del Grupo De Trabajo Multiprofesional En El Que Participan Hematología, Banco De Sangre Y Quirófano De Maternidad. Utilización Del Protocolo De Actuación Ante La Hemorragia Masiva Con El Posible Uso De Sangre Desesperada (0 Rh -), Basado En La Última Evidencia Científica Disponible Y De Un Tríptico Informativo Accesible Para Todo El Personal Del Equipo. Adquisición De Una Nevera De Uso Exclusivo Para La Conservación De Sangre Desesperada. Realizar Sesiones Formativas Para El Equipo Del Bloque Quirúrgico.

Resultados: Este Proyecto Nos Ha Permitido Mejorar La Coordinación Entre El Banco De Sangre Y El Quirófano De Maternidad. Disponemos De Un Protocolo De Actuación En Las Hemorragias, Para Que Las Acciones Sean Lo Más Funcionales Y Rápidas Posibles, Con La Posibilidad De Usar Sangre Desesperada. Debido A La Distancia Que Existe Entre El Banco De Sangre Y El Quirófano, Se Llegó A Un Acuerdo Para Proveer De 2 CH Cero Negativos Dentro De Quirófano Para Que La Transfusión Fuera Inmediata. Las Enfermeras Son Las Encargadas De La Correcta Conservación, Reposición Y Recambio De Esta.

Conclusiones: La Creación De Un Protocolo Para Las Hemorragias Masivas Favorece La Formación, Actuación Y Coordinación Del Equipo Multidisciplinar. Poder Contar Con 2CH De Sangre Desesperada En Quirófano De Maternidad Ha Sido Beneficioso Para Que La Indicación De Transfusión Inmediata Sea Efectiva Contribuyendo Así A Disminuir La Morbimortalidad Materna Por Esta Causa.

C041/18: EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA 2017.

Primer autor: *Armando Chaure Pardos. Hospital Clinico Universitario Lozano Blesa*

Coautores: *Julián Mozota Duarte, María Pilar Cascán Herreros, Julia Guillén Antón, Manuela Elia Guedea, José Manuel Lasierra Sanromán, José Antonio Pérez Arbej, Juan Royo López*

Resumen:

Objetivos: Evaluar el grado de utilización y cumplimentación de la lista de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ) en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa en el año 2017; conocer el grado de cumplimentación global y por apartados de la LVSQ, y analizar la cumplimentación en el año 2017 en relación con los años previos.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal, mediante auditoría de historias clínicas, analizando una muestra aleatoria por conglomerados de las intervenciones realizadas entre el 25 de septiembre y el 31 de octubre de 2017. Se consideró utilización de la LVSQ la existencia del formulario de LVSQ cumplimentado en la Historia Clínica. Se consideró verificación CORRECTA de la LVSQ si todas las casillas estaban marcadas en las tres columnas principales: "ENTRADA, "PAUSA" y "SALIDA" (17 ítems).

Resultados: Se revisaron 151 casos, 53% varones, de edad media 57 años. Se analizaron 114 casos de cirugía programada (78%) y 32 casos de cirugía urgente (22%). La utilización de la LVSQ alcanza en 2017 un 96% (IC95%: 92,9% a 99,1%) de las cirugías, lo que supone el nivel máximo de utilización desde su implantación en 2010. El análisis por apartados muestra una cumplimentación baja en el grupo de ítems de "ENTRADA" (65%; IC95%: 57,2% a 72,8%), y aceptable en "PAUSA" y "SALIDA" (97,9%; IC95%: 95,6% a 100% y 91,0%; IC95%: 86,3% a 95,7%, respectivamente). En la cirugía programada, con respecto a la urgente, se observó una mejor cumplimentación en todos los apartados, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. La cumplimentación correcta de todos los ítems de la LVSQ fue de un 60% (IC95%: 52% a 68,5%), dato inferior a años anteriores.

Conclusiones: Hay una tendencia de incremento de la utilización de la Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica (LVSQ), alcanzando el 96% de las intervenciones quirúrgicas analizadas en 2017. Aceptable cumplimentación de pausa y salida, sin embargo, continúa existiendo una oportunidad de mejora en cumplimentación de entrada y firma/nombre anestesista. El seguimiento de la cumplimentación del LVSQ y el establecimiento de un adecuado feedback con los profesionales implicados favorece su utilización.

C044/18: EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE TRANSFUSIÓN EN LOS SERVICIOS MÉDICOS DEL HCU LOZANO BLESA.

Primer autor: *Armando Chaure Pardos. Hospital Clinico Universitario Lozano Blesa*

Coautores*: Julián Mozota Duarte, Carmen Gonzalvo Liarte, José Antonio Moreno Chulilla, Jorge Subirá Ríos, María Pilar Lanau Arilla, Oihana Horna Oreja, Sofía Valle Guillén*

Resumen:

Objetivo: Determinar el grado de adecuación de los procedimientos de transfusión indicados en pacientes atendidos en los servicios médicos del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (HCU) durante el año 2016.

Metodología**:** Estudio observacional descriptivo transversal. Se revisaron las historias clínicas de una muestra aleatorizada de pacientes que cumplieran las siguientes condiciones 1) fueran mayores de 16 años y 2) se les hubiera realizado una transfusión en los servicios médicos del HCU entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2016. Se estudiaron la edad y sexo del paciente, y el Servicio que indicó la transfusión. También se estudiaron la fecha de la transfusión, el diagnóstico principal, la cifra de hemoglobina, el nº unidades transfundidas, la solicitud al banco de sangre y la existencia de Consentimiento Informado en la Historia del Paciente. Así mismo, se midió la adecuación de los procedimientos de transfusión siguiendo la "Guía sobre la Transfusión de Componentes Sanguíneos y Derivados Plasmáticos" de la Sociedad Española de Transfusión Sanguínea y Terapia Celular (SETS).

Resultados: Se analizaron las historias clínicas de 83 pacientes, de los cuales 44 tenían más de 70 años. Los Servicios Médicos que más transfusiones solicitaron fueron Urgencias (19,8%; IC95%:10,8% a 27,8%) y Oncología (16,9%; IC95%: 8% a 24,9%). La hemoglobina pretransfusional media fue de 7,2 g/dl (IC95%: 6,9 a 7,5 g/dl) y el 89% (IC95%: 82,5% a 95,8%) de las transfusiones de concentrados de hematíes fueron de 2 o 3 unidades. El 91,6% (IC95%: 85,6% a 97,5%) de los pacientes transfundidos tienen una copia de la solicitud de transfusión en la Historia Clínica, aunque únicamente el 37,3% (26,9% a 47,8%) tienen el Consentimiento Informado del procedimiento. La indicación fue correcta en el 86,7% de las transfusiones de CH (IC95%: 79,5 a 94%), el número de unidades transfundidas fue el adecuado en el 67,8% (IC95%: 58,7% a 78,7%) y el ritmo de transfusión fue adecuado en el 71,1% (IC95%: 61,3% a 80,8%).

Conclusiones**:** El aumento del número de pacientes transfundidos con Consentimiento Informado en la Historia Clínica es el objetivo con un mayor margen de mejora en nuestro centro. Además, aunque en la mayoría de las ocasiones hay una correcta indicación de la transfusión, existe cierta oportunidad de mejorar con respecto al número de unidades que se transfunden y el ritmo de transfusión.

C063/18: MEJORA EN EL REGISTRO Y NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS.

Primer autor: *Joaquín Merino Laborda. Centro De Salud Sabiñán*

Coautores: *Lourdes Vicioso Elipe, Dolores Jaso Grau, Issa Jabbour Neemi, Yolanda Naya Mateu*

Resumen:

Objetivo: Mejorar los registros de reacciones adversas medicamentosas (RAM) tanto en términos cuantitativos como cualitativos. Incrementar el número de notificaciones al servicio de farmacovigilancia a través del módulo de e-receta Este incremento se busca en todos los cupos del EAP así como en el servicio de atención continuada si se detectasen en este periodo.

Método: Partiendo de los datos facilitados por el Sº de farmacovigilancia correspondientes al año 2017 sobre notificaciones de RAM en el ámbito de la atención primaria EAP Sabiñán 25 notificaciones (tasa por 100.000 habitantes/ tis 1054,85), sector Calatayud (primaria) 44 (tasa 84,44) Aragón tasa 84,48. se busca un incremento total de notificaciones así como de el número de notificadores. Se realizó una sesión clínica con los titulares del equipo en el que se repasó el concepto de RAM para conocer que es susceptible de ser notificado. Se planteó el correcto registro en OMI. Así como la forma de notificación a través de e-receta que facilita el proceso. Se realizarán nuevas sesiones y cortes de los resultados obtenidos, aunque la ley de protección de datos imposibilita conocer de forma personalizada (médicos) los notificantes. Se diseñaron como indicadores Número absoluto de notificaciones RAM al Sº farmacovigilancia. Incremento de al menos 10% respecto a las notificaciones del año 2017

Resultados:Los resultados provisionales facilitados por el Sº farmacovigilancia a final de primer cuatrimestre (abril 2018) son esperanzadores, ya que con apenas una breve intervención (sesión clínica), se ha conseguido por un lado que haya habido un incremento del número de notificaciones con 21 notificaciones en el equipo (25 en todo el 2017) y sobre todo que el número de profesionales notificadores haya pasado de uno a cuatro. En todo el Sector se han notificado 29 RAM (21 de nuestro centro) y en Aragón 215, en el ámbito de Atención Primaria.

Conclusiones: Consideramos que la notificación de R.A.M. redunda en un beneficio en la seguridad clínica de nuestros pacientes por lo que esta debe ser una práctica habitual sistematizada e interiorizada como un mecanismo normal dentro de la Atención sanitaria. El que tan solo una pequeña intervención haya generado este resultado nos motiva para continuar tanto con la formación del personal como la divulgación del sistema de notificación, buscando su extensión a otros equipos.

C080/18: ¿QUÉ HACER CUANDO LAS COSAS VAN MAL? UN PLAN DE APOYO A PRIMERAS Y SEGUNDAS VÍCTIMAS FORMULADO EN PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Primer autor: *Jesús Palacio Lapuente*

Coautores*: Ana Anguas Gracia, Carmen Navarro Sebastián, Carmen Arenaz Gálvez, Francisca Martínez Lozano, José Trasmontan Gálvez, Mª Isabel Pérez Gracia, Pedro Antonio Luna Rodrigo*

Resumen:

Objetivos: Cuando un paciente muere o resulta dañado como consecuencia de la atención recibida, los que se la han prestado pueden también resultar afectados y convertirse en segundas víctimas. El objetivo que nos planteamos en la comisión de calidad de nuestro centro de salud fue elaborar un plan de ayuda a los compañeros que estén en esa tesitura. El objetivo incluye integrar la atención a las primeras víctimas, los pacientes, con la de las segundas víctimas, en un proceso que puede evitar a su vez que la institución se convierta en tercera víctima por litigios o pérdida de prestigio.

Método: Para elaborar el plan se debatió una propuesta en la comisión de calidad, elaborada por un miembro de la misma con experiencia en el tema. El debate se amplió más tarde a una reunión de voluntarios para ser referentes a los que puedan acudir para solicitar apoyo los compañeros en riesgo de ser segundas víctimas. El proyecto de plan así elaborado se envió a los trabajadores del centro y se debatió y aprobó en una reunión de equipo. Durante este proceso se proporcionó formación ad hoc a los miembros de la comisión de calidad y a los referentes. También se realizó una sesión formativa sobre el tema para todo el equipo.

Resultados: Se elaboró un plan con respuestas a preguntas sobre cuáles son los eventos adversos de riesgo de generar segundas víctimas y cómo abordarlos. Las repuestas están redactadas en lenguaje comprensible para cualquier persona sin nociones previas sobre el asunto y se acompañan de una bibliografía esencial de referencia. Al plan, que se repartió entre todos los trabajadores del centro, se adjuntó la lista de referentes con sus datos de contacto. Estos datos se repartieron también por correo corporativo y se fijaron en el tablón de anuncios. Se elaboró y se presentó también un plan con el formato habitual de los programas de mejora de calidad.

Conclusiones: Tras un evento adverso se debe prestar apoyo a las primeras y segundas víctimas de una manera integral, integrada y planificada. La combinación para elaborar el plan del formato de planificación habitual con el de preguntas y respuestas permite, por un lado, aclarar qué actividades se van a realizar y cómo evaluarlas. Por otro lado, el formato de preguntas y repuestas facilita que el plan pase de ser una serie de objetivos, tareas e indicadores escritos en un documento a ser un compromiso efectivo de ayuda mutua entre los miembros del equipo.

C094/18: EL USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS EN EL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EFECTOS ADVERSOS EN PLANTAS DE PSIQUIATRÍA.

Primer autor: *Cristina Soler González. Unidad de Salud Mental San José Norte*

Coautores: *Clara Caudevilla Soler, Patricia Gracia García, Camino Pérez Pemán, Rut Berdún Pe, Marta Sánchez Mena, Manuel Corbera Almajano, María Jesús Pérez Echeverría*

Resumen:

La seguridad clínica es un componente esencial de la calidad asistencial, habida cuenta de la complejidad, tanto de la práctica clínica como de su organización. Una práctica clínica segura exige conseguir tres grandes objetivos: Identificar qué procedimientos clínicos diagnósticos y terapéuticos son los más seguros y eficaces, asegurar que se aplican a quien los necesita y realizarlos correctamente y sin errores (Leape 2002). En el campo de la seguridad del paciente, la inclusión de las nuevas tecnologías puede facilitar la mejora de la práctica asistencial y en la seguridad de los pacientes y la gestión de los riesgos asistenciales. Por tanto vemos como necesidad adaptarse y responder a los nuevos escenarios con implantación de procedimientos tecnológicos.

En psiquiatría existen pocos estudios sobre efectos adversos en plantas de agudos, y la mayor parte de los mismos se centran en efectos farmacológicos. Uno de los retos principales es conocer el alcance de los efectos adversos en Psiquiatría. Sabemos que los objetivos de los sistemas de notificación se basan en la mejora de la seguridad del paciente y uno de los focos principales es la promoción de la notificación para poder estudiar y evitar las situaciones de riesgo. Hemos creado un sistema de notificación online, de fácil aplicación y difusión, totalmente anónimo que va a facilitar el estudio de los efectos adversos. Se trata de un formulario online, totalmente anónimo, en el que se puede mandar la información de los efectos adversos más frecuentes. Se ha modificado los ítems a los más representativos en Psiquiatría. Entre ellos destacamos las caídas, la confusión de paciente, la errónea administración de fármacos o el suicidio entre otros. Al igual que en otros registros, hay un ítem para la notificación de las consecuencias y la evitabilidad del evento adverso. Paralelamente se han iniciado unas reuniones periódicas en el servicio para informar a todos los profesionales sobre la importancia de este programa y promover la notificación. Este sistema facilitará la concienciación de los profesionales respecto a los efectos adversos y el análisis de causas relacionadas con los mismos, desde una perspectiva sistémica y desculpabilizadora, para poder implementar estrategias de prevención a nivel de equipo. (Leape LL, Berwick DM, Bates DW. What Practices Will Most Improve Safety? Evidence-Based Medicine Meets Patient Safety. JAMA 2002; 228: 501-7.)

C146/18: FICHAS QUIRURGICAS. INSTRUMENTO CLAVE PARA DISMINUIR LA VARIABILIDAD EN EL BLOQUE QUIRURGICO.

Primer autor: *Mª Jesús Cabezón Pérez. Hospital Universitario Miguel Servet*
Coautores: *Ofelia Urzainqui Zabalza, Sara Luis Lobera, Elisa Quilez Fraj*

Resumen:

Durante los últimos años, probablemente bajo la influencia de la filosofía de la EBE, se ha considerado que la variabilidad en la práctica clínica es un verdadero problema asistencial, ya que las diferencias en el tipo de cuidados aplicados, sugieren la existencia de prácticas subóptimas. Disminuir la misma debe ser un objetivo prioritario de cualquier organización. De esta necesidad, surge la idea de protocolarizar las diferentes intervenciones quirúrgicas en las que colaboran los equipos de enfermería

Objetivos: Limitar la variabilidad en la práctica asistencial de los equipos de enfermería del bloque quirúrgico. Mejorar la satisfacción de los profesionales de enfermería por un trabajo bien hecho Eliminar o reducir costes innecesarios derivados de la variabilidad del cuidado.
Material Y Metodos: Definición del grupo de trabajo. Diseño de un modelo de ficha quirúrgica, diferenciadas por colores según la especialidad quirúrgica, que incluyera, los cuidados pre, intra y postoperatorios y el procedimiento quirúrgico completo, Priorización de las intervenciones quirúrgicas a protocolarizar Búsqueda de la mejor evidencia científica. Valoración y juicio de profesionales expertos. Consenso y elaboración de los protocolos en formato fichas quirúrgicas. Presentación y divulgación

Resultados:Durante el año 2017 un equipo de 31 enfermeras ha realizado un total de 45 fichas quirúrgicas de las diferentes especialidades que se atienden en el bloque quirúrgico. En ellas se ha incluido la definición de la intervención a realizar, su referencia anatómica, la técnica anestésica, los cuidados en el preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio inmediato, el material a utilizar (instrumental, suturas, fungible...), los pasos a seguir en la intervención, y la limpieza y esterilización del material

Conclusiones: Desarrollar protocolos, realizados por y para enfermeras, con el fin de poder contar con una herramienta, que sirva de ayuda a dichos profesionales, como documento de consulta y formación, contribuye a disminuir la variabilidad en la práctica clínica y a que la atención proporcionada a los pacientes quirúrgicos sea cada día de más calidad

C199/18: ¿SON ÚTILES LOS PROGRAMAS PROA? OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL.

Primer Autor: *José Manuel Vinuesa Hernando, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.*

Coautores: *Beatriz Bonaga Serrano, Blanca Obon Azuara, Azucena Gonzalo Rodríguez, Pilar Luque Gómez, Mercedes Arenere Mendoza, Francisco Javier Campos Montellano, Oihana Pascual Martínez*

Resumen:

Objetivo: Los programas de optimización de antimicrobianos (PROA) tienen por objetivo mejorar los resultados clínicos y minimizar los efectos adversos asociados al tratamiento. En octubre de 2016, se creó un equipo multidisciplinar PROA (cirujanos, infectólogos, intensivistas, microbiólogos y farmacéuticos) en el Servicio de Cirugía General (SCG). El objetivo del trabajo es analizar las recomendaciones del farmacéutico y evaluar el grado de aceptación por parte de los cirujanos.

Métodos: Estudio prospectivo de las recomendaciones realizadas por el farmacéutico en un equipo PROA del SCG de un hospital de tercer nivel. El período de estudio comprende enero 2017-marzo 2018 y se incluyeron los pacientes ingresados en el SCG con prescripción electrónica y tratamiento antimicrobiano. Las recomendaciones consensuadas con el equipo fueron: duración (emisión de alerta al tercer día de tratamiento), monitorización farmacocinética, optimización de dosis, indicación, terapia secuencial precoz (TSP) y desescalamiento. Tras la revisión del curso clínico y los datos microbiológicos se emitieron las recomendaciones por escrito en el módulo de prescripción electrónica; siendo aceptadas en caso de modificación de la prescripción a las 24 h.

Resultados: Se realizaron 150 recomendaciones sobre 93 pacientes, siendo la media de edad 67 (DE 14,9) años y el 73,0% hombres. Tipo de recomendaciones: duración (53,3%), monitorización farmacocinética (16,7%), optimización de dosis (13,3%), indicación (9,3%), TSP (5,3%), desescalamiento (2,0%). Los fármacos más intervenidos fueron: vancomicina (17,3%), carbapenems (16,0%), piperacilina/tazobactam (12,0%), linezolid (6,0%), fluconazol (5,3%) y otros (43,4%). Tras la emisión de las recomendaciones, en el 38,7% (n=58) de los casos se modificó el tratamiento; en el 37,3% (n=56) se suspendió y en el 24,0% (n=36) se mantuvo. El 74,7 % de las recomendaciones (n=112) fueron aceptadas.

Conclusiones: La revisión y emisión de recomendaciones por parte del farmacéutico de un equipo PROA tiene buena aceptación por los cirujanos. La duración prolongada de antimicrobianos se reveló como una de las principales causas de uso inapropiado de estos. La integración en equipos PROA constituye una oportunidad de mejora en la prescripción antibiótica, con un impacto clínico positivo tanto en la atención sanitaria como en el consumo de recursos. Esto refuerza la idea de seguir identificando estas y otras oportunidades de mejora para obtener un impacto propio en el hospital y en los pacientes.

COMUNICACIONES MESA 9

CÓDIGO	Título Comunicación	Nombre	Centro	Mesa	Día
C052/18	CAPTACIÓN ACTIVA DE LOS USUARIOS CON NEGATIVA A REALIZARSE EL CRIBADO DE CÁNCER COLO-RECTAL EN EL CS BERDÚN.	Ana Carmen Giménez Baratech	Centro de Salud Berdún	9	13
C064/18	IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA DE CIRUGÍA MENOR EN UN CENTRO DE SALUD RURAL	María Luisa Huertas Bados	Centro de Salud Sabiñán	9	13
C068/18	REVISIÓN Y MEJORA DE LA PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA EN UN CENTRO DE SALUD RURAL. BASES PARA EL CAMBIO	Jose Manuel Cucalón Arenal	Centro de Salud Alfajarín	9	13
C137/18	PROYECTO DE ECOGRAFIA CLINICA BASICA EN ATENCION PRIMARIA: BUSCANDO LA CONCORDANCIA	Ana Isabel Aller Blanco	Hospital San Jorge	9	13
C145/18	¿ES POSIBLE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA?	María Del Mar Juste Seral	Centro de Salud Alhama de Aragón	9	13
C149/18	INFLUENCIA DEL FARMACO Y LA DOSIS EN LA APARICION DE EVENTOS HEMORRAGICOS CON ANTICOAGULANTES ORALES	Amalia Gasso Sanchez	Hospital Universitario Miguel Servet	9	13
C171/18	MEJORA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE HIPERTENSO. IMPLANTACIÓN MAPA EN CS BARBASTRO	Elisa Torres Clemente	Centro de Salud Barbastro	9	13
C201/18	NIVELES DE VITAMINA D EN PACIENTES CON 75 AÑOS O MÁS EN UN CENTRO DE SALUD URBANO DE ZARAGOZA (ESPAÑA)	Carolina Ardiaca Sanchez-Villacañas	Centro de Salud Delicias Norte	9	13

C052/18: CAPTACIÓN ACTIVA DE LOS USUARIOS CON NEGATIVA A REALIZARSE EL CRIBADO DE CÁNCER COLO-RECTAL EN EL CS BERDÚN.

Primer autor: *Ana Carmen Giménez Baratech. Centro De Salud Berdún*

Coautores: *María Lourdes Ascaso Castán, Teresa Garcés Romeo, Ana María Arnal Barrio, Francisco Javier Fuentes Arnaldos*

Resumen:

Objetivo: En el 2017 el SALUD ofertó el programa para el cribado de cáncer colo-rectal (CCR). Dada la posible ganancia en salud, con la realización del sencillo test de sangre oculta en heces (SOH) en la población diana (adultos entre 60 y 70 años), desde el CS Berdún nos propusimos aumentar la respuesta a este servicio mediante la captación activa.

Método: Elaboración de un listado de los pacientes incluidos en el programa de CCR, que no han respondido a la carta enviada por el SALUD. Captación activa de dichos pacientes por teléfono y mediante citación a la consulta. Registro de las causas de la no realización del test de SOH. Evaluación de los resultados obtenidos. Elaboración de una hoja informativa sobre prevención de CCR y una encuesta, para los pacientes que sean diagnosticados de alguna lesión.

Resultados: La población diana del cribado de CCR en Berdún fue de 145 usuarios, de los que 102 (70,34 %) se realizaron el test tras recibir la citación por carta, 9 no fueron localizados, en 8 no procedía por su patología previa y 26 usuarios expresaron su negativa Se realizó la captación activa de estos últimos, consiguiendo que 10 (38,46 %) accedieran a realizarse el test, tras 1 ó 2 entrevistas. Se obtuvieron del total 15 muestras con SOH+ (14,70%) a los que se les realizó colonoscopia diagnosticándose: 2 adenocarcinomas, 1 de ellos tras captación activa. 3 pacientes con lesiones de alto riesgo, 1 de ellos tras captación activa. 8 pacientes con lesiones de riesgo bajo o intermedio. 2 pacientes con divertículos y hemorroides internas. Tras la explicación de hábitos saludables y nocivos y señales de alarma a los 15 pacientes que presentaron alguna lesión., se les realizó una encuesta de conocimientos a los 6 meses.

Conclusiones y lecciones aprendidas: Si bien el porcentaje de la población diana que se realizó el test ya fue inicialmente buena alcanzando un 70,34%, superior a la captación esperada que se cifra entre un 35 y un 60%, tras la captación activa logramos alcanzar un 77,24%, lo que supone una respuesta muy positiva. La ganancia en salud tras la captación activa de los usuarios con negativa a realizarla ha sido muy satisfactoria al haberse diagnosticado entre estos últimos un adenocarcinoma en fase precoz y 1 paciente con lesiones de alto riesgo. La entrevista personalizada es una forma eficaz de conseguir un cambio de actitud ante la negativa a realizarse una prueba diagnóstica. En este grupo etario es difícil el cambio de hábitos no saludables.

C064/18: IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA DE CIRUGÍA MENOR EN UN CENTRO DE SALUD RURAL.

Primer autor: *María Luisa Huertas Bados. Centro De Salud Sabiñán*

Coautores: *Joaquín Merino Laborda, Dolores Jaso Grau, Yolanda Naya Mateu, Issa Jabbour Neemi, Lourdes Vicioso Elipe*

Resumen:

Objetivo: Se busca normalizar y mejorar los registros relacionados con la actividad de cirugía menor que se realizaba en el centro. Así mismo se busca conocer el grado de aceptación por la población de esta consulta.

Método: Se implantó una agenda específica en OMI y se mejoró tanto la recogida del consentimiento informado previo como la especificación de datos demográficos, lesiones y técnica empleada, mediante el diseño de una hoja de recogida de datos. Se diseñó una encuesta de satisfacción para ser entregada y cumplimentada por los usuarios tras la realización de la intervención. Se diseñaron indicadores: Número de pacientes incluido en el programa de cirugía menor en cuya HC, figure consentimiento informado Porcentaje de pacientes incluido en el programa de cirugía menor en cuya HC y dentro del protocolo, figura en número de lesiones resecadas y su localización. Satisfacción. Porcentaje de pacientes incluido en el programa de cirugía menor que reflejan estar satisfechos con el proceso

Resultados: Durante el año 2017, se han realizado un total de 28 intervenciones, en todos los casos se ha cumplimentado la hoja de recogida de datos, consta consentimiento informado y se ha entregado encuesta para su cumplimentación de forma anónima. En 26 casos esa encuesta ha sido entregada y cumplimentada por los pacientes. El análisis previo sobre los resultados de la encuesta de satisfacción, reflejan una muy buena aceptación del programa.El tiempo que pasó desde que fué la primera vez a su médico con el problema hasta que se lo han resuelto ¿le ha parecido? Muy rápido 69,23% Las explicaciones que le dió el médico que le atendió sobre lo que le iban a hacer ¿le han parecido? Adecuadas 100% La limpieza e higiene de la sala e instalaciones ¿le ha parecido? Buena 53,85% Muy buena 46,15% Como cree en general que le han atendido en relación a su problema? Muy bién 88,46% Bien 11,54% En caso de presentar un problema similar: Acudiría al mismo sitio 100%

Conclusiones: Tras llevar un año de implantación de este sistema de recogida de datos y control de las actividades realizadas, se ha objetivado una mejora en las satisfacción de los usuarios que valoran muy positivamente la accesibilidad a esta unidad, así como el trato recibido. Con los datos obtenidos, debemos realizar una análisis más completo para comprobar la utilidad del programa no solo en la eliminación de lesiones benignas, si no de aquellas con componente de malignidad que gracias al programa son detectadas con mayor premura.

C068/18: REVISIÓN Y MEJORA DE LA PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA EN UN CENTRO DE SALUD RURAL. BASES PARA EL CAMBIO.

Primer autor: *José Manuel Cucalón Arenal. Centro De Salud Alfajarín*

Coautores: *Teresa Lorente Ortilles, Aurelio García Lobera, Mª Jesús Pérez Aranda, Mª Antonia Gracia, Eva Navarro Serrano, Mª Teresa Gimeno Abad, Carmen Labarta*

Resumen:

Revisión y mejora de la prescripción antibiótica en un centro de salud rural. Bases para el cambio. La utilización inadecuada de antibióticos (AB) conlleva un aumento progresivo de las resistencias de los microorganismos a los fármacos existentes, facilita la aparición de un mayor número de efectos indeseables e incrementa el gasto farmacéutico. Se hace necesaria una revisión de nuestro perfil prescriptivo y mejorarlo.

Objetivos: Disminución del Nº de envases y la DDD de antibióticos a través de : Mejorar/Optimizar el perfil prescriptivo de AB, Consensuar entre los profesionales los AB de primera elección en los procesos infecciosos más frecuentes , Elaboración de un prontuario con las principales tablas de uso de AB según patología, Concienciar a la población sobre el uso correcto de AB, Mejorar la formación en antibioterapia a los integrantes del EAP y Fomentar el trabajo en equipo. Se realizará monitorización de los siguientes indicadores: Porcentaje de penicilinas / total de AB, DDD ciprofloxacino/ total Quinolonas , Amoxicilina y Penicilina benzatina /Amoxicilina-clavulánico, Cefalosporinas 3º generación / total de cefalosporinas. Estos objetivos deberán cumplirse en la comparativa de los datos de prescripción interanual 2016-2017.

Método: Para conseguir estos objetivos nos proponemos 3 acciones diferentes : 1. Establecer la confección de un prontuario de algoritmos de actuación de cada patología elegida. 2. Establecer sesiones clínicas entre los facultativos. 3. Establecer sesiones informativas y publicidad para conciencia e informar a la población de la importancia de un uso racional.

Resultados: enero –noviembre 2016: %DDD EAP ALFAJARIN: 28,36, %DDD SECTOR 1: 19,96, %DDD PEDIATRIA ALFAJARIN: 16,13, %DDD PEDIATRIA SECTOR 1: 13,18 Enero-Noviembre 2017 %DDD ALFAJARIN: 22,57, %DDD SECTOR 1: 18,70, %PEDIATRIA ALFAJARIN: 12,40, %PEDIATRIA SECTOR 1: 12,25. • Mejora EAP Alfajarín de 2016 a 2017: 5, 79. • Mejora pediatría Alfajarin de 2016 a 2017: 3,73. • Por CIAS Medicina General: todos los CIAS ha mejorado su perfil con una media de 30,39

• Suma DDD 2016: 82.545, Suma DDD 2017: 65.881• Diferencia de DDD interanual: 16.664 DDD menos. • Nº envases 2016: 6.943, Nº envases 2017: 5.768, Diferencia interanual: 1.650 envases menos en el 2017

Conclusiones: Se ha cumplido el objetivo de mejorar la prescripción de antibióticos en los facultativos del CS, tanto por CIAS, por DDD y nº de envases de todos los grupos de antiinfecciosos. Se ha editado el protocolo y se ha informado a la población.

C137/18: PROYECTO DE ECOGRAFIA CLINICA BASICA EN ATENCION PRIMARIA: BUSCANDO LA CONCORDANCIA.

Primer autor: *José María Castillo Olivera. Centro de Salud Pirineos.*

Coautores: *Ana Isabel Aller Blanco, Sergio Naya Atares, Maveli Asensio Gracia, Antonio Castillón Fantova, María Teresa Rosico Ramón, Ángel García Calvo.*

Resumen:

Objetivo: Análisis y evaluación de la utilidad de la introducción de la ecografía en Atención Primaria.

Método/ Actividades Realizadas:

1. Se propone realizar ecografías de CASOS que soliciten los médicos participantes, en los que se haya recibido el informe del radiólogo. Todas las ecografías se realizarán con Consentimiento Informado del paciente.
2. Posteriormente se comparará el diagnóstico (Normal, Patológico) del radiólogo con el emitido por el médico de familia a para realizar un estudio de concordancia.

Resultados: Se han realizado a lo largo del año 2017 dos sesiones una teórica y otra práctica sobre el ABC de la ecografía abdominal, impartidas por el responsable del proyecto. Durante el año 2017 se han hecho ecografías a 68 pacientes. El número de ecografías por órganos han sido de 201, correspondientes a: el hombro (supraespinoso), tiroides, aorta, hígado, vesícula, riñón y vejiga de las cuales en AP se han detectado 53 patológicas. No se ha valorado el diagnóstico. El grado de concordancia en diciembre de 2017 de las 201 ecografías valoradas (Normal, Patológica), tanto en AP como por RX ha sido bueno (kappa 0,77), lo que indica un grado de acuerdo muy aceptable en esta primera valoración en cuanto a distinguir una eco normal de patológica en los órganos antes nombrados. No se ha medido la satisfacción del paciente aunque no hubo negativas si era necesario que repetir la ecografía.

Conclusiones/Lecciones Aprendidas: El porcentaje de hallazgos patológicos en ecografía y la buena concordancia entre Atención Primaria y Radiología sugiere que la disponibilidad de la información diagnóstica ecográfica puede mejorar la atención a los pacientes de un modo eficiente. En una continuación de este proyecto se trataría de relacionar los eventuales resultados clínicos para el paciente con la utilidad clínica de esta técnica diagnóstica.

C145/18: ¿ES POSIBLE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA?.

Primer autor: *María del Mar Juste Seral. Centro de Salud Alhama de Aragón*

Coautores: *José Codes Gómez, M.ª Ascensión Alonso Benedí, Sonia de la Fuente Meira, Luis Tabuenca Ferrer, Ana Cristina Gálvez Villanueva, Margarita Bueno Blanco,*

Resumen:

Objetivo: Analizar la actividad de una consulta monográfica de cirugía menor en el Sector de Calatayud.

Método: La cirugía menor (CM) comprende aquellos procedimientos quirúrgicos sencillos y de corta duración, realizados sobre los tejidos superficiales fácilmente accesibles, bajo anestesia local y con escasas complicaciones posquirúrgicas destacables. En septiembre de 2017, impulsada desde la Dirección de Atención Primaria, se puso en marcha una consulta monográfica en los Centros de Salud de Alhama de Aragón y Calatayud dirigida por una Médico de Familia y una enfermera en horario de tardes una vez/semana. Se analiza la actividad realizada en los 25 días de funcionamiento (75 horas) de dichas consultas desde septiembre de 2017 a 30 de abril del corriente. Las variables analizadas son: Sociodemográficas: edad y sexo. Localización de las lesiones: cabeza, cuello, espalda, extremidad superior, extremidad inferior. Tipo de intervención realizada: Crioterapia, drenaje, electrocirugia, escisión lesión superficial, escisión tagencial. Diagnóstico clínico: ca. basocelular, fibromas, lipoma, nevus melanocítico, queratosis actínica, queratosis seborreica, quiste epidérmico, verruga vulgar. Derivaciones: Dermatología, cirugía, otras. Complicaciones: Queloide, deshiciencia sutura, infección. Los registros se extrajeron del protocolo de CM de OMI-AP.

Resultados: Se han intervenido 152 pacientes con una edad media de 52,5 años, rango 12 - 88 años; el 61,8% han sido mujeres. La localización más frecuente de la lesiones ha sido: cabeza (40,1%) y cuello (14,5%). Los diagnósticos clínicos, según protocolo, más frecuentes registrados: fibromas (25%), nevus melanocíticos (20,4%), verrugas vulgares(15,8%) y queratosis seborreicas (13,2%) El procedimiento más utilizado fue la escisión lesión superficial (30,9%), seguida por la crioterapia (27%) y la electrocirugía (21,1%). Se derivaron a 16 pacientes (10,5%), 10 a dermatología, 5 a cirugía y 1 a traumatología. Las complicaciones (2,6%) fueron mínimas, fundamentalmente infección de la herida.

Conclusiones: Las consultas monográficas de CM son posibles en AP ya que se abordan lesiones que son muy comunes en la práctica diaria del médico, y con una buena formación, se puede adquirir la destreza adecuada para su realización. Tratar estos casos y otros de mayor complejidad en el centro de salud, proporcionan una mayor capacidad resolutiva al profesional, y al paciente, al evitar la derivación, mayor satisfacción.

C149/18: INFLUENCIA DEL FARMACO Y LA DOSIS EN LA APARICION DE EVENTOS HEMORRAGICOS CON ANTICOAGULANTES ORALES.

Primer autor: *Amalia Gasso Sánchez. Hospital Universitario Miguel Servet*

Coautores: *José Manuel Real Campaña, Pilar Oler Martínez, Itziar Larrode Leciñena,*

Resumen:

Objetivos: Evaluar la influencia del tipo de anticoagulante oral y la dosis del fármaco en la aparición de eventos hemorrágicos

Material Y Métodos: Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes tratados con anticoagulantes orales en el sector II de Zaragoza durante el segundo semestre de 2015.Se registraron todos los eventos adversos hemorrágicos, así como el fármaco pautado y la dosis.

Resultados: De los 9523 pacientes tratados con anticoagulantes orales, 3,1% (299) pacientes sufrieron algún evento hemorrágico destacando que el 19,4% (47) de estos tuvieron más de un evento hemorrágico, sumando 371 casos hemorrágicos. Con respecto a la dosis diaria total, los pacientes con Rivaroxaban un 5,7% tomaban 10 mg, un 37,5% 15 mg y 55,4% 20 mg y en el caso de Apixaban un 52,5% 5 mg y un 47,1% 10 mg diarios. Por último, los pacientes con Dabigatran un 2,9% tenían prescrito 150 mg diarios 60,8% 220 mg y 35,8% 300 mg. Dentro del subgrupo con evento; de los pacientes tratados con Rivaroxaban 27,3% tomaban una dosis total diaria de 15 mg y un 72,2% de 20 mg, con Apixaban un 12,5% tomaban 5 mg, 75% 10 mg y con Dabigatran 15,8% 300 mg 5,3% 150 mg por ajuste renal y 78,9% 220 mg. Esto supone que un 8,9% (33) tomaban NACOS dosis altas y 7% (26) NACOS dosis bajas. De media la aparición de hemorragias en el grupo de tratamiento del AVK es 4,1% y en el grupo en tratamiento con NACOS es 3,0% (p=0,014). Al diferenciar por intensidad de dosis, se observó que las dosis bajas/intermedias presentan menor tasa de casos (p<0,01) respecto a AVK y dosis altas de NACOS. Se halló asociación entre la probabilidad de aparición de un evento hemorrágico y el Apixaban de 2,5 mg. Este tiene menos riesgo de no tener un evento respecto al Accenocumarol (OR= 0,1 IC=0,014-0,71). Con el resto de dosis no se halló significación estadística.

Conclusiones: Según los resultados mostrados se producen más eventos en pacientes tratados con AVK aunque también hay más pacientes tratados con AVK por ello haría falta analizar el riesgo hemorrágico de estos pacientes y el riesgo hemorrágico total de los pacientes sin evento para obtener conclusiones definitivas. Además el Apixaban de 2,5 mg ha demostrado ser un factor protector. En cualquier caso, estos resultados deben ser analizados con prudencia debido a que los IC son muy amplios por el escaso número de pacientes disponible para algunas dosis

C171/18: MEJORA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE HIPERTENSO. IMPLANTACIÓN MAPA EN CS BARBASTRO.

Primer Autor: *Elisa Torres Clemente, Centro de Salud Barbastro*

Coautores: *Rosa Puertolas Mayayo, Itziar Ortega Castrillo, Santiago Acín García, Mª Dolores Buera Broto, Mª Concepción Pueyo García, Carrodilla Badia Playan, Alicia Gracia Montoliu*

Resumen:

La presión arterial (PA), es una variable biológica que experimenta fluctuaciones a lo largo de las 24 horas dependiendo del período de actividad/descanso, lo que se conoce como el ritmo circadiano. La MAPA ha demostrado ser mejor predictor de morbimortalidad cardiovascular versus mediciones clínicas y AMPA. sociedades científicas incluyen a la MAPA en la evaluación y manejo del paciente hipertenso (NICE, 2011; Hermida RC, 2013; O'Brien E, 2013; Hackam DG, 2013).

Objetivo: Implantación de la exploración MAPA en nuestro centro de salud para mejorar el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con hipertensión arterial. Evitar tener que derivar al hospital para realizar la MAPA. Mejorar la capacidad de resolución de atención primaria.

Métodos: Organización de consulta especifica. Flujograma y designar responsables. Realización de protocolo consensuado para la priorización de pacientes y acciones posteriores. Formación de los profesionales para la colocación e interpretación de los resultados. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % de profesionales del EAP que derivan pacientes. % de pacientes derivados que no se ajustan a protocolo. Indicadores clínicos: % pacientes con diferencias entre PA diurna y nocturna % pacientes con fenómeno bata blanca. % pacientes que requieran cambio de tratamiento.

Resultados: Se ha realizado un flujograma de la consulta: indicación de la MAPA, petición vinculada a episodio HTA OMI, actividades de la consulta enfermería, realización e interpretación de la MAPA y designar responsables. Se ha consensuado las indicaciones para la realización de la MAPA. Hoja Instrucciones al Paciente. Agenda específica MAPA. Sesiones de formación en el Centro de Salud de Barbastro. Sesiones en otros dos Centros. Información al EAP organización de la consulta. INDICADORES: % de profesionales que han derivado pacientes para MAPA: 12/16=75%. El 83% de los MAPA son patológicos. El 10,42% fenomeno de bata blanca. El 45,83% son NO DIPPER.El 12,50% DIPPER extremo. El 6,25% RISSER. En el 83% hubo modificaciones en el tratamiento.

Conclusiones: La MAPA es una exploración muy útil para el diagnóstico, seguimiento y toma de decisiones terapéuticas en el paciente hipertenso. Un porcentaje muy alto de los pacientes explorados tenían un mal control de la PA y ritmo circadiano alterado. La incorporación de la MAPA en la práctica clínica mejora el pronóstico de los pacientes hipertensos. 5.-PALABRAS CLAVEHIPERTENSIÓN, MONITORIZACIÓN, ATENCION PRIMARIA.

C201/18: NIVELES DE VITAMINA D EN PACIENTES CON 75 AÑOS O MÁS EN UN CENTRO DE SALUD URBANO DE ZARAGOZA (ESPAÑA).

Primer Autor: *Carolina Ardiaca Sanchez-Villacañas*

Coautores: *Raquel Lavedán Santamaría, Arturo Aliaga Guillén, Blanca Irene Rafales Perucha, Bárbara Pérez Moreno, Marta López Machado, Miguel Navasal Cortés y Laura Rejas Morras.*

Resumen:

El déficit de vitamina D es frecuente entre las personas mayores de 75 años. Este déficit está asociado con un incremento de morbi-mortalidad por varias causas. Sin embargo, no es una determinación habitual y se desconoce cuáles son las variables asociadas a la determinación de niveles de vitamina D, el diagnóstico de su deficiencia, la pauta terapéutica más utilizada, el plan de seguimiento realizado o las variables asociadas a todas estas cuestiones.

Objetivo: Conocer y mejorar el manejo de los niveles de vitamina D de los pacientes mayores atendidos en nuestra zona de salud.Objetivos específicos:1) Describir la frecuencia de solicitud de vitamina D en los pacientes ancianos y su relación con los factores de riesgo para presentar deficiencia.2) Conocer la prevalencia de deficiencia de vitamina D en los pacientes ancianos a los que se haya solicitado su determinación y las variables asociadas al problema.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Fuente de datos: historias clínicas informatizadas. Población: pacientes con 75 ó más años, zona de salud Delicias Norte, con al menos una visita entre el 1-7-2016 y el 1-7-2017, sin diagnóstico de enfermedad en fase terminal (desde 1-1-2017). El tamaño muestral (p=q=0,5, error 5% y 95% confianza) es de 553. Muestreo sistemático (1de cada 5 pacientes de cada uno de los cupos médicos que dieron su consentimiento para la revisión: 14 de 15). Las variables independientes fueron definidas explícitamente por el equipo investigador: cuantitativas, expresadas mediante mediana y moda (ordinales) o media y desviación típica (contínuas) y cualitativas dicotómicas o categóricas: número y porcentaje.

Resultados: No constaba determinación de vitamina D en 450 de los 553 pacientes revisados (81,4%). En 71 de los 103 (69%) los niveles eran <30mg/dl, constando diagnóstico de deficiencia/insuficiencia en 40 (56,34%), llevando tratamiento suplementario 52 (73%). No existían diferencias entre la determinación y las diferentes situaciones clínicas estudiadas (osteoporosis, fracturas centinela, obesidad, malabsorción, insuficiencia hepática, insuficiencia renal crónica, antiepilépticos).

Conclusiones Sólo uno de cada cinco pacientes tenía determinados niveles de vitaminaD. En siete de cada diez eran bajos, constando el diagnóstico en la mitad, tratados.Estos datos confirman la pertinencia del estudio y la necesidad de aplicar medidas correctoras. El pequeño tamaño muestral imposibilita el estudio estadístico de las difentes variables implicadadas.

COMUNICACIONES MESA 10

CÓDIGO	Título Comunicación	Nombre	Centro	Mesa	Día
C033/18	ATENCIÓN MÉDICA BASADA EN VALOR EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	Eduardo Parra Moncasi	Hospital Universitario Miguel Servet	10	13
C038/18	CREACIÓN DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA DE OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA EN ATENCIÓN SECUNDARIA	Teresa Pérez Roche	Hospital Ernest Lluch Martín	10	13
C053/18	REVISIÓN DE ERRORES EN LA IMPLANTACIÓN DE LENTES INTRAOCULARES.	Teresa Pérez Roche	Hospital Ernest Lluch Martín	10	13
C057/18	CRIBADO DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS CRÍTICAS EN EL PERIODO NEONATAL.	Mª Isabel Martínez Benedí	Hospital Ernest Lluch	10	13
C111/18	EVALUACIÓN DE LA ANALGESIA UTILIZADA PARA EL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO EN LA ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA	José Félix Martínez Juste	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa	10	13
C141/18	MEJORA EN LA CALIDAD DE LOS TRATAMIENTOS CON RADIOTERAPIA EN NIÑOS.	Cristina García Aguilera	Hospital Universitario Miguel Servet	10	13
C143/18	EVALUACIÓN DE CALIDAD PERCIBIDA POR LOS PACIENTES, PREVIO Y TRAS ELABORACIÓN DE UN TRÍPTICO INFORMATIVO, EN NEUMOLOGÍA	Sara Gómara De La Cal	Hospital Universitario Miguel Servet	10	13
C158/18	REVISIÓN PERIÓDICA DE TRATAMIENTOS EN RADIOTERAPIA EXTERNA	David Carlos Villa Gazulla	Hospital Universitario Miguel Servet	10	13

C033/18: ATENCIÓN MÉDICA BASADA EN VALOR EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.

Primer autor: *Eduardo Parra Moncasi. Hospital Universitario Miguel Servet*

***Coautores**: Wouter R Verberne, Zofia Das-Gupta, Willem Jan W Bos,*

Resumen:

Objetivo: La atención médica basada en valor es el resultado, desde la perspectiva de los pacientes, en relación al coste. Sin embargo, no existe consenso sobre éstos resultados en la Enfermedad Renal Crónica (ERC). El Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) los identifica, como ya ha hecho en otros procesos, y establece una base de datos para su registro. Este trabajo describe el proceso de determinación de indicadores de resultado en la ERC.

Método: Estudio promovido y financiado por el ICHOM. Un Grupo de Trabajo (GT) multidisciplinar e internacional (22 miembros en 9 países), utilizó la metodología estandarizada de otros grupos ICHOM: definición de criterios para la inclusión de variables; análisis de la literatura; delimitación del foco; priorización de los ámbitos de resultado; selección de variables; priorización de comorbilidades (orientadas a su ajuste); selección de comorbilidades. La priorización y selección utilizó una metodología Delphi (consenso > 70%, puntuación 7-9, escala Likert de 9 puntos). Se realizó una aportación estructurada externa al GT de pacientes y profesionales.

Resultado: El GT seleccionó como población objetivo a pacientes con elevado riesgo de progresión de ERC (estadios G3a/A3 y G3b/A2 – G5, clasificación Improving Global Outcomes, KDIGO); pacientes en tratamiento renal sustitutivo (TRS) con hemodiálisis (HD), diálisis peritoneal (DP) y trasplante renal (TR); y pacientes en tratamiento conservador (TC). La aportación externa incluyó 70 profesionales y 358 pacientes. Se identificaron cuatro ámbitos con sus respectivos resultados: - Supervivencia: supervivencia global y causa de muerte.- Carga de enfermedad: hospitalización y eventos cardiovasculares (infarto agudo de miocardio, accidente cerebro vascular y amputación).- Resultados comunicados por el paciente: cuestionario general de calidad de vida, dolor, fatiga, capacidad física, depresión y actividad diaria. Los cuestionarios recomendados fueron: 36-Item Short Form Health Survey (SF-36), RAND-36, y el Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS)-Global Health y PROMIS-29. - Resultados específicos de la modalidad de tratamiento: en TC, HD, DP y TR.

Conclusiones: El estudio ofrece una recomendación consensuada, legitimada y transparente de variables de resultado en la ERC que puede ser utilizada por instituciones como referencia para monitorizar, comparar y mejorar el valor de los servicios prestados. Esta estrategia de mejora puede emplearse en otros procesos contemplados por el ICHOM.

C038/18: CREACIÓN DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA DE OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA EN ATENCIÓN SECUNDARIA.

Primer autor: *Teresa Pérez Roche. Hospital Ernest Lluch Martín*

Coautores: *Victoria Pueyo Royo, Esther Prieto Calvo, Olimpia Castillo Castejón, Juan Pinilla Borobia, Inmaculada González Viejo*

Resumen:

Objetivos: Mejorar la atención oftalmológica a los pacientes pediátricos de los sectores sanitarios I y II de Zaragoza, dependientes del Hospital Infantil Miguel Servet. Acortar el tiempo de espera para primeras visitas y revisiones oftalmológicas en los niños. Procurar una atención oftalmológica homogénea en los niños mediante el establecimiento de protocolos.

Método: Establecimiento de una consulta de oftalmología para niños en atención intermedia, en los centros médicos de especialidades (CME) atendida por oftalmólogos habituados a la práctica clínica pediátrica. Se concretaron los criterios de derivación desde atención primaria, que fueron presentados en reuniones con pediatras. Los oftalmólogos diseñaron protocolos de las patologías más frecuentes para disminuir la variabilidad clínica. Se contó con la colaboración activa del personal de citaciones de los CME. Programación: El sistema OMI implementó un volante de derivación incluyendo criterios específicos a completar por parte del pediatra. Se inició la consulta de oftalmología pediátrica en el CME de San José en febrero de 2016, ocupando una mañana a la semana en la atención a niños, con un promedio de 18-20 pacientes citados. En septiembre de 2016 comenzó la consulta en Ramón y Cajal y en el primer trimestre de 2017 en Grande Covián. A todos los pacientes atendidos como primera visita se les realizó un primer informe clínico, accesible en intranet. Se registraron los pacientes atendidos y su destino. Durante los primeros meses de implantación de la consulta se realizó una encuesta de satisfacción a los padres.

Resultados: El tiempo medio de espera para primeras visitas pediátricas antes de 2016 era de 231 días en el CME San José y de 275 días en Ramón y Cajal. Después de la implantación de la consulta el tiempo de espera se redujo a 25 días en San José y a 160 días en Ramón y Cajal. Las altas directas tuvieron un promedio del 29%, las derivaciones al hospital fueron un 4%, las revisiones en el CME supusieron un 45%. El porcentaje de pacientes citados y no presentados fue un 16%.

Conclusiones: La gestión por procesos logró los objetivos previstos en cuanto a la reducción de la lista de espera para primeras visitas y mejoría de la atención oftalmológica a la población pediátrica. El grado de satisfacción de los usuarios fue alto. Quedan pendientes la mejora del sistema de citaciones, el volante digital en OMI y el ajuste de las agendas para lograr reducir la demora en revisiones.

C053/18: REVISIÓN DE ERRORES EN LA IMPLANTACIÓN DE LENTES INTRAOCULARES.

Primer autor: *Teresa Pérez Roche. Hospital Ernest Lluch Martín*

Coautores: *Silvia Díaz Peiró, Melissa Mogollón Daza, Irene Blanco Domínguez, Laura Molías Quílez, María Luisa Ramo Ortiz, María Pilar Teresa Anía Tardío,*

Resumen:

Objetivos: Determinar la frecuencia de errores en la implantación de la graduación de las lentes intraoculares (LIO) en nuestro medio debidos a fallos humanos evitables. Análisis la naturaleza y repercusión de los fallos encontrados. Análisis del resultado refractivo en los pacientes intervenidos de cataratas.

Método: Se llevó a cabo una revisión descriptiva de historias clínicas de los años 2013, 2014 y 2015. En un muestreo por conglomerados, se analizaron todos los pacientes operados de cataratas con implante de lente intraocular en los meses de septiembre de los años a estudio. Se recogieron los datos relativos a la LIO prevista antes de la intervención, con el consiguiente resultado refractivo esperado y los datos de la LIO implantada con la refracción real postquirúrgica.

Resultados: Después del análisis de 100 historias se encontró un fallo en la LIO implantada. Tuvo como consecuencia una diferencia refractiva de 3 dioptrías de miopía respecto a la lente prevista. Ante el resultado se indicó intervención del ojo contralateral para igualar la refracción al operado en primer lugar. Posiblemente se debió a un fallo al seleccionar la lente y llevarla hasta el quirófano ya que la legibilidad de la historia clínica y los datos preoperatorios fueron correctos. La refracción postquirúrgica de los pacientes operados de cataratas se registró en 90 pacientes arrojando una media de -0.52 dioptrías con un rango de -3.00 a +0.75 dioptrías.

Conclusiones: A pesar de lo limitado de nuestra serie constatamos la existencia de errores debidos a fallo humano en la implantación del tipo de LIO, aunque la frecuencia real no puede ser establecida. Los resultados refractivos habituales son buenos, acordes con lo esperado. Lecciones aprendidas: Se hace necesaria la realización de una lista de comprobación doble (checklist) dentro del quirófano para evitar en lo posible los fallos de este tipo.

C057/18: CRIBADO DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS CRÍTICAS EN EL PERIODO NEONATAL.

Primer autor: *Mª Isabel Martínez Benedí. Hospital Ernest Lluch Martín*

Coautores: *Beatriz Romera Santa Bárbara, Santiago Gallego Vela, Jesús Parra Formento, Miguel Lafuente Hidalgo, Carla Martínez Andaluz*

Resumen:

Las cardiopatía congénitas críticas son una patología muy grave que afecta a los recién nacidos, y que precisa un diagnóstico precoz, que permita iniciar tratamiento en las primeras horas de vida, y evitar el fallecimiento de los recién nacidos.

Objetivos Del Proyecto: Consiste en detectar aquellos RN asintomáticos, con cardiopatías congénitas crítica no detectada en diagnóstico prenatal y que se beneficiarán de un diagnóstico y tratamiento precoz.

Método: Monitorización de la saturación de oxígeno preductal y postductal por pulsioximetría entorno a las 24 horas de vida de todos los RN de la Unidad. Hay algoritmo para valorar es resultado negativo o positivo.

Indicadores:
1.- Número de RN a los que se realiza la toma de pulsioximetría/número total de RN vivos.
2.- Número de RN con prueba positiva/número total de RN vivos.
3.- Número de RN con cardiopatía confirmada posteriormente por ecocardiografía/número de RN con prueba positiva.

Conclusión: Este cribado se ha demostrado ser un método eficaz, no invasivo y de bajo coste, además de bien tolerado, para detectar a RN asintomáticos y afectos de dichas cardiopatías en las primeras horas después del nacimiento, antes de que de sintomatología en el RN. La incidencia de formas moderadas - graves de cardiopatías congénitas es de 6/1000 recién nacidos vivos. Y de defectos cardiacos congénitos críticos es de 2.3/1000 RN vivos de los cuales un 30% se diagnostican tardíamente. Sólo con la exploración clínica no se detecta hasta un 20-30% de ellos. Y los soplos no siempre están presentes. La clínica suele aparecer entre los 7-30 días de vida produciendo insuficiencia cardiaca y el fallecimiento del neonato si no se detecta y no se trata a tiempo. La combinación de eco prenatal cardiaca y exploración física al nacimiento puede dejar sin diagnosticar hasta un 20% de las cardiopatías congénitas. En nuestro hospital se ha implantado este protocolo desde mayo de 2018 por lo que no tenemos estadística de este proyecto. Pero en una revisión sistemática realizada en hospitales españoles en 2012 se ha visto que la detección por pulsioximetría tiene una sensibilidad de 76.75% con una especificidad del 99.9% en la detección de cardiopatías. Con este protocolo es casi improbable que se escape un caso de cardiopatía en un RN y que no se haya detectado en el embarazo. Así mismo los casos que se detecten que beneficiarán de un diagnóstico y tratamiento precoz.

C111/18: EVALUACIÓN DE LA ANALGESIA UTILIZADA PARA EL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO EN LA ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA.

Primer autor: *José Félix Martínez Juste. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

Coautores: *Jara Altemir Trallero*

Resumen:

Objetivos: Evaluar la analgesia utilizada en el Hospital Clínico para controlar el Dolor Agudo Postoperatorio (DAP) tras la Artroplastia Total de Rodilla (ATR). Valorar si el Bloqueo del Nervio Femoral (BNF) para controlar el DAP disminuye el consumo de opiáceos. Valorar la eficacia al asociar Dexametasona al anestésico local en el BNF.

Material: Estudio con 120 pacientes intervenidos de ATR agrupados en tres categorías según la opción analgésica aplicada; dexketoprofeno y tramadol endovenosos, dexketoprofeno endovenoso y BNF con anestésico local, y dexketoprofeno endovenoso y BNF con anestésico local y dexametasona. Se registraron los valores de la escala EVA del dolor a las 6, 12 y 24 horas tras ATR con la rodilla en reposo y en movimiento. En los casos en que el valor EVA superaba a 3 se administraba Oxicodona oral de rescate. Se registró el consumo de opioides y sus efectos secundarios como depresión respiratoria, naúseas o vómitos.

Resultados: Los pacientes tratados con analgesia endovenosa registraron valores de EVA más altos a las 6, 12 y 24 horas tras ATR tanto en reposo como en movimiento y necesitaron más rescates con Oxicodona oral comparados con los pacientes tratados con BNF. Además este grupo de pacientes presentó más naúseas, vómitos y necesidad de oxígeno suplementario que los tratados con BNF. Los valores en la escala EVA fueron menores a las 6 y a las 12 horas de la ATR, así como los rescates de oxicodona, en el grupo tratado mediante BNF con anestésico local y dexametasona comparado con los pacientes tratados mediante BNF con anestésico local.

Conclusiones: El BNF guiado por ecografía consigue mayor control del DAP en la ATR que el tratamiento con tramadol endovenoso, disminuyendo los valores de EVA tanto en reposo como en movimiento en las primeras 24 horas postoperatorias.
- El BNF tras la ATR disminuye el consumo de opioides como la oxicodona comparado con el tratamiento con tramadol reduciendo así la incidencia de efectos secundarios como naúseas, vómitos o depresion respiratoria.
- La utilización de dexametasona junto con el anestésico local al realizar el BNF mejora el control del dolor durante las primeras 12, y disminuye el consumo de opioides en las primeras 6 horas tras ATR comparado con el uso únicamente de anestésico.
- Elaborar un protocolo para el uso del BNF como analgesia postoperatoria en los pacientes intervenidos de ATR conseguiría mejor control del DAP disminuyendo las complicaciones asociadas al uso de opioides endovenosos.

C141/18: MEJORA EN LA CALIDAD DE LOS TRATAMIENTOS CON RADIOTERAPIA EN NIÑOS.

Primer autor: *Cristina García Aguilera. Hospital Ernest Lluch Martin*

Coautores: *Anabela Miranda Burgos, J. Guadalupe Molina Osorio, Cecilia Escuín Troncho, María Mar Puertas Valiño, Reyes Ibáñez Carreras, Martín Tejedor Gutiérrez,*

Resumen:

El cáncer es una enfermedad relativamente infrecuente en la infancia. España se sitúa en el contexto europeo occidental, en cifras de 900 nuevos diagnósticos anuales entre los 0 y los 14 años. En la mayoría de los tumores sólidos infantiles, el tratamiento multimodal asocia cirugía y radioterapia para el control local del tumor, y quimioterapia para erradicar la enfermedad sistémica. La aplicación de radioterapia en la infancia requiere de especial atención debido a sus potenciales efectos sobre tejidos en crecimiento y desarrollo, y riesgo de segundos tumores a largo plazo. Durante nuestros tratamientos nos ayudamos de sistemas de inmovilización que aumentan precisión y minimizan toxicidad. En ocasiones, debido a la incomodidad de estos y necesidad de colaboración, difícil según edad del paciente, resulta necesario la utilización de anestesia para garantizar la reproductibilidad de los tratamientos.

Objetivo: Mostrar las mejoras en calidad que hemos introducido en la práctica diaria en nuestro servicio en el tratamiento radioterápico de los niños. Con la finalidad de evitar dicha anestesia y sus efectos secundarios, sin perder exactitud y eficacia, se ha planteado el empleo de distintas opciones que nos permitan irradiar con el paciente despierto. Inicialmente, comenzamos a ayudarnos de música, cuenta cuentos y más recientemente de la visualización de cine (proyección de películas infantiles) durante cada sesión de radioterapia.

Material Y Métodos: Contamos en el interior del acelerador con un DVD portátil, donado por nuestros compañeros del servicio, conectado a un proyector sobre un brazo articulado que nos permite visualizar las imágenes en el techo del búnker. Además, en los casos en los que se requiere de inmovilización con máscaras termoplásticas, las adaptamos para mejorar la confortabilidad de los niños.

Resultados: La disminución del uso de anestesia durante nuestros tratamientos se traduce en una mejora en la calidad de los mismos. Avanzamos en la búsqueda del máximo confort, logrando que el niño acuda a las sesiones más contento y relajado, sin miedo a sufrir dolor o ningún tipo de molestia durante la sesión, siendo muy colaborador con los requisitos que precisamos, incluyendo el empleo de sistema externos de inmovilización, que no experimenta como molesto ni incómodos.

Conclusiones: La disminución de anestesia en niños se traduce en una mejora en la calidad de nuestros tratamientos, garantizamos reproductibilidad y precisión sin aumentar efectos secundarios derivados de su uso

C143/18: EVALUACIÓN DE CALIDAD PERCIBIDA POR LOS PACIENTES, PREVIO Y TRAS ELABORACIÓN DE UN TRÍPTICO INFORMATIVO, EN NEUMOLOGÍA.

Primer autor: *Sara Gómara de la Cal. Hospital Universitario Miguel Servet*

Coautores: *María Teresa Martín Carpi, María Pilar García Fau, Cristina Aguilar Paesa, Patricia Royo Tolosana, Laura Benedicto Puyuelo, Elisabeth Vera Solsona*

Resumen:

Objetivos: Evaluar la calidad percibida por los pacientes de la asistencia prestada en la Unidad de Endoscopia y Neumología Intervencionista. Modificar aspectos negativos para aumentar la calidad percibida y la calidad del servicio que prestamos. Realizar la encuesta al menos al 70% de los pacientes atendidos.

Método: Se realizó una encuesta, mediante la realización de un cuestionario validado, denominado SERVQHOS.Se procedió al análisis inicial de los resultados obtenidos. Una vez conocidos, se modificaron los aspectos en los que se había obtenido una menor puntuación. Se repartió un tríptico informativo de los procedimientos realizados en la unidad.

Resultados: En la primera parte del registro se realizaron 42 encuestas (24 hombres y 18 mujeres con una edad media de 58.76±13.85 años). Se observó que, en líneas generales, la calidad percibida por los pacientes era muy elevada, obteniéndose valores medios superiores a 4 puntos en la mayoría de los ítems. Los mejores resultados se obtuvieron en aquellos aspectos que valoraban el interés, la amabilidad, el trato y la seguridad con la que se atiende a los pacientes. La información acerca de la realización de la prueba era valorada positivamente, pero presentando unos valores medios de entre todos los analizados. Los aspectos más negativos eran aquellos relacionados con la puntualidad y el conocimiento de la ubicación de la unidad, así como la rapidez en la realización de las pruebas. Una vez analizada la primera parte, y entregado el tríptico, se volvió a realizar el mismo cuestionario. Se analizaron 47 encuestas (28 hombres y 19 mujeres con una edad media de 61.78±14.55 años). Los resultados obtenidos fueron muy similares a los de la primera evaluación, aunque ahora sí se obtuvieron en todos los ítems un valor superior a 4 puntos. Nuevamente, los valores más altos fueron los relacionados con la atención al paciente. Se observó una mejoría clara en el conocimiento de la ubicación y el acceso a la unidad. Sin embargo, nuevamente, el valor obtenido más bajo fue el relacionado con la puntualidad a la hora de realizar la prueba. Se produjo un sesgo ya que en la mayoría de las ocasiones se seleccionaron pacientes jóvenes que no precisaban ayuda ni gafas para la realización de la encuesta.

Conclusiones: En general, los resultados obtenidos del proyecto han sido buenos. Se ha dejado como una práctica habitual el proporcionar el tríptico informativo. Podría ser interesante realizar encuestas de forma eventual para comprobar la calidad de la asistencia

C158/18: REVISIÓN PERIÓDICA DE TRATAMIENTOS EN RADIOTERAPIA EXTERNA.

Primer autor: *David Carlos Villa Gazulla. David Carlos Villa Gazulla*

Coautores*: Verónica Alba Escorihuela, Sara Jiménez Puertas, Sergio Alberto Lozares Cordero, Almudena Gandía Martínez, José Antonio Font Gómez*

Resumen:

Objetivo: Los tratamientos de Radioterapia Externa requieren de una prescripción de dosis absorbida que se fracciona en varias sesiones en la mayor parte de los casos. El Real Decreto 1566/1998, de 17 julio, por el que se establecen los criterios de calidad en Radioterapia, exige que se revise la dosis por sesión y la dosis total que hasta una fecha determinada se lleva administrada. Para ello se ha elaborado una herramienta informática cuyo objetivo es obtener la comparación entre dosis prescrita y dosis administrada para todos los pacientes de Radioterapia Externa.

Método: La administración de un haz de Radioterapia Externa se realiza mediante un Acelerador Lineal. Esta máquina está conectada a un Sistema de Registro y Verificación, que es un software que funciona como base de datos y administración de los haces de tratamiento de un paciente determinado. En el Servicio de Física y PR del HUMS de Zaragoza disponemos del Sistema de Registro y Verificación Mosaiq de Elekta. La información dosimétrica de cada paciente se encuentra en Mosaiq tanto de la dosis prescrita como de la dosis administrada, pero solamente se puede conocer paciente por paciente, de manera que la tarea de la revisión de dosis se convierte en algo prácticamente manual. Para automatizar esta tarea se ha creado una base de datos con Access Microsoft Office 2003 que alberga de una forma ordenada toda la información dosimétrica en forma de una base de datos relacional que se carga mediante exportaciones de diferentes archivos desde Mosaiq. Por otra parte se ha creado una hoja Excel Microsoft Office 2003 con Macros VBA para conectarse a la base de datos de Access y presentar y filtrar la información. La conexión entre ambas aplicaciones hace que se actualicen los resultados en la hoja Excel provenientes de la base de datos de Access.

Resultados: La hoja Excel de la aplicación contiene una tabla y un gráfico dinámicos. A través de los diferentes filtros se pueden crear multitud de consultas a la base de datos, entre las que cabe destacar:
- Dosis prescrita y administrada para todos los pacientes en las fechas solicitadas y por máquina de tratamiento.
- Tiempo de administración, número de pacientes y modalidades de tratamiento por máquina, día, mes y año de cada tratamiento

Conclusiones: La creación de una aplicación de Revisión periódica de tratamientos no solamente asegura la correcta administración de los tratamientos sino que también sirve para gestionar y optimizar los recursos con los que cuenta un Servicio de Radioterapia.

COMUNICACIONES MESA 11

CÓDIGO	Título Comunicación	Nombre	Centro	Mesa	Día
C008/18	ESTRÉS EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS Y TRASTORNO DEPRESIVO NO ADHERENTES AL TRATAMIENTO. PROYECTO DE INTERVENCIÓN.	María Luisa Lozano Del Hoyo	Centro de Salud Fuentes Norte	11	13
C016/18	MEJORA EN PROCEDIMIENTOS DE DONACION, TRAS PROYECTO DE ANALISIS E INTERVENCIÓN, BASADO EN EL PROGRAMA ACCORD.	M. Beatriz Virgos Señor	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa	11	13
C071/18	EVOLUCIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO OPERATIVO DE GESTIÓN DE ALMACÉN DE FUNGIBLES EN UN CENTRO DE SALUD	Estefanía Claver Escanilla	Hospital de Alcañiz	11	13
C074/18	USO DE FENTANILO DE LIBERACIÓN INMEDIATA EN DOLOR NO ONCOLÓGICO	Labarta Mancho, Carmen	Dirección Atención Primaria S-II	11	13
C087/18	TEST DE DETERMINE: UNA NUEVA HERRAMIENTA PARA DISMINUIR EL ESTRÉS ANTE EL RIESGO DE CONTAGIO POR VIH	Sandra Dueñas Jollard	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa	11	13
C100/18	ESTRATEGIAS INNOVADORAS DE EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES SANITARIOS PARA PREVENIR ENFERMEDADES BUCODENTALES Y GENERALES	Rosa Tarragó Gil	Centro de Salud Universitas	11	13
C104/18	PREVENCION DE LA HIPOMINERALIZACION INCISIVO MOLAR DENTRO DEL PROGRAMA DE ATENCION BUCODENTAL INFANTIL Y JUVENIL (PABIJ)	Rosa Tarragó Gil	Centro de Salud Universitas	11	13
C155/18	ATENCIÓN BUCODENTAL PARA USUARIOS CON DISCAPACIDAD (AMIBIL) SECTOR CALATAYUD	Wafa Ben Cheikh El Aayuni	DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA DE CALATAYUD	11	13

C008/18: ESTRÉS EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS Y TRASTORNO DEPRESIVO NO ADHERENTES AL TRATAMIENTO. PROYECTO DE INTERVENCIÓN.

Primer Autor: *María Luisa Lozano Del Hoyo. Centro De Salud Las Fuentes Norte.*

Coautores: *Pedro José Martínez Casbas, Ana Belén Artigas Alcázar, Diana Cecilia Gracia Ruiz, Alexandra Aceituno Casas, Mercedes Gómez Borao, María Teresa Andaluz Funcía*

Resumen:

Caracterizar a personas con diagnóstico de diabetes (DM) y trastorno depresivo (TD) de un Sector de Salud, considerando su falta de adherencia al tratamiento y autopercepción, mediante el cuestionario DDS (Polansky-Spa From Fisher).

Material y métodos: El proyecto tiene dos fases, 1ª: estudio descriptivo de toda la población del Sector con diagnóstico de DM y TD >18 años. 2ª: en ejecución, estudio de intervención con seguimiento telefónico (18 meses). Muestra aleatoria: 428 pacientes.Variables del estudio descriptivo: socio-demográficas y de ajuste, cuestionario DDS. La adherencia se midió utilizando la Medicación relación de posesión. Proyecto aprobado por la CEICA.

Resultados: Los resultados Totales del cuestionario DDS dan una media de 1,48±0,4, los subgrupos de Estrés Emocional: 1,40±0,41, el Estrés Interpersonal: 1,51±0,41, el Estrés por Régimen de Tratamiento: 1,61±0,54 y el estrés con el Profesional Sanitario una media de 1’39±0,53. Los ítems más destacables son con 50,9% las personas que sienten que la DM toma mucha de su energía mental y física, un 50% piensan que controla su vida y que haga lo que haga terminarán con complicaciones, un 48,5% se sienten enojados/asustados cuando piensan en vivir con DM. Un 47.9% piensan que sus amigos y familia no saben lo que es vivir con DM, un 46.5% se sienten sobrecargados por la atención que requiere y un 44,2% manifiestan que no tienen la motivación necesaria su control.

Conclusiones: La respuesta más frecuente para todos los ítems es la de “no es un problema” esto coincide con los trabajos de Martínez-Vega IP et al y de Fisher L et al. El ítem que menos problemas les supone es “el médico no tiene suficiente conocimiento sobre diabetes”. Consideran un “serio problema” los ítems de “terminará con complicaciones graves a largo plazo independientemente de lo que haga” y “la DM consume una gran parte de su energía mental y física”. Las cifras más altas y preocupantes, se encuentras en personas <50 años, el grupo de discapacitados y que acuden >10 veces al año a consulta, sin significación, principalmente en el estrés del tratamiento y con el profesional sanitario. Los estudios, coinciden con el nuestro en que el mayor estrés es en mujeres, con obesidad y falta de adherencia al tratamiento, siendo significativo en el dominio de estrés interpersonal. Con significación en la escala de Carga emocional. A mayor HglAc1, LDL-col y T/A la media es mayor.

Lecciones Aprendidas: Expone la situación actual del sector y ofrece grandes oportunidades de mejora.

C016/18: BASADO EN EL MEJORA EN PROCEDIMIENTOS DE DONACION, TRAS PROYECTO DE ANALISIS E INTERVENCIÓN PROGRAMA ACCORD.

Primer autor: *M. Beatriz Virgos Señor. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

Coautores: *Nuria Sánchez Donoso, Carlos López Núñez, Carmen Velilla Soriano, Cristina Pérez Lázaro, Beatriz Amores Arriaga, J. José Araiz Burdío, Agustín C. Nebra Puertas*

Resumen:

El programa ACCORD (Achieving Comprehensive Coordination in Organ Donation), promovido por la U.E. y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, analiza las prácticas clínicas al final de la vida, en pacientes fallecidos con daño cerebral catastrófico, y su relación con la donación de órganos en España. Tras su implementación en el HCU, se propuso una línea de mejora, para evitar la pérdida de posibles donantes, en el citado Centro.

Métodos: Estudio multicéntrico, observacional prospectivo con participación del HCU. Búsqueda de posibles donantes fallecidos en el hospital del 1 de Abril al 1 de Octubre de 2016, mediante revisión exhaustiva de las causas de muerte y la Hª Cº de pacientes fallecidos con lesión encefálica devastadora, con cumplimentación de cuestionario con diversos escenarios asistenciales (Fase I). Tras análisis de resultados, propuesta de línea de mejora con cursos y sesiones de información y formación, protocolos y reuniones de feed-back, en los Servicios implicados (Fase II), con nueva recogida de datos post-intervención del 1 de Abril al 1 de Octubre de 2017.

Resultados:Hubo 5 escenarios; A: Esfuerzo terapéutico máximo en UCI hasta la muerte encefálica (ME). B: Esfuerzo terapéutico máximo en UCI hasta parada cardíaca inesperada e irrecuperable. C: Ingreso en UCI para incorporar la donación a los cuidados al final de la vida. D: Esfuerzo terapéutico máximo en UCI hasta limitación del tratamiento de soporte vital, con parada cardíaca esperada. E: No ingreso en UCI. Hubo 36 casos en Fase-I (n=36) y 30 en Fase-II (n=30). El número de enfermos por escenario fue de 11(31%),2 (6%), 0 (0%), 4 (11%) y 19 (53%) en Fase-I, y de 15 (50%), 2 (7%), 3 (10%) y 10 (33%)* en Fase II, respectivamente. En Fase-I, hubo con ventilación mecánica (VM) 16 (44%) casos, y con ventilación NO terapeútica (VENT) 0 (0%) pacientes, con 11 (69%) que entraron en ME de los ventilados. Para la Fase-II hubo 21 (70%) pacientes con VM, con 1 (5%) sometido a VENT, y 18 (86%) que entraron en ME. Se pasó de un número de notificaciones al Coord. de Trasplantes de 10 (28%) en Fase-I, a 20 (67%)* en Fase II, y la donación eficaz subió de 5 (14%) a 12 (40%)*. Con * diferencias significativas.

Conclusiones: La detección de una tasa de donación en ME menor de la esperada, permitió medidas de actuación e intervención en la detección de posibles donantes en ME, logrando una mejora notable. Lecciones aprendidas: El análisis de “pitfall” de procesos, y la aplicación de líneas de mejora, son imprescindibles.

C071/18: EVOLUCIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO OPERATIVO DE GESTIÓN DE ALMACÉN DE FUNGIBLES EN UN CENTRO DE SALUD.

Primer autor: *Estefanía Claver Escanilla. Centro de Salud Alcañiz*

Coautores: *Raquel Chumillas Lidón, Pilar Gimeno Ballonga, Lorenzo Gasca Bel*

Resumen:

Objetivo: Nuestro objetivo era mejorar el sistema de gestión del almacén para así obtener una mejor eficiencia, eficacia y efectividad del mismo, estableciendo unas pautas de solicitud, recepción, redistribución, conservación y revisión del material fungible.

Metodología: Constitución de un grupo de trabajo multidisciplinar con los profesionales más implicados en la gestión del almacén, para así reunirse y analizar las deficiencias detectadas en las auditorias, las incidencias notificadas, la cumplimentación de los registros y los datos de rotura de stock y caducidades. Realizándose un diagnóstico de la situación a través de una matriz DAFO.
Tras ello, se establece un stock de material almacenable, con un mínimo y un máximo de cada uno de los productos en función de los consumos medios, en relación a la población que se atiende. Y de este modo hacer la reposición del pedido mensualmente mediante el programa SERPA, solicitándose las cantidades necesarias para reponer el stock estándar (máximo) pactado. Posteriormente, se realiza una hoja de cumplimentación para la recepción del pedido, dónde se hará constar por escrito la recepción del número de bultos recibidos que deben de coincidir con el petitorio. Tras recibir el pedido se realizará el control de caducidades, comprobando la fecha del producto, se rotula y se registra dicho producto en el libro de caducidades en el mes y año correspondiente, comprobando previamente qué materiales caducan próximamente y retirándose los caducados. Se colocará una hoja para registrar la rotura de stock, comunicando dicha rotura al responsable del almacén para que haga un pedido extraordinario.

Resultados: Se ha conseguido que no haya productos caducados, reduciéndose los costes y mejorando la seguridad del paciente. Al haber un registro correcto por parte del equipo de trabajo, cualquier incidencia o rotura de stock se ha solucionado rápidamente gracias a la comunicación permanente entre los miembros.

Conclusiones: Implantándose el sistema de gestión de calidad, los resultados obtenidos han sido favorables, ya que así lo confirman la disminución de incidencias relacionadas con el almacén, los resultados de la auditoria y la certificación ISO 9001.

C074/18: USO DE FENTANILO DE LIBERACIÓN INMEDIATA EN DOLOR NO ONCOLÓGICO.

Primer autor: *Labarta Mancho, Carmen. Dirección de Atención Primaria De Zaragoza II*

Coautores: *Pina Gadea, M. Belén, Galindo Allueva, María*

Resumen:

Objetivos: Analizar las prescripciones de fentanilo de liberación inmediata antes y después de la alerta de seguridad de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y valorar el efecto de una intervención breve de comunicación a los facultativos de atención primaria de los pacientes afectados por la alerta.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizaron prescripciones y dispensaciones de fentanilo de liberación inmediata durante 5 meses previos a la publicación de la alerta en el Sector. Se identificaron pacientes sin diagnóstico oncológico y se envió comunicación a sus médicos de familia. Dos meses después se analizaron sus prescripciones y dispensaciones. Variables: prescripciones activas y dispensaciones, diagnóstico de neoplasia, dosis, opioide de base. Fuente de datos: receta electrónica e historia clínica electrónica.

Resultados: En el periodo octubre 2017-febrero 2018 se detectaron 113 pacientes con prescripciones activas: 62 tenían diagnóstico de neoplasia (54,9%) y 51 no (45,1%). Dos meses tras la comunicación, 1 paciente tenía la prescripción inactivada por caducidad y 50 pacientes con dolor no oncológico (98%) seguían con la prescripción activa. De éstos:- 5 pacientes no tenían dispensaciones y 45 (90%) sí.

- En 3 pacientes (6%) se disminuyó la frecuencia de administración (uno de ellos tras prescripción de opioide de base), en 1 (2%) se aumentó la dosis y en otro (2%) la frecuencia.- 6 pacientes (12%) tenían frecuencia de administración >4 veces/día. En ninguno se modificó.- 9 pacientes (18%) no llevaban pautado opioide de base, 18 (36%) llevaban fentanilo y 23 (45,1%) otro diferente a fentanilo (oxicodona/naloxona (11), tapentadol (6), oxicodona (3), morfina (2), hidromorfona (1)). - En 4 pacientes (8%) se sospecha conducta abusiva respecto al uso de fentanilo.

Conclusiones: Casi la mitad de los pacientes en tratamiento con fentanilo de liberación inmediata son pacientes sin diagnóstico de neoplasia. Se detecta un porcentaje considerable de pacientes sin tratamiento opioide de base y en algún paciente se sospecha conducta abusiva respecto al uso de fentanilo. La comunicación no ha conseguido disminuir el número de pacientes con dolor no oncológico en tratamiento con fentanilo de liberación inmediata.

Lecciones aprendidas: Son necesarios esfuerzos adicionales para fomentar la revisión de estos tratamientos potencialmente adictivos utilizados fuera de la indicación autorizada.

C087/18: TEST DE DETERMINE: UNA NUEVA HERRAMIENTA PARA DISMINUIR EL ESTRÉS ANTE EL RIESGO DE CONTAGIO POR VIH.

Primer autor: *Sandra Dueñas Jollard. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

Coautores: *Beatriz Acha Aibar, Concepción Inglés García de la Calera, María Teresa González Barriga, Álvaro Pérez Cirés, Lucía Santamaría Moreno, Laura Serrano Barcos, Elena Zueco García*

Resumen:

Objetivos: En el último Documento de Consenso sobre profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños se recomienda disponer de los resultados serológicos del VIH preferiblemente antes de transcurrir dos horas tras una exposición ocupacional con fluidos biológicos.(GESIDA). Las técnicas de determinación rápida de VIH disponibles hoy en día aseguran resultados con excelente sensibilidad y especificidad en menos de 30 minutos. Detectan tanto los anticuerpos del VIH 1 y 2 como el antígeno del VIH-1y aportan información esencial acerca de la necesidad de iniciar o continuar la PPE. Las pruebas rápidas se pueden realizar en sangre capilar recogida por un procedimiento sencillo mediante punción digital y no requieren muestra de punción venosa, aunque también se pueden realizar en muestras de suero o plasma. Siempre se confirmara el resultado serológico del VIH en el Laboratorio de Microbiología.

Metodología: Se crea un equipo de trabajo multidisciplinar en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa para la implementación de los test de detección rápida de VIH en el Laboratorio de Urgencias, para aquellas personas que sufran una exposición a fluido biológico en el horario de tardes, noches, sábados y festivos, donde no es posible que realice la determinación serológica del VIH el Laboratorio de Microbiología.

Resultados:
Desde Noviembre del 2016 hasta Abril 2018, han ocurrido 266 accidentes biológicos, se han realizado 71 pruebas de determinación rápida de VIH .Todas los resultados fueron NEGATIVOS tanto en la determinación rápida como en la serología realizada por Laboratorio Microbiología.

Conclusiones: Obtener el resultado de VIH en las dos primeras horas nos aporta muchos beneficios: Evita quimioprofilaxis antirretroviral innecesarias, evitando a su vez posible efectos secundarios. Eficacia del tratamiento antirretroviral en las primeras dos horas retrasa la progresión de la enfermedad y mejora la calidad de vida. Disminuye la carga psicológica tanto en ámbito personal, familiar, como laboral motivada por el estrés psicológico que conlleva los tiempos de espera de un posible contagio con un paciente con un VIH.

C100/18: ESTRATEGIAS INNOVADORAS DE EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES SANITARIOS PARA PREVENIR ENFERMEDADES BUCODENTALES Y GENERALES.

Primer autor: *Rosa Tarragó Gil. Centro de Salud Oliver*

Coautores: *Estela Millán Sobrino, Diana Serrano Peis, Gloria Navarro Aznárez, Gema Zueco Olivan, María Jesús Blásco Péris-Aramendia, Ana Belen Miranda Anaya, Tamara Llorente Presol*

Resumen:

La evidencia de que la salud bucodental tiene un impacto directo en la salud general es cada vez mayor. La boca es una cavidad séptica donde están presentes millones de bacterias. Entre ellas se incluyen bacterias relacionadas con caries, enfermedad periodontal (EP) y enfermedades sistémicas. Una correcta rutina de higiene oral que incluya unas correctas técnicas de higiene es capaz de mantener una flora bucal compatible con la salud.. Sin embargo, cuando las bacterias patógenas proliferan incontroladamente pueden ocasionar diversos problemas bucodentales y, al mismo tiempo, acceder a diferentes sistemas como el circulatorio o el respiratorio, siendo las responsables de diversas patologías sistémicas. Objetivos: El objetivo principal de este trabajo ha sido revisar el estado del conocimiento sobre las nuevas estrategias para el control del biofilm oral y su repercusión en el mantenimiento de la salud general y en el desarrollo de las enfermedades orales (caries y enfermedad periodontal) y ofrecer una visión de las importantes conexiones que existen entre la salud oral y la salud general. Por otro lado se pretenden desarrollar y poner en marcha estrategias preventivas con equipos multidisciplinares entre los que incluimos, entre otros, dentistas, higienistas, médicos de atención primaria, pediatras, cardiólogos, matronas, enfermeras, técnicos de salud y trabajadores sociales.

Métodos: Se consultaron las bases de datos PubMed (MEDLINE) y SciELO, así como la Cochrane Library. Después de revisar los abstract se seleccionaron un total de 30 artículos. Resultados: Tras analizar diferentes estudios que apoyan la asociación entre salud bucodental y otras enfermedades o condiciones sistémicas, se relacionan hasta 54 enfermedades. Las más importantes son: embarazo, diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, cáncer, obesidad, enfermedad renal crónica, Alzheimer y artritis reumatoide. Es necesario concienciar a la población de la importancia de cuidar la salud bucal manteniendo un control adecuado de su higiene y así mejorar la salud general. Durante el último año se han realizado sesiones clínicas, con pediatras en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, con las matronas y trabajadores sociales del sector Zaragoza III y con los profesionales de los EAP´s del C.S Valdefierro y Parque Roma, los cuales nos derivan pacientes a la USBD. Conclusiones y lecciones aprendidas. Con la recomendación de tres cepillados dentales al día se pueden prevenir muchas enfermedades

C104/18: PREVENCION DE LA HIPOMINERALIZACION INCISIVO MOLAR DENTRO DEL PROGRAMA DE ATENCION BUCODENTAL INFANTIL Y JUVENIL (PABIJ).

Primer autor*: Rosa Tarragó Gil. Centro De Salud Oliver*

Coautores: *Estela Millán Sobrino, Rosa Soler Taberner, Ana Vitoria Gracia García*

Resumen:

El síndrome de hipomineralización incisivo molar (MIH en ingles) es una patología que cursa con defectos cualitativos del esmalte en los primeros molares permanentes (pudiendo afectar a uno, dos, tres o a los cuatro molares) y se encuentra asociada a opacidades de distinto grado en los incisivos definitivos. El síndrome de MIH es una alteración del esmalte cuya etiología, de origen sistémico todavía es desconocida, parece que es multifactorial. Los factores actúan de un modo sumatorio y ocurren en una etapa susceptible en el desarrollo de dientes específicos. Objetivos: La prevalencia del síndrome esta aumentando, alcanza valores que oscilan en España: 23,4% - 17,8%. En Aragón no se tienen datos. El objetivo principal de este proyecto ha sido conocer la prevalencia de niños afectados por MIH en nuestra unidad y poder incluir en el programa OMI una casilla para cuantificarlo. El segundo objetivo y muy importante es el establecimiento de un programa de prevención y tratamiento temprano en los niños afectados por MIH mediante la aplicación de remineralizantes y selladores de fosas y fisuras, mejorando la calidad de vida de estos pacientes, disminuyendo la caries y la sensibilidad dental. Métodos. Estudio descriptivo. El tamaño de la muestra fue todos los niños atendidos en nuestra USBD en el marco del Programa de Atención Bucodental Infantil y Juvenil (PABIJ) del Servicio Aragonés de Salud y de los tratamientos aplicados. Los datos recogidos fueron durante 1 año. El diseño se ha desarrollado con las siguientes variables, grado de afectación por molar (MIH leve MIH moderada MIH severa) llegando a los resultados de un análisis estadístico cuantitativo de las variables recogidas. Resultados. Hemos registrado un total de 140 niños que están afectados de MIH de las 824 primeras visitas la prevalencia de MIH en nuestra población atendida es del 20,37%. Respecto al grado de afectación, grado leve (69,3%), un (23,02%) de los casos presentaban formas moderadas, la afectación severa (7,67%). En cuanto a los tratamientos llevados a cabo en los pacientes afectados por MIH, se han seguido unos protocolos de aplicaciones de barniz de flúor al 5% (Enamelast®)a un 100% de los niños con MIH. Además, en estos niños con MIH hemos realizado 307 selladores en molares con afectación leve. Conclusiones el proyecto nos ha servido para constatar que la MIH es un problema muy importante ya que los ya que los niños con MIH tiene más caries y sensibilidad en las piezas afectadas.

C155/18: ATENCIÓN BUCODENTAL PARA USUARIOS CON DISCAPACIDAD (AMIBIL) SECTOR CALATAYUD.

Primer autor: *Wafa ben Cheikh el Aayuni. Dirección de Atencion Primaria De Calatayud*

Coautores*: Carlos Mur Ascaso, María Cristina Layua, Carmen Pérez Tornos*

Resumen:

El programa de coordinación socio-sanitaria entre el sector sanitario Calatayud y la asociación AMIBIL (Asociación Minusválidos Bilbilis) tiene su primer antecedente en un convenio firmado en 1998 con el sector sanitario de Calatayud el cual se fue debilitando sin lograr resultados. Es en 2008, cuando se firma un nuevo convenio mantenido hasta la actualidad, reconociéndose así la especial dificultad de este colectivo y la necesaria colaboración de la asociación para mejorar la coordinación y los itinerarios entre los usuarios y los servicios sanitarios.

Objetivo: Descripción y evaluación las actividades desarrolladas en la USBD (Unidad de Salud Bucodental) dentro del marco del programa de coordinación socio-sanitaria entre el sector sanitario Calatayud y la asociación AMIBIL (Asociación Minusválidos Bilbilis) entre 2013 y 2017.

Métodos: El estudio incluyó a todos los usuarios de la asociación AMIBIL atendidos en la USBD del sector de Calatayud entre los años 2013 y 2017. Se realizó una evaluación de accesibilidad y de proceso (cobertura y calidad de intervención). Se recogieron las siguientes variables edad, sexo, año y tipo de intervención realizada en cada consulta (revisión, obturación, exodoncia y limpieza).

Resultados: De un total de 34 usuario evaluados, edad entre 17 y 65 años, con una mediana de 46,5 años, 21 (62%) mujeres y 13 (38%) hombres. En cinco años hubo 204 consultas (6 consultas de media por persona y por año, el número de consultas ha evolucionado a lo largo de los 5 años con un pico en 2015 (59 consultas). El 71% de las consultas fueron revisiones (144), 15% limpieza (30), 8% exodoncia (17) y 6% obturaciones (13). El 100% de los usuarios citados por AMIBIL fueron atendidos. Las familias de los usuarios han calificado la atención recibida por el Servicio de Odontología de muy bien en 60 % de los casos y en el 25% de bien.

Conclusión: la colaboración con la asociación de AMIBIL con nuestra unidad ha mejorado la accesibilidad y la satisfacción de los usuarios con discapacidad.

COMUNICACIONES MESA 12

TÍTULO COMUNICACIÓN	Nombre	Centro	Mesa	Día
TRABAJANDO EN EQUIPO POR UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD MEDIANTE LA CERTIFICACIÓN ISO 9001	Inmaculada Guerrero Fernández De Alba	Hospital Universitario Miguel Servet	12	13
AUTOMATIZACIÓN DE LA TRANSFORMACIÓN DE COORDENADAS DE MESA ENTRE EL PLANIFICADOR XIO Y EL ACELERADOR ONCOR	Verónica Alba Escorihuela	Hospital Universitario Miguel Servet	12	13
IMPLANTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DE RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA EN EL H. CLINICO UNIVERSITARIO " LOZANO BLESA"	Olga Navarro Julvez	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa	12	13
CONTROL DE CALIDAD DEL EQUIPO UTILIZADO EN RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA.	Sara Jiménez Puertas	Hospital Universitario Miguel Servet	12	13
ANALIZANDO LA COMPLEJIDAD EN ARAGÓN EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS A TRAVÉS DE GRUPOS DE MORBILIDAD AJUSTADOS (GMA)	Inmaculada Guerrero Fernández De Alba	Hospital Universitario Miguel Servet	12	13
GESTIÓN DE SOLICITUDES DE TRATAMIENTO LITIASICO EN NUESTRA UNIDAD: VALORACIÓN INDIVIDUALIZADA DE PRIORIDAD	Olivia Matos Orozco	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa	12	13
UTILIDAD DE UN MODELO PREDICTIVO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON GASTROSTOMIA PERCUTANEA PARA NUTRICION ENTERAL	Jara Altemir Trallero	Hospital San Jorge	12	13
DISTRIBUCIÓN DE UN FOLLETO INFORMATIVO PRE-QUIRÚRGICO A LOS PACIENTES QUE VA A SER INTERVENIDOS DE CATARATAS	Diana Soriano Pina	Hospital Ntra. Sra. De Gracia	12	13

C046/18: TRABAJANDO EN EQUIPO POR UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD MEDIANTE LA CERTIFICACIÓN ISO 9001.

Primer autor: *Inmaculada Guerrero Fernández de Alba. Hospital Universitario Miguel* Servet

Coautores: *Solano Bernad VM, Trillo Martínez ML, Moreno Escribano M, Barcelona Trívez A, Soriano Gil Z,*

Resumen:

Nuestra organización mantiene un Sistema de Gestión de Calidad (SGC) con certificación y acreditación ISO. La implantación de éste y la participación de todos los estamentos son consideradas por el Hospital Universitario Miguel Servet claves para la mejora de la eficacia de sus procesos.

Objetivo: Describir la implantación de un SGC ISO en servicios/unidades de un hospital de tercer nivel. En el año 2007 se inicia un ambicioso proyecto de certificación de las Centrales de Esterilización y Equipos de Atención Primaria y de acreditación de los laboratorios clínicos de nuestra comunidad autónoma. En 2010, se extiende este proyecto y se certifican mediante la ISO 9001:2008 los primeros servicios hospitalarios. Progresivamente se han ido incluyendo anualmente de forma casi exponencial, y actualmente son 26 los servicios o unidades que cuentan con un SGC. Los primeros servicios certificados fueron centrales y de gestión-apoyo, incorporándose en 2015 el Servicio de Neurología. En 2016 se logró la certificación de Medicina Física y Rehabilitación (Lesionados Medulares) y dos Unidades de Cuidados Intensivos: Traumatología y Neonatos, así como el primero quirúrgico: Unidad de Rodilla (C. Ortopédica y Traumatológica). En el 2017 se incorporaron la UCI de Pediatría, Neurorradiología y se completó el alcance a toda la hospitalización de Rehabilitación. A día de hoy, todas las unidades nombradas mantienen la certificación y acreditación ISO y se prevé durante el mes de Mayo superar la certificación con la nueva norma ISO 9001:2015. Todo este proceso se realiza de forma multidisciplinar contando con los grupos de calidad de los servicios con el apoyo de la Unidad de Calidad Asistencial (UCA). Consideramos que una manera eficaz de prosperar es compartiendo los avances y colaborando entre servicios, culminando en la realización de auditorias internas cruzadas entre servicios. La UCA coordina esta colaboración multidisciplinar y supervisa directamente el proceso de auditoría, minimizando el trabajo de los servicios En nuestro hospital, la certificación/acreditación ISO ha sido posible gracias a la gran implicación entre los profesionales de distintos servicios junto con el apoyo en coordinación y formación que facilita la UCA. El trabajo conjunto llevado a cabo por mantener el SGC se traduce no sólo en la certificación/acreditación ISO sino en una mejora en la seguridad y eficiencia de todos los procesos analizados.

C051/18: AUTOMATIZACIÓN DE LA TRANSFORMACIÓN DE COORDENADAS DE MESA ENTRE EL PLANIFICADOR XIO Y EL ACELERADOR ONCOR.

Primer autor: *Verónica Alba Escorihuela. Hospital Universitario Miguel Servet*

Coautores*: Jose Antonio Font Gómez, Almudena Gandía Martínez, Sergio Lozares Cordero, David Carlos Villa Gazulla, Sara Jiménez Puertas*

Resumen:

El objetivo de este trabajo fue conseguir, mediante la automatización en una hoja Excel de la transformación de coordenadas de la mesa entre el sistema de planificación XIO y el acelerador ONCOR impresión Plus de SIEMENS, evitar los errores humanos que se pudiesen cometer en este proceso. Para lograrlo, tuvimos que diseñar una hoja en Excel que recogiese los datos de los desplazamientos de mesa que se debían de realizar según el sistema de planificación XIO para impartir el tratamiento radioterápico de un paciente en la localización correcta, y fuese capaz de transformarlos de forma que se pudiesen realizar estos desplazamientos en el acelerador ONCOR. Esto se debe a que la forma de codificar estos desplazamientos es diferente en ambos sistemas. Por una parte, XIO nombra los desplazamientos con el valor nominal seguido de la dirección de desplazamiento (arriba, abajo, derecha, izquierda…) para las tres coordenadas del espacio, mientras que en el acelerador ONCOR, estas direcciones se traducen en signos positivos y negativos. Además la transformación entre ambos sistemas de coordenadas también depende de si el paciente se encuentra en prono o supino, y de si éste se encuentra situado cabeza-pies o al contrario. Debido a las diferentes opciones de transformación, realizar este proceso manualmente para cada paciente implicaba una gran fuente de errores que se acabarían reflejando en una incorrecta posición del paciente en el acelerador y en consecuencia, en la irradiación de una zona equivocada del cuerpo del paciente, con lo que el tratamiento radioterápico sería completamente ineficaz. El diseño de esta hoja nos ha permitido automatizar este proceso evitando todos los errores de posicionamiento asociados. Hasta el momento, después de 6 meses de uso, no hemos encontrado ningún posicionamiento incorrecto, con lo que la herramienta creada es totalmente eficaz en la prevención de estos errores.

C054/18: IMPLANTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DE RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA EN EL H. CLINICO UNIVERSITARIO " LOZANO BLESA".

Primer autor: *Olga Navarro Julvez. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

Coautores: *Mª Jose Royo Perez, Veronica Alonso Rodriguez, Mª Cruz Piquero Micheto, Daniel Perez Vecino, Marina Gil Cuartero, Jose Antonio Pardos Gallego, Agustin Guijarro Casado*

Resumen:

Objetivos: Administrar cuidados basados en la evidencia a pacientes portadores de catéteres venosos centrales. Disminuir la incidencia de complicaciones derivadas del acceso vascular central.

Metodos: En el periodo comprendido entre enero de 2016 al 1 de marzo de 2018 se ha realizado un estudio descriptivo trasversal de los reservorios subcutáneos, implantados en el servicio de Radiología Intervencionista.El diseño y ejecución de la estructura física de la consulta, situada en la planta -1, dentro del espacio del Servicio de Radiología Intervencionista, del H. Clinico Universitario Lozano Blesa, se realizó durante el primer trimestre de 2017. Se elaboraron agendas informatizadas de enfermería, de seguimiento y cuidados, en el gestor de paciente HPHIS, quedando implantadas en diciembre de 2017. Para registrar los cuidados de los pacientes y facilitar el seguimiento de los mismos, se ha realizado en el mes de abril de 2018 una base de datos con contenidos específicos de datos clínicos y del plan de cuidados con lenguaje estandarizado.

Resultados: Del total de 407 pacientes estudiados, se detectaron 9 casos de úlcera en el punto de inserción que motivaron la retirada del reservorio, que conllevó interrupción de tratamientos e implantación de uno nuevo. En diciembre de 2017 comienza el funcionamiento, con la administración de cuidados basados en la evidencia, del catéter venoso central o “Port-a-cath”, del Tunelizado o Hickman y de Inserción Periférica (PICC). Las primeras visitas realizadas en Consulta de Enfermería han sido 42 y las de revisiones 127 entre enero y abril de 2018. La implantación de la base de datos para el registro de cuidados, que se ha realizado durante el mes de mayo de 2018, está en fase de desarrollo

Conclusiones: Con la implantación de la Consulta de Enfermería de Radiología Intervencionista, se pretende disminuir las complicaciones derivadas del uso y mantenimiento de catéteres venosos centrales a través cuidados de enfermería, mediante visitas de seguimiento, consultas telefónicas y educación sanitaria. Se contempla la realización del informe de continuidad de cuidados que promoverá la coordinación entre A. Primaria y A. Especializada. El seguimiento mes a mes de pacientes en Consulta, hace preveer que las intervenciones de las enfermeras referentes de radiología intervencionista, mejoren la calidad asistencial y la satisfacción del usuario.

C055/18: CONTROL DE CALIDAD DEL EQUIPO UTILIZADO EN RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA.

Primer autor: *Sara Jiménez Puertas. Hospital Universitario Miguel Servet*

Coautores: *David Carlos Villa Gazulla, Almudena Gandía Martínez, Verónica Alba Escorihuela, Sergio Alberto Lozares Cordero, José Antonio Font Gómez, ,*

Resumen:

Objetivo: Definir una sistemática para llevar a cabo el control de calidad del equipo responsable de la Radioterapia Intraoperatoria y asegurar su correcto funcionamiento.

Método: En el HUMS de Zaragoza se han realizado más de 300 tratamientos de Radioterapia Intraoperatoria desde Mayo de 2015 con el equipo Xoft® Axxent®. Esta unidad dispone de una fuente de rayos X de energía 50 kVp. Mediante un movimiento longitudinal de la fuente dentro del aplicador adecuado para cada localización, se administra la dosis de tratamiento previamente planificada. El control de calidad para asegurar que la dosis absorbida por el paciente sea la prescrita en cuanto al equipo se refiere conlleva diversos controles de calidad, de los que resaltaremos los más importantes. • Control calidad diario previo a la irradiación. Para cada tratamiento de Radioterapia Intraoperatoria son necesarias las siguientes consideraciones:- Verificaciones mecánicas y de circuito de flujo de agua disipador de calor.- Constatación de la calibración de la fuente de RX respecto al certificado enviado por fabricante.- Comprobación de parámetros dinámicos de tratamiento - Funcionamiento de las seguridades de tratamiento • Control calidad cuatrimestral: Se realiza una batería de pruebas más exhaustiva que incluye: - Pruebas de detección de la fuente con la cámara pozo.- Prueba de detección de flujo del agua de refrigeración.- Verificación de la distribución del haz de radiación sobre película radiocrómica. - Verificación de la exactitud de las posiciones de parada sobre película radiocrómica. - Linealidad de la dosis con el tiempo. - Repetibilidad de la posición inicial de la fuente. - Exactitud del posicionamiento de la fuente dentro del aplicador en tratamiento. - Seguridades y dispositivos de emergencia.

Resultados:
El Servicio de Física y PR del HUMS de Zaragoza dispone de un registro de todas las pruebas realizadas en los controles de calidad diarios y cuatrimestrales de la unidad, que certifican la precisión y estabilidad en el tiempo de todas las características que en ellos se estudian.

Conclusiones: El equipo Axxent Xoft ofrece buenos resultados en su funcionamiento, estabilidad, repetibilidad, exactitud y precisión; mediante su verificación con los controles de calidad explicados anteriormente. El registro y seguimiento de estas pruebas garantiza la correcta administración de los tratamientos de Radioterapia Intraoperatoria.

C101/18: ANALIZANDO LA COMPLEJIDAD EN ARAGÓN EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS A TRAVÉS DE GRUPOS DE MORBILIDAD AJUSTADOS (GMA).

Primer autor: *Inmaculada Guerrero Fernández de Alba. Hospital Universitario Miguel Servet*

Coautores: *Armando Chaure Pardos, Pilar Rodrigo Val, Laura Isabel Casaña Fernández*

Resumen:

Durante los últimos años se ha producido un cambio importante en el panorama sanitario, una gran presencia de pacientes mayores de 65 años, pluripatológicos y crónicos. Esta evolución epidemiológica conlleva un reto para el sistema sanitario resultando imprescindible agrupar los pacientes según su morbilidad para la evaluación y toma de decisiones así como para mejorar la calidad asistencial, eficacia y eficiencia del sistema. Para ello se utiliza el agrupador por Grupos de Morbilidad Ajustada (GMA), desarrollado en el Servicio Catalán de la Salud, según tipología de la enfermedad, presencia de multimorbilidad y complejidad del individuo. Se determina cuantitativamente el nivel de complejidad individual a través de distintas variables: visitas en Atención Primaria, hospitalizaciones, gasto en farmacia y mortalidad.

El objetivo es describir la población de Aragón mayor de 65 años, mostrando las enfermedades crónicas más prevalentes y su distribución según peso GMA. Se utilizó la información individualizada de la población aragonesa mayor de 65 años en 2017, excluyendo los pacientes con neoplasias activas. Se calculó la prevalencia de las 4 enfermedades más frecuentes por sexo y su distribución según nº de enfermedades crónicas. Se calculó la proporción de personas mayor de 65 y 75 años, que superó el percentil 97 y 99 del peso GMA. Las enfermedades más prevalentes en la población mayor o igual a 65 años (n= 263.797) según sexo fueron: hipertensión arterial (59,07% H 62,53% M), Diabetes Mellitus (24,87% H 18,68% M), osteoporosis (2,49% H 29,55% M) y depresión (8,84% H 23,13% M). El 48,33% presentó 5 o más enfermedades crónicas. Al analizar el peso GMA, el 6,71% (17.821) de la población mayor de 65 años se encontró por encima del percentil 97, y hasta el 3,45% (9.165) superó el percentil 99. Analizando la población mayor o igual a 75 años, el 9,64% (13.635) superó el percentil 97 y el 5,29% (7.484) alcanzó el percentil 99.

Conclusiones: Los resultados son coherentes con la bibliografía: en la población mayor o igual a 65 años, la multimorbilidad se presenta como la norma y no como la excepción. Se identifica un grupo poblacional que presenta mayor complejidad en su manejo requiriendo revalorizaciones continuas y utilización de diversos niveles asistenciales.

Lecciones aprendidas La agrupación de pacientes por GMA ayuda a identificar grupos con alto nivel de complejidad y permite a las organizaciones sanitarias actuar diseñando intervenciones específicas y adecuándose a las necesidades de la población

C109/18: GESTIÓN DE SOLICITUDES DE TRATAMIENTO LITIASICO EN NUESTRA UNIDAD: VALORACIÓN INDIVIDUALIZADA DE PRIORIDAD.

Primer autor: *Olivia Matos Orozco. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

Coautores: *Carlos Blanco Chamorro, Victoria Capapé Poves, Daniel Hijazo Gascón, Agustín Asensio Matas, Laura Muñiz Suárez, Paula Gayarre Abril, Benjamín Blasco Beltrán*

Resumen:

La Unidad de Litotricia del Hospital Clínico Lozano Blesa hace frente a las demandas de tratamiento litiásico generadas en la Comunidad de Aragón. El alto número de solicitudes determinó la construcción de un circuito para su gestión donde se evalúa cada caso remitido de forma individualizada y se determina su priorización de tratamiento.
El objetivo de este trabajo es reflejar nuestra experiencia con dicha herramienta y los tiempos de demora dependiendo del tipo de prioridad.

Materiales y Métodos: Se realiza revisión retrospectiva de los pacientes derivados desde otros centros de la Comunidad de Aragón para primer tratamiento litiásico desde el año 2010 al 2017. Para la recogida de variables se usa la Base de Datos Integral de la Unidad (FileMaker). Las variables recogidas son: fecha de solicitud, fecha de entrada de la petición, fecha de preferencia del paciente, tipo de prioridad asignada y los diferentes tiempos de demora desde su solicitud hasta el tratamiento. Los registros que no presenten todos los datos han sido excluidos del análisis así como los primeros tratamientos de pacientes pertenecientes a nuestra área asistencial. El análisis del mismo se realiza con el programa estadístico SPSS 22.0.

Resultados: De 9489 registros existentes han sido analizados 2582 casos. El 10% fueron prioridad 1, el 50% prioridad 2 y el 40% prioridad 3. La tiempo de demora en preferenciar a los pacientes desde la entrada en la unidad de la solicitud fue de 1.14 días. El tiempo de demora desde la evaluación de solicitud hasta el tratamiento fue: 5.94 días en prioridad 1, 20 días en prioridad 2 y 37días en prioridad 3 aproximadamente.

Conclusión: Nuestro circuito de priorización de pacientes es un método consolidado en nuestra unidad que ha demostrado ser buena herramienta para asimilar la carga asistencial de nuestra comunidad aunque no exenta de mejoras.

C112/18: UTILIDAD DE UN MODELO PREDICTIVO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON GASTROSTOMIA PERCUTANEA PARA NUTRICION ENTERAL.

Primer autor: *Jara Altemir Trallero. Hospital General San Jorge*

Coautores: *Ana Agudo Tabuenca, José Félix Martínez Juste, María Julia Ocón Bretón, Jose Antonio Gimeno Orna, Amaya Barragán Angulo, José Antonio Chena Alejandro,*

Resumen:

Objetivos: La gastrostomía percutánea (GP) es el procedimiento de elección para pacientes con nutrición enteral domiciliaria (NED) a largo plazo, sin embargo la mortalidad en estos pacientes es elevada. Nuestro objetivo fue evaluar el potencial de impacto del procedimiento sobre la mejora de supervivencia de estos pacientes y desarrollar un modelo predictivo de mortalidad con la finalidad de adecuar la indicación de esta técnica.

Material y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo de doble vertiente analítica y descriptiva, donde se evaluaron a todos los pacientes a los que se colocó una GP para NED, desde el 1 de Enero del 2009 hasta el 30 de Julio de 2016.Se analizaron datos clínicos, antropométricos y analíticos junto con la determinación del índice de comorbilidad de Charlson. La tasa de mortalidad por cada 100 pacientes-mes se determinó mediante curva de Kaplan-Meier. La evaluación dinámica de la mortalidad se realizó mediante función de densidad y función de riesgo. Las variables predictoras de mortalidad se determinaron mediante modelos de regresión de Cox multivariantes con procedimiento de exclusión secuencial para seleccionar el mejor modelo estadístico predictivo de mortalidad.

Resultados: Se incluyeron 289 pacientes, con una media de edad de 70,09 años (DE 13,58). La mediana del tiempo de seguimiento fue de 12,5 meses (11,03-13,98 meses). Las causas más frecuentes de indicación fueron la enfermedad neurológica degenerativa (demencia/ ELA) (35,6%), y las neoplasias (34,9%). La mediana de supervivencia fue de 12,1 meses. 174 pacientes (60,21%) fallecieron a lo largo del seguimiento, siendo la tasa de mortalidad global de 4,8 fallecidos por cada 100 pacientes y mes. La tasa de mortalidad fue más elevada en el primer mes (13,2%), disminuyendo posteriormente a valores entre el 6,2-6,7% en el segundo y tercer mes, y estabilizándose a partir del tercer mes de seguimiento, entre un 3-4% mensual. En el análisis multivariante el mejor modelo predictivo de mortalidad estuvo compuesto por edad, ICh superior a 3, el cáncer como motivo de indicación de la PG y la presencia de neumonía por aspiracion. La variable más predictiva fue la presencia de neumonía por aspiración.

Conclusiones: La mortalidad de los pacientes a los que se coloca una GP es elevada sobre todo en el primer mes, sería necesario evaluar factores predictivos de mortalidad para restringir el procedimiento a aquellos pacientes con muy mal pronóstico a corto plazo, siendo la neumonía por aspiración el factor más predictivo

C138/18: DISTRIBUCIÓN DE UN FOLLETO INFORMATIVO PRE-QUIRÚRGICO A LOS PACIENTES QUE VA A SER INTERVENIDOS DE CATARATAS.

Primer autor*: Diana Soriano Pina. Hospital Nuestra Señora De Gracia*

Coautores*: Alejandro Blasco Martínez, Gloria López Valverde, Carmen Sancho Redondo, Pablo Bazán Giménez, María Carmen López López, Juan Pinilla Borobia, Luis Pablo Júlvez*

Resumen:

Objetivos: Disminuir la confusión preoperatoria respecto a los cuidados previos a la intervención de cataratas. Disminuir las dudas respecto a las ayunas a guardar el día de la cirugía. Mejorar la comprensión de los pacientes respecto a su intervención quirúrgica.

Métodos: En el momento de la realización de la consulta preoperatoria oftalmológica, no sólo se le harán las pruebas pertinentes para la preparación del quirófano, sino que se distribuirán a todos los pacientes un folleto informativo en el que vendrán detallados los cuidados necesarios para preparar su ojo antes de la intervención quirúrgica. En él vienen detallados el empleo de toallitas de limpieza para una mayor higiene palpebral y el empleo de dos colirios (uno anti inflamatorio y otro antibiótico) para disminuir la tasa de infecciones post quirúrgicas. Además vienen detalladas las horas de ayunas a guardar para poder realizar la cirugía de un modo más seguro. Todo ello se acompaña de la proyección de un video informativo en la sala de espera para resolver en el momento las dudas de los pacientes.

Resultados: Desde que se está distribuyendo este folleto informativo, el número de pacientes que no preparan el ojo previamente a la intervención ha disminuido considerablemente, así como el número de pacientes que se equivocan con las horas de ayunas.

Conclusiones: El stress quirúrgico puede disminuir la comprensión de los pacientes en sus cuidados preoperatorios. La distribución de un folleto informativo puede resultar de utilidad no solo a nivel oftalmológico sino en cualquier servicio quirúrgico para disminuir las dudas que les surjan a los pacientes

Lecciones Aprendidas: La distribución por escrito de la información necesaria pre-quirúgica resulta de gran utilidad para mejorar la comprensión de los pacientes, siendo una técnica que mejora la seguridad de los pacientes.

COMUNICACIONES MESA 13

	TÍTULO COMUNICACIÓN	Nombre	Centro	Mesa	Día
C036/18	HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN DE PROYECTOS COMUNITARIOS	Natalia Formento Marín	Centro de Salud La Almozara	13	14
C037/18	FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA Y APOYO A LA CRIANZA PARA MADRES Y PADRES EN EL CENTRO DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGÓN	Marta Compés Dea	Centro de Salud Alhama de Aragón	13	14
C043/18	TALLER DE CRIANZA CENTRO DE SALUD DE UTEBO	Mª Jose Enguita Pellicena	Centro de Salud Utebo	13	14
C048/18	IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ADOLESCENTES EN UN CENTRO DE SALUD RURAL: "APERITIVO Y SALUD"	Ana Cristina Gálvez Villanueva	Centro de Salud Calatayud Rural	13	14
C090/18	ABORDAJE DEL SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTIL DESDE UN PUNTO DE VISTA COMUNITARIO EN EL MUNICIPIO DE UTEBO	Ana Gastón Faci	Centro de Salud Utebo	13	14
C096/18	CAMINANDO DESDE LA ESCUELA HACIA LA SALUD EN POSITIVO. PROYECTO COLABORATIVO CEIP ALMOZARA- CS. ALMOZARA.	Ruth Tomeo Muñoz	Centro de Salud La Almozara	13	14
C118/18	CREACIÓN DEL BLOG DEL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE	Dolores Museros Sos	Hospital Universitario Miguel Servet	13	14
C157/18	ACTIVIDAD GRUPAL DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA LACTANCIA Y CUIDADOS DEL LACTANTE	Maria Angeles Checa Diez	Centro de Salud Arrabal	13	14

C036/18: HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN DE PROYECTOS COMUNITARIOS.

Primer autor: *Natalia Formento Marín. Centro de Salud La Almozara*

Coautores: *Patricia Andrés Agorreta, María García Júlvez, Saray Aparicio Juez,*

Resumen:

Objetivos: Describir dos herramientas disponibles para la evaluación de proyectos comunitarios.

Método: Descripción de la utilidad de la herramienta y su implementación en un proyecto.

Resultados: En este trabajo vamos a describir dos herramientas que pueden ser útiles para la evaluación de proyectos comunitarios: 1. Herramienta de evaluación de equidad del Observatorio de Salud de Asturias: Esta herramienta valora la equidad de la intervención, para ello evalúa individualmente ocho ejes de desigualdad social interconectados entre sí (clase social, género, edad, etnia/cultura, territorio, diversidad funcional, orientación/identidad sexual e ideología/creencias).

La evaluación se lleva a cabo por una persona o grupo conocedor del proyecto. Consiste en una evaluación cuantitativa de cada uno de los ocho ejes con una escala numérica del 0 al 5. La evaluación se realiza a tres niveles diferentes: grupo de trabajo, diagnóstico y actuación. El resultado de la herramienta es una representación gráfica y numérica donde se refleja si se están considerando los ejes de desigualdades y la coherencia entre los tres niveles evaluados. 2.Guía de calidad e innovación de los proyectos comunitarios de la Red Aragonesa de Promoción y Prevención de la Salud (RAPPS): Su finalidad consiste en evaluar la calidad e innovación de una intervención comunitaria, para ello se fundamente en los criterios sugeridos por la RAPPS y articulada en los cinco ejes de promoción de la salud: 1.Fortalecer la acción comunitaria 2.Desarrollar las habilidades personales 3.Crear entornos que apoyen la salud 4.Reorientar los servicios 5.Construir una política saludable.

En cada uno de estos ejes se evalúa el diseño del proyecto y los criterios de calidad de promoción de la salud mediante una escala numérica y texto libre que responde a diversas preguntas. Una vez realizado el cuestionario, se obtiene un balance global numérico de la calidad del proyecto, en el que se muestra un resumen de las puntuaciones obtenidas. Así mismo, permite realizar una valoración global por parte del equipo del proyecto y desarrollar propuestas de mejora.

Conclusiones y lecciones aprendidas: Los resultados de proyectos con metodología cualitativa no han sido suficientemente valorados en la comunidad científica, ya que los resultados obtenidos son difícilmente medibles. Pese a ello, se están desarrollando herramientas que facilitan la evaluación de proyectos con metodología cualitativa y suponen un avance a la hora de medir los resultados obtenidos.

C037/18: FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA Y APOYO A LA CRIANZA PARA MADRES Y PADRES EN EL CENTRO DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGÓN.

Primer autor: *Marta Compés Dea. Centro de Salud Alhama de Aragón*

Coautores: *Teresa Perez-Caballero Sánchez, Diana María Clavero Chueca, Pilar Pardo Hernández, Silvia Clemente Jiménez,*

Resumen:

La decisión de crear este proyecto de calidad se fundamentó en la demanda expresada por parte de las familias que tienen un niño lactante (0-2 años), en las consultas de pediatría, enfermería y matrona. Las madres y padres expresan su falta de conocimientos técnicos y prácticos que son necesarios para practicar una lactancia materna exitosa y una crianza adecuada. El método de trabajo consistió en adjudicar un tiempo de unos 45 min. semanales,los miércoles a las 9.30 de la mañana en el Centro de Salud para realizar las sesiones sobre los temas demandados. Se desplazaron también familias de otras poblaciones. Los objetivos iniciales fueron: 1. Crear un clima en el que se apoye y fomente positivamente la lactancia materna y se proporcionen los conocimientos técnicos y prácticos que son necesarios para practicar una adecuada lactancia y crianza. 2. Ofrecer un espacio en el que madres y padres se sientan protagonistas y confiados de expresar sus inquietudes y dificultades compartiendo información y apoyo profesional. 3. Apoyar emocionalmente a las madres dándoles confianza en su habilidad para amamantar. 4. Potenciar la autonomía de las familias con respecto a sus decisiones sobre la lactancia materna y crianza 5. Disminuir la ansiedad en esta etapa de cambios emocionales. Se realizaron 16 sesiones con temas variados por medio de talleres, charlas, prácticas, juegos y otras dinámicas de grupo. Trabajamos: Fármacos y lactancia.Mitos de la lactancia materna, eco feminismo y lactancia materna.Métodos de sujección en el automóvil (sillas a contra marcha). Reincorporación al trabajo remunerado y continuidad con la lactancia materna.Mastitis. Lactancia materna a demanda ¿Cuál es su significado real?.Decálogo de una familia feliz. Extracción de la leche materna: manual o con sacaleches.Conservación y método de administración.Método de alimentación B.L.W. (a partir de 6 meses de vida).Actualización del calendario vacunal 2017.Cólicos del lactante.Protección Solar.Evaluación, refuerzo de conocimientos y habilidades adquiridos. Los proyectos de atención comunitaria deben ser dinámicos y flexibles con una definición de objetivos prescisa para la consecución de los mismos. Como reflexión podríamos decir que debe de haber más apoyo del equipo para la sostenibilidad, ya que si funciona como es en nuestro caso, puede pasar a la agenda comunitaria de nuestro Centro. La valoración final es positiva para la comunidad por la participación, ya que dichos participantes seran vectores en salud.

C043/18: TALLER DE CRIANZA CENTRO DE SALUD DE UTEBO.

Primer autor: *Mª Jose Enguita Pellicena.- Centro de Salud Utebo*

Coautores: *Elena Olmo Perez, Ana Gaston Faci, Marta Ortilles Garcia, Mª Teresa Solans Bascuas, Mª Pilar Ruiz Murillas, Paula Garvi Soler, Silvia Gutierrez Alba*

Resumen:

Objetivo: Brindar a las familias un espacio donde sentirse apoyados en la tarea de la crianza de sus hijos, donde puedan plantear dudas, compartir experiencias y adquirir y mejorar habilidades, apoyados por el equipo de pediatria y otros profesionales.

Método: La captación para los talleres se realiza fundamentalmente en las consultas de pediatria, en las actividades de preparación al parto, consulta de la matrona y en las consuntas de los profesionales del Centro de Salud. Se realizan sesiones semanales , los jueves de 12.30 a 14h, en un local cedido por el Ayuntamiento y coordinado por el equipo de pediatria del Centro de Salud. Los temas a trabajar son variados y surgen de los intereses planteados por las familias.

Algunos de los temas que se tratan con frecuencia son: - Lactancia, desarrollo psicomotos, sueño, alimentación complementaria, seguridad, apego... Además se han realizado sesiones especificas apoyadas por otros profesionales con los que se ha contactado: - Sesión sobre porteo ergonómico - Alimentación infantil impartida por una nutricionista.- Lenguaje de signos para lactantes- Masaje infantil- Hábitos de sueño- RCP y atragantamiento en colaboración con el servicio de protección civil de Ayuntamiento de Utebo.- Musicoterapia

Resultados: La asistencia media suele ser de 10 personas, incrementándose este número los días en los que hay talleres específicos. Los participantes suelen ser madres, pero va aumentando la presencia de padres sobretodo en el primer mes. Tambien acuden otros familiares.La edad de los niños suele ser fundamentalmente menores de 6 meses. El motivo principal de abandono suele ser laboral. En el caso de madres que no se incorporan al mundo laboral suele ser cuando el hijo cumple 12-15 meses El nivel de satisfacción de los asintentes es alto. Aunque la captación al taller parte fundamentalmente desde el centro de salud, el Ayuntamiento lo incorporado al plan de salud de Utebo como un activo más de salud y hace difusión de las actividades en su revista mensual y redes sociales. lecciones: Aprendidas En estos momentos el taller es un proyecto afianzado en la comunidad, en el que las familias aportan apoyo y ayuda mutua. Las verdaderas protagonistas son las madres y los profesionales sanitarios somos simples moderadores. Este proyecto enlaza con otro llevado a cabo tambien desde el centro de salud en el que se promocionan hábitos saludables en la edad escolar

C048/18: IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ADOLESCENTES EN UN CENTRO DE SALUD RURAL: "APERITIVO Y SALUD"

Primer autor: *Ana Cristina Gálvez Villanueva. Centro De Salud Calatayud Rural*

Coautores: *Sonia Bernad Hernando, María Carmen Sanz Sebastian, Luis Digón Sanmartín, Isabel Chueca Gormaz, Miguel Aranaz Villarte, Esther Moros Sanz, Juan José De La Osa Fondón*

Resumen:

Objetivos: Implantación de un programa de promoción de la salud en C.S. Calatayud Sur. Aumentar los conocimientos en promoción de la salud de los profesionales y formar un grupo de trabajo estable. Conocer los recursos existentes en la comunidad. Mejorar la relación de los adolescentes con el sistema sanitario y promover hábitos de vida saludables.

Método: Los pasos que seguimos para la implantación del proyecto fueron los siguientes: Elaboración del cuestionario según cuestionario Estudes 2014 y selección del material audiovisual, Sesión formativa para los miembros del equipo, con presentación del material didáctico (cuestionarios y material audiovisual)Cumplimentación de cuestionario- pre-exposición , proyección del vídeo de La Rioja:TABACOFF,cumplimentación cuestionario post-intervención.Segunda intervención con la misma población utilizando la campaña del Ministerio de Sanidad: nonsmokingchallenge¡¡¡

Resultados: De los 24 pueblos que componen nuestro C.S. se ha ofertado la actividad al 100%,La participación ha variado pero se ha superado el 75% en Belmonte, Mara, Montón, Morata de Jiloca y Munébrega. Han participado el 50,4% de los adolescentes(43,5% hombres y el 54,5 % mujeres). La edad media fue de 14,9 años .EL 95% de los participantes cumplimentó la encuesta y para el 71,7% la intervención ha resultado útil y ha aumentado sus conocimientos. El 80% de los profesionales asistió a alguna de las sesiones sobre promoción de la salud. La satisfacción de los profesionales con la intervención llega al 70%.

Conclusiones: Necesitamos más formación en promoción de la salud. Necesitamos aumentar nuestro conocimiento de los activos comunitarios. Trabajar con adolescentes exige un modo de trabajo distinto para el que tenemos que formarnos, insistiendo más en el aspecto lúdico. Lecciones Aprendidas; La complejidad de organizar y trabajar en temas de promoción de la salud exige la formación de un grupo de trabajo que no se vea afectado por los cambios de personal. Hemos de rodearnos de personal con interés en el tema para conseguir implicar a todo el EAP. No podemos imponer al personal que no quiera participar su implicación en el proyecto, hay que buscar alternativas para que la población no pierda la oportunidad de mejora de su autonomía en salud.

C090/18: ABORDAJE DEL SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTIL DESDE UN PUNTO DE VISTA COMUNITARIO EN EL MUNICIPIO DE UTEBO.

Primer autor: *Ana Gastón Faci. Centro de Salud Utebo*

Coautores: *Marta Ortilles García, Maria Teresa Solans Bascuas, María José Enguita Pellicena, Elena Olmo Pérez, María Pilar Grajera Sánchez, María Pilar Ruiz Murillas, María Pilar Herrero Jiménez*

Resumen:

La alimentación ha sido un tema prioritario al que se le han dedicado muchas horas en las últimas décadas, tanto por parte de Atención Primaria como en el ámbito escolar, y además los padres cada vez están más concienciados A pesar de todo el esfuerzo, tendríamos unas cifras crecientes de patologías relacionadas con la alimentación como serían la obesidad y el sobrepeso Ya desde el embarazo los padres están sometidos a múltiples mensajes publicitarios relacionados con la alimentación infantil. Esta publicidad dirigida a los padres sigue estando presente en los primeros años, pero a partir de los dos tres años la publicidad ya va dirigida a niños, que son los que coaccionan a sus padres a la hora de la compra. Hay bastantes estudios que relacionan la influencia que ejerce la publicidad de alimentos no saludables en la población infantil, y España estaría especialmente retrasada en este aspecto, ya que no tenemos una regulación detallada sobre la publicidad dirigida a niños. Sobre la persuasión indirecta que se realiza entre iguales, en relación con los alimentos procesados, no se encuentran estudios ni publicaciones, pero él boca a boca en esta edad sería muy importante. En este proyecto se está trabajando conjuntamente el Centro de Salud, los cuatro colegios de Utebo y el Ayuntamiento, para intentar disminuir la comida procesada no saludable que toman los niños a la hora del almuerzo, y de esta manera poder reducir la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil.

Objetivo: Disminuir la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil, que actualmente está en un 20%. Actividades Realizadas -Retirada de las máquinas expendedoras los productos no saludables. -los niños no llevaran al colegio alimentos procesados. Se recomendará que traigan bocadillos, fruta, frutos secos, bollería casera, leche y agua. -los cumpleaños de los niños no se celebrarán en clase con dulces -Se han realizado charlas para padres y para los alumnos. -Promocionar el uso de fuentes de agua en los sitios públicos -No patrocinar eventos infantiles con empresas que comercialicen alimentos no saludables. -Realización de los carteles informativos. -El Ayuntamiento divulga las actividades realizadas. -los servicios sociales de base no proporcionarían a las familias desfavorecidas alimentos no saludables

Resultados: cálculo de la prevalencia anual de sobrepeso y obesidad infantil

C096/18: CAMINADO DESDE LA ESCUELA HACIA LA SALUD EN POSITIVO. PROYECTO COLABORATIVO CEIP ALMOZARA- CS. ALMOZARA.

Primer autor: *Ruth Tomeo Muñoz. Centro de Salud La Almozara*

Coautores: *María Muro Culebras, Naiara Gargallo Gasca, Daniel Martín Bernad, Alberto Jacinto Martín, Sandra Jiménez Asensio, Gloria Clavería Sancho, María Plumed Tejero*

Resumen:

Objetivos: - Empoderar al alumnado del CEIP Almozara en conceptos de salud positiva, hábitos saludables, prevención de riesgos y actuación en situaciones de emergencia sanitaria. - Implicar a los alumnos del CEIP Almozara en la gestión de su propia salud, con el fin último de promover hábitos de vida saludable. - Facilitar a los alumnos la difusión de los conocimientos adquiridos al ámbito familiar, para extender al barrio en el que estamos situados y, a la sociedad, los conceptos de vida saludable. - Afianzar la Escuela de Padres y de este modo fomentar la parentalidad en positivo. - Continuar con el trabajo en red realizado con el claustro y el AMPA, ya iniciado en los cursos escolares previos. - Proseguir la formación de los subsiguientes componentes del EAP en actividades de educación para la salud.

Método: Formalizaremos reuniones de forma trimestral, tanto del equipo del proyecto como junto con el equipo directivo del colegio, con la finalidad de programar actividades, facilitar recursos, y analizar las actuaciones realizadas. Realizaremos dos reuniones con el AMPA para trabajar temas de salud de interés para las familias. Impartiremos al alumnado, desde el aprendizaje significativo, los siguientes talleres adecuados a suciclo formativo: Educación Infantil: conocer el trabajo de los sanitarios en el centro de salud 1 Ciclo de Educación primaria: actuación ante una emergencia sanitaria 2 Ciclo de Educación Primaria: hábitos de vida saludables 3 Ciclo de Educación Primaria: prevención de adicciones y manejo adecuado de redes sociales.

Resultados: Se ha realizado un taller para padres sobre primeros auxilios en el hogar con una satisfacción global entre los asistentes del 96%. A modo de actividad piloto, se han llevado a cabo varios talleres participativos con los alumnos de educación infantil para darles a conocer la labor que se desarrolla en un centro de salud. Así mismo, se inculcó la importancia de las actividades preventivas. Se ha conseguido una renovación constante del equipo de EpS en nuestro centro. Se pretende alcanzar un estándar del 60% en las actividades ofertadas a los alumnos y un 50% en las ofertadas a los padres.

Conclusiones: A pesar de las dificultades para la realización de actividades de Educación para la Salud, por la presión asistencial y la ausencia de tiempo específico para su realización, la renovación del equipo del proyecto, la satisfacción de profesores, sanitarios y padres nos anima a continuar con este camino de salud en nuestra comunidad.

C118/18: CREACIÓN DEL BLOG DEL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE

Primer autor: *Dolores Museros Sos. Hospital Universitario Miguel Servet*

Coautores: A*ura Rodríguez Serra, Alba Fraile Muñoz, Blanca Urdín Muñoz, Laura Tejada de los Santos, María Sarvise Mata, Javier García Rodríguez, Pilar Casasnovas Navarro*

Resumen:

Objetivos:
-Dar visibilidad a las actividades del centro.
-Crear un espacio virtual de contacto con la comunidad.
-Poner a la disposición de la población herramientas para su cuidado.
-Educación para la Salud fuera de la consulta.

Métodos: Pretendemos llegar a los pacientes ofertando actividades y ofreciendo nuevos servicios:
-Actividades: Hemos promocionado el blog tanto en nuestro centro de salud como en el resto de centros y asociaciones del barrio, nos coordinamos para hacer los posts bimensuales y hacemos reuniones de equipo frecuentemente.
-Oferta de servicios: De forma programada (mínimo cada 15 días) se actualizan las actividades/talleres que se hacen en el centro/barrio, se da información sobre patologías prevalentes en cada momento y se añaden nuevos enlaces de interés sanitario.

Resultados: A día de hoy, ya contamos con más de mil visitas y paciente interesados en nuestras actividades en el centro.

Conclusiones: La experiencia está siendo enriquecedora, ha sido gratificante ver cómo iba tomando forma y crear algo desde cero. Fue duro y desmotivador ver parado todo el trabajo realizado por temas burocráticos y no haber podido lanzarlo a la web durante meses, y que además no nos permitan hasta la fecha que los pacientes puedan hacer preguntas o comentarios sobre los posts.

Lecciones aprendidas: Este trabajo se puede realizar en cualquier centro de salud que quiera estar “conectado” a sus pacientes fuera de la consulta y dar a conocer de una manera rápida las actividades que se realizan.

C157/18: ACTIVIDAD GRUPAL DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA LACTANCIA Y CUIDADOS DEL LACTANTE.

Primer autor: *María Ángeles Checa Diez . Dirección de Atención Primaria De Zaragoza I*

Coautores*: María Teresa Tolosana Lasheras*

Resumen:

La educación a grupos es eficaz para conseguir hábitos saludables, se contempla a la familia de manera integral dando importancia a los aspectos físicos, psíquicos emocionales. Los grupos de iguales tienen un valor muy importante al ser los integrantes quienes tienen las soluciones adecuadas a las dificultades planteadas

Actividades Realizadas: se realizan 5 ciclos de 8 clases según proyecto inicial Iniciando en Enero de 2017 siguiendo calendario escolar. Técnica de lactancia,extracción y manipulación de la leche Manejo problemas menores en los lactantes, fiebre, mocos, vómitos.... Problemas en la lactancia, prevención y soluciones. Desarrollo del sueño en la infancia.Mantenimiento de la lactancia, vuelta al trabajo.Accidentes y urgencias en la infancia Alimentacion complementaria.Cuidados en la salud de la mujer, Sexualidad en esta etapa, planificación familiar. Plan de comunicación: Se realiza charla acreditada el 13 de Junio 2017 de la evolución del proyecto, Para la difusión se colocan carteles en las salas de espera, en las consultas y se informa de la existencia de esta actividad. Divulgación a través del Blog " os interesa.com" gestionado por Teresa Tolosana participante de este proyecto. Las propias mujeres participantes animan a otras madres de otras zonas de salud a que acudan. Se facilita y anima a las madres a realizar actividades sociales fuera del centro, como grupos de Wasapp, Facebook, actividades lúdicas, donde compartir experiencias, intercambio de recursos y apoyo en la crianza.

Resultados: El número de madres que han asistido fueron un total de 65, de las cuales 50 han completado el ciclo. Las encuestas fueron entregadas hasta el 31 de diciembre 2017 42 encuestas. Se responde en una escala de 1 al 5 donde el 5 sería muy satisfecho y el 1 nada satisfecho: La satisfacción es muy alta en un un 93,33%. Cumplimiento del objetivo del proyecto: facilitar formación y seguridad en la crianza y sentirse capaces de tomar decisiones y dar atención en aquellos problemas frecuentes en la infancia sin que tengan que recurrir a la atención de un profesional y la adquisición de conocimientos y desarrollo de habilidades necesarias para la consecución de una lactancia exitosa, En la encuesta las madres responden el 70% la puntuación máxima 5 y el 30% una puntuación de 4, por lo que consideramos que el proyecto cumple los objetivos principales

Conclusiones: Se ha conseguido buenos resultados, se observa que las madres usan con más criterio los recursos sanitarios.

COMUNICACIONES MESA 14

COD	TÍTULO COMUNICACIÓN	Nombre	Centro	Mesa	Día
C050/18	PROGRAMA DE VOLUNTARIADO HOSPITALARIO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CANCER (AECC)	M Nieves Rubio Norza	Asociación Española contra el Cáncer	14	14
C065/18	ELABORACIÓN DE HOJAS INFORMATIVAS PARA PACIENTES ONCO-HEMATOLÓGICOS EN TRATAMIENTO CON ANTINEOPLÁSICOS ORALES	Moisés Uriarte Pinto	Hospital Ernest Lluch Martín	14	14
C066/18	IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS	Moisés Uriarte Pinto	Hospital Ernest Lluch Martín	14	14
C107/18	"CIRCUITO QUIRÚRGICO". MEJORA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRURGICO.	Patricia Tomey Cebrian	Hospital Ernest Lluch Martín	14	14
C120/18	FORMACIÓN AL CUIDADOR DEL PACIENTE GERIÁTRICO: CONSEJOS PRÁCTICOS SOBRE ASPECTOS NUTRICIONALES Y PROBLEMAS DE MOVILIDAD	Maria Luisa Gaspar Ruz	Hospital Ntra. Sra. De Gracia	14	14
C128/18	CALIDAD PERCIBIDA EN HEMODINÁMICA.	Pilar López Cuartero	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa	14	14
C130/18	PUESTA EN MARCHA DE UN GRUPO DE INCIDENTES EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA	Miguel Martínez Roig	Hospital Royo Villanova	14	14
C200/18	INCLUSIÓN ANTICIPADA DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE RENAL	Olga Gracia Garcia	Hospital de Alcañiz	14	14

C050/18: PROGRAMA DE VOLUNTARIADO HOSPITALARIO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CANCER (AECC)

Primer autor: *M Nieves Rubio Norza. Asociación Española contra el Cáncer*

Coautores: *M Eugenia Perez Colon, Olga Huerta Romero, Carolina Garcia Ibañez*

Resumen:

Objetivo: El ingreso en el hospital por diagnóstico de una enfermedad oncológica, es vivenciado por el paciente como un shock, debido a una serie de experiencias que de el se derivan como: privación de su entono, pérdida de contacto y comunicación con su familia, amigos, frustración por su pérdida de autonomía, sometimiento a pruebas dolorosas. Todo ello conlleva a que el paciente desarrolle sentimientos de temor, ansiedad, afectando a su bienestar. El objetivo principal del programa es conseguir el máximo bienestar y mejorar la calidad de vida de los enfermos con cáncer y sus familiares durante el ingreso hospitalario, tratamiento o visitas médicas, centrándonos en:-Prevenir, compensar o contrarrestar la aparición de posibles problemas emocionales derivados de la situación de hospitalización y enfermedad -Favorecer el descanso físico y emocional del cuidador primario. -Facilitar el desahogo emocional -Dar a conocer los recursos existentes. Los beneficiarios del programa serán todo enfermo oncológico en cualquier fase de la enfermedad o paliativa que se encuentre en el hospital con necesidades de apoyo social. Al igual que sus familiares que necesiten apoyo emocional y descanso para hacer frente al proceso de enfermedad.

Metodologia:El Programa se desarrolla en los distintos Hospitales, en los que facilitan un espacio concretamente un despacho para realizar la actividad voluntaria y atender a personas con cáncer y sus familiares que necesiten del servicio de voluntariado, así como a cualquier profesional que demande nuestros servicios. El Programa consta de una Coordinadora responsable y de un grupo de voluntarios de hospital que han superado un proceso de selección y formación que les proporciona de unas herramientas y habilidades para ejercer su acción voluntaria. A su vez los voluntarios reciben formación continua, reuniones de seguimiento grupal e individual cuando son necesarias. El Programa en el Hospital está dirigido y supervisado por la Coordinadora de la AECC, que desarrolla su función en el despacho del Hospital habilitado para la acción voluntaria.

Resultados: Con el objetivo de conocer el grado de satisfacción de los beneficiarios del programa de voluntariado hospitalario, en 2015 la AECC realizó un estudio a nivel nacional eligiendo un Hospital de cada Comunidad Autónoma, siendo el Hospital Clinico Lozano Blesa elegido en Aragón para realizar el estudio. El estudio concluye en líneas generales que no se piden realizar más actividades, sino ampliar las coberturas y horarios.

C065/18: ELABORACIÓN DE HOJAS INFORMATIVAS PARA PACIENTES ONCO-HEMATOLÓGICOS EN TRATAMIENTO CON ANTINEOPLÁSICOS ORALES.

Primer autor: *Moisés Uriarte Pinto. Hospital Ernest Lluch Martín*

Coautor: *Isabel Pajares Bernad, Berta María Jiménez Rubiano, Marta Malo Yagüe, María Jesús Escobar Ramón, María Pilar Solorzano Garrido, Ana María Blancas Costea, María José Nebot Villacampa*

Resumen:

Objetivos: En la actualidad el uso de fármacos antineoplásicos orales representa en torno al 25-30% de todos los agentes antitumorales utilizados.La quimioterapia oral presenta ventajas para los pacientes ya que les confiere mayor autonomía, además de reducir el riesgo asociado al uso de vías centrales y catéteres, sin embargo, también suponen un reto para los profesionales ya que se debe asegurar una correcta adherencia, manejo de residuos tóxicos en el domicilio del paciente, riesgo de sobredosis, interacciones con alimentos u otros medicamentos, etc. Por todo ello, la atención farmacéutica prestada al paciente onco-hematológico es una pieza clave en el proceso asistencial de estos pacientes. Elaborar y actualizar hojas estandarizadas de información para ser entregadas a los pacientes que inicien tratamiento con fármacos antineoplásicos orales. Aumentar la información aportada al paciente respecto a las recomendaciones de administración, recomendaciones para actuar ante olvidos de dosis, posibles interacciones y efectos adversos más frecuentes y condiciones de conservación de la medicación entre otra información de interés

Método: Elaboración de las hojas de información de los nuevos antineoplásicos orales y actualización de las ya existentes. Informar tanto de forma oral como escrita, mediante la entrega de los dípticos a los pacientes, en el propio acto de dispensación de la medicación en el Servicio de Farmacia a los pacientes que inician un nuevo tratamiento antineoplásico oral.

Resultados: En colaboración de los Servicios de Farmacia Hospitalaria, Oncología Médica y Hematología se ha llevado a cabo la actualización y elaboración de dípticos informativos. Todos los pacientes que inicien tratamiento con antineoplásicos orales serán informados desde el Servicio de Farmacia, en el momento de la primera dispensación de medicación, aportándole tanto información oral como los dípticos de información relacionada con su nuevo tratamiento.

Conclusiones La atención farmacéutica al paciente onco-hematológico es una pieza clave en el proceso asistencial de estos pacientes. La información escrita, además de la aportada oralmente, facilita la comprensión por parte del paciente de las características de su tratamiento.

Lecciones aprendidas: La atención farmacéutica prestada al paciente onco-hematológico es una pieza clave para la optimización de su tratamiento.
La información aportada a los pacientes ayuda a disminuir los riesgos asociados al uso de medicamentos.

C066/18: IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS.

Primer autor: *Moisés Uriarte Pinto. Hospital Ernest Lluch Martín*

Coautores: *Ignacio Carlos Sagardoy Valera, Elena Morte Romea, Leticia Ollero Domenche, Abid Antonio Reyes Figueroa, Jose Arnoldo Grajeda Juarez, Javier Torcal Aznar, María José Nebot Villacampa*

Resumen:

Objetivos: Casi la mitad de los errores graves de medicación se deben a la falta de información relativa al paciente y a los fármacos, con frecuencia los tratamientos se prescriben de forma manual, lo que puede ser causa de errores por ambigüedad de las prescripciones, ilegibilidad, errores de cálculo o transcripción. Tras la realización de un AMFE del proceso de prescripción manual, validación, dispensación y administración de medicamentos en nuestro hospital, vimos que la implantación de un sistema de prescripción electrónica podría reducir muchos de los errores más frecuentes y graves asociados al uso de medicamentos. Implantación de un sistema de prescripción electrónica asistida en un hospital de 125 camas.

Método: Se revisarán un total de 1800 fichas de medicamentos, eliminado las de aquellos medicamentos que no se emplean en la actualidad en nuestro hospital y unificando aquellas de las distintas presentaciones comerciales de un mismo medicamento. Una vez revisadas y actualizadas las fichas se comenzará con la fase de formación para posteriormente seguir con el proceso de implantación en las unidades de hospitalización.

Resultados: Previamente a la implantación de la prescripción electrónica asistida se debe adecuar la base de datos de medicamentos del Servicio de Farmacia de la que se nutrirá el sistema de prescripción electrónica. Para ello se actualizarán todas las fichas de los distintos medicamentos disponibles en el hospital modificando su nombre comercial al de su principio activo, revisando y actualizando la dosis y pauta más habituales, dosis máxima, recomendaciones para la administración, para la dilución, etc. Una vez finalizada esta fase, se comenzará el proceso de formación a los facultativos prescriptores, así como al personal de enfermería de las unidades de hospitalización para finalizar con el proceso de implantación.

Conclusiones: La prescripción electrónica supone la eliminación de los procesos de transcripción de las órdenes médicas que suponen una de las principales fuentes de errores. Además, de otros factores importantes como la ilegibilidad, ambigüedad, etc.Todo esto redunda en un aumento de la seguridad del paciente hospitalizado.

Lecciones aprendidas: La prescripción electrónica asistida ha demostrado ser una tecnología que ayuda a mejorar la seguridad del paciente en el proceso de utilización de los medicamentos. El trabajo multidisciplinar realizado para llevar a cabo su puesta en funcionamiento, nos ha ayudado a aumentar la conciencia sobre seguridad del paciente.

C107/18: "CIRCUITO QUIRÚRGICO". MEJORA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRURGICO.

Autor: *Patricia Tomey Cebrián. Hospital Ernest Lluch Martín*

Resumen:

Los pacientes acuden a la consulta del especialista, derivados por su MAP para valorar intervención quirúrgica. La mayoría de pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente, bien sea por la edad, por su estado general de salud, por el grado de ansiedad que genera en ellos el proceso quirúrgico o simplemente por la gran cantidad de información recibida en solo unos pocos minutos, salen de la consulta sin haber asimilado toda la información y generando dudas acerca de los pasos a seguir tras la dicha consulta.

Objetivos: Proporcionar información clara y sencilla sobre los pasos a seguir tras ser incluido en LEQ (Lista de espera quirúrgica). Garantizar una correcta asistencia sanitaria desde el inicio del proceso quirúrgico, orientando al paciente y/o familia. Disminuir el grado de ansiedad de paciente y/o familia. Aumentar el grado de satisfacción del paciente. Mejorar la calidad asistencial del paciente quirúrgico.

Material Y Métodos: En el 2017, en el Hospital E. Lluch se realizaron 2500 cirugías Programadas y 518 cirugías de Urgencia. No hay un estudio que indique claramente una desinformación de los pacientes desde que son incluidos en LEQ hasta el día de la intervención pero la mayoría de ellos que acuden a nuestro hospital son personas en edad avanzada o pacientes jóvenes que por el contrario desconoce el ambiente hospitalario, En ambos casos se ha detectado desconocimiento del proceso quirúrgico y como herramienta para ello se ha diseñado un folleto/tríptico informativo que indique de manera breve, gráfica y de fácil comprensión, el proceso que debe seguir el paciente desde su inclusión en LEQ hasta el mismo día de la intervención quirúrgica. La enfermera responsable de cada consulta especialista, será la encargada de proporcionar el tríptico informativo al paciente, sin distinción de edad ni sexo, ofreciendo una breve explicación del mismo, con el objetivo principal de informar de manera clara, gráfica y sencilla los pasos a seguir antes de la intervención quirúrgica

Resultados:
Implantación del proyecto en el Hospital E. Lluch. El paciente recibirá la máxima información posible sobre el proceso. El paciente manifiesta no tener dudas. Aumento del grado de satisfacción del paciente. Mejora en la calidad asistencial

Conclusiones:
Plan de mejora en proceso de implantación. Evaluar el grado de satisfacción mediante encuesta telefónica, con una muestra de 75 pacientes incluidos en LEQ programada en el 2019, a excepción de las intervenciones urgentes.

C120/18: FORMACIÓN AL CUIDADOR DEL PACIENTE GERIÁTRICO: CONSEJOS PRÁCTICOS SOBRE ASPECTOS NUTRICIONALES Y PROBLEMAS DE MOVILIDAD.

Primer Autor: *María Luisa Gaspar Ruz. Hospital Nuestra Señora de Gracia*

Coautores: *Carmen Cánovas Pareja, Genoveva Labari Sanz, Beatriz Monterde Hernández, Marta González Eizaguirre, Carmen Deza Pérez, Ignacio Ferrando Lacarte, Carmen Elías De Molins Peña*

Resumen:

Se han realizado en el Hospital Nuestra señora de Gracia de 3 jornadas de talleres en febrero, mayo y noviembre de 2017 para cuidadores informales familiares o profesionales. Se ha realizado la captación de cuidadores interesados en recibir formación práctica sobre como atender al paciente geriátrico dependiente a nivel de hospitalización o en consultas externas del Servicio de Geriatría. Se ha realizado previamente difusión de los mismos por diferentes estrategias:

-Información a los equipos directivos -Realización de carteles informativos distribuidos por todo el hospital

-Elaboración de folletos de difusión colocados en las habitaciones de los pacientes y entregados en las consultas externas.

-Realización de un video de presentación para visualizarse en la TV de las habitaciones

Se ha formado con carácter estable un grupo de mejora formado por médicos del Servicio de geriatría, enfermera de enlace, enfermera responsable de consulta del cuidador, nutricionista y terapeuta ocupacional. Se han preparado los talleres con temas prácticos y contenido didáctico y sencillo de seguir para el cuidador no profesional. Se ha entregado material didáctico sobre los temas de formación. Se han impartido 3 talleres sobre temas de interés en este colectivo: Recomendaciones nutricionales. Manejo del paciente con disfagia, Movilidad del paciente dependiente, Atención a trastornos de conducta en el paciente con demencia.

Duración y calendarios realizados: 1. Preparación curso, captación cuidadores: Primer trimestre 2017 febrero 2017 2. Captación cuidadores. Segunda sesión formación: Segundo trimestre 2017 mayo. 3. Tercera sesión y evaluación de resultados: tercer trimestre noviembre de 2017.

RESULTADOS ALCANZADOS: Ha habido una alta participación en los talleres con una media de 25 participantes en cada taller con predominio de cuidadores profesionales. Algunos de ellos han solicitado volver a acudir a próximas ediciones. Se han realizado evaluación de resultados mediante encuesta de satisfacción con resultados muy positivos 100% Preguntas planteadas: ¿Le ha parecido interesante el tema tratado? 100% responden si ¿Le ha parecido útil? 100% responden si ¿La exposición ha sido sencilla? 100% responden si ¿Lo recomendaría a otro cuidador? 100% responden si Se plantea para 2018 la continuidad de los talleres con carácter estable. Se esta organizando un curso para formación de personal sanitario que permita una mayor difusión de las recomendaciones para los cuidadores.

C128/18: CALIDAD PERCIBIDA EN HEMODINÁMICA.

Primer Autor: *Pilar López Cuartero. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

Coautores: *Mª Cruz Paesa Garza, Joana Jiménez Agesta, Adriana Ruíz Fernández, Antonela Lukic Otanovic, Marta Charlo Bernardos, Elena López Cuartero, Mª Dolores Bernal Julian*

Resumen:

OBJETIVOS

1. Conocimiento de nuestra realidad (de nuestros procesos y sus posibles riesgos) seguridad y calidad percibida por nuestros pacientes.

2. Registrar la voz del paciente como concepto de satisfacción y medida de resultado de la actividad asistencial.

3. Desarrollar una primera fase de un programa proactivo de gestión de riesgos, que nos permita analizar la situación e identificar oportunidades de mejora.

MÉTODO: Metodología cualitativa mediante encuesta de calidad percibida SERVQHOS validada y modificada para nuestra unidad de Cardiología Intervencionista (hemodinámica). Consta de 10 ítems que se evalúan mediante una escala de Likert, de uno a cinco, siendo 1 “mucho peor de lo que esperaba” y 5 “mucho mejor de lo que esperaba”. Se realiza de forma personal y anónima a una muestra de 30 pacientes ingresados en nuestro hospital tras coronariografía programada. Adicionalmente existe un espacio en blanco en el cual el usuario puede escribir sugerencias y propuestas. A su vez se registraron como datos demográficos la edad y sexo con el fin de asegurar la confidencialidad de la información.

RESULTADOS: - N=30, 67% son hombres y un 33% mujeres, - Edad media 67 años, de un intervalo entre 86-46 años, - Un 53% son ingreso programado en planta de cardiología y 47% ingresos provenientes de urgencias, - Con 4,9 los ítems mejor valorados corresponden a; disposición del personal para ayudarle cuando lo ha necesitado, y el trato personalizado que se da a cada paciente, - El espacio físico e instalaciones resulta el ítem menos valorado, seguido de los elementos de confort (camilla, almohadas, etc..), con 3,7 y 3,8 respectivamente, - Un 52% de los pacientes valoraron mejor la información post-cateterismo que la pre-cateterismo.

CONCLUSIONES: Destacada satisfacción global de los cuidados que el paciente percibe en la unidad de hemodinámica valorando especialmente el componente humano (accesibilidad, confianza transmitida y capacitación). Por el contrario, son necesarios más recursos materiales y económicos que mejoren la adecuación del espacio físico, instalaciones y los elementos de confort. Alta valoración de la información recibida posterior al procedimiento que puede predecir la implicación del paciente y el cumplimiento terapéutico. Se relaciona la menos valorada con la situación del ingreso procedente desde urgencias. Proponer a futuro medir la calidad percibida de forma periódica en nuestra unidad, validar y ampliar su consistencia, y comparar con otras organizaciones.

C130/18: PUESTA EN MARCHA DE UN GRUPO DE INCIDENTES EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA.

Primer Autor: *Miguel Martínez Roig. Hospital Royo Villanova*

Coautores: *Alfonso Arilla Aguilella, Juan Manuel Bernad Polo, Isabel Lozano Soriano, Carmen Ortega Herce*

Resumen:

La dinámica de funcionamiento de una unidad de ingresos Psiquiátricos origina múltiples situaciones de incidentes en los que la seguridad del paciente o del personal se ve comprometida. La puesta en marcha de un grupo de estas características en el que se han integrado FEAs, DUEs y TCAEs ha demostrado la amplia variedad de situaciones que se pueden denominar incidentes, algunas de ellas pese a estar protocolizadas (como las contenciones físicas) y otras más críticas como las agresiones a personal o las emergencias vitales. Desde su puesta en marcha en septiembre se han abordado los siguientes temas:

- Problemas y errores en el suministro y administración de medicaciones o en el manejo del Unidosis

- Dudas en cuanto a la concesión de permisos

- Caídas en las duchas

- Conductas fuera de protocolo al dispararse la alarma

- Partes Judiciales que no son enviados

- Errores en el etiquetado de los volantes de analíticas y pruebas complementarias

- Agresiones a personal

- Actuación descoordinada en caso de fuga

- Pacientes ingresados sin cambiarse o contenciones sin tratamiento pautado (Excepciones a la práctica habitual)

- Que hacer cuando un familiar demanda bienes de un ingreso involuntario

- Información sobre SINASP

Las resoluciones del grupo para abordar esos temas han incluido

- Propuestas para hacer más comprensibles las autorizaciones de paseo y sus horarios

- Establecer un registro de permisos

- Reglamento de actuaciones al dispararse la alarma

- Iniciar un registro de caídas

- Hacer una solicitud de mejora de los baños

- Solicitar al ingeniero un sistema para silenciar la alarma

- Informar a Farmacia de las incidencias surgidas con las medicaciones

- Elaboración reglamento para peticiones analíticas

- Elaboración reglamento para gestión autorización judicial

- Elaboración de protocolo de fugas

- Recomendación a todos los facultativos de hacer constar en HC las excepciones a la práctica habitual y las razones que llevan a esa decisión

- Recordar que las pertenencias de paciente solo deben de ser entregadas a el o a quien le autorice

- Tomar decisiones sobre si el incidente debe ser notificado al SINASP

C200/18: INCLUSIÓN ANTICIPADA DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE RENAL.

Primer Autor: *Olga Gracia García, Hospital de Alcañiz*

Coautores: *Ignacio López Alejaldre, Sara Bielsa Gracia, Mariola Antoran Moreno y Raquel Ibáñez Molero*

Resumen:

Objetivos: La inclusión anticipada de pacientes aptos para trasplante renal (TXR) con ERC progresiva y filtrado glomerular <20 ml/min en los que se prevea la necesidad de diálisis entre 6 meses y un año Reducir el periodo entre el inicio de diálisis y la inclusión en lista de espera (LE) de TXR.

Métodos: Se han seleccionado pacientes seguidos en la consulta ERCA (enfermedad renal crónica avanzada) considerados aptos para el TXR con FG<20ml/min y/o previsión de inicio de tratamiento renal sustitutivo (TRS) entre 6 meses y 1 año. En dichos pacientes, se han solicitado las pruebas de inclusión en LE de TXR según protocolo. Los recursos empleados han sido; crear una base de datos con los pacientes seleccionados, las pruebas solicitadas con la fecha de solicitud y las pruebas realizadas con su fecha de realización. Paralelamente se ha identificado la historia clínica de cada paciente con un código de pegatinas (Verde: candidato a TXR con estudio iniciado; Azul: candidato a TRS pero no a TXR; Amarillo: candidato a tratamiento renal conservador). Cada 15 días se realiza una revisión y actualización de las pruebas realizadas a los pacientes seleccionados. Indicadores: Porcentaje de pacientes < 65 años incluidos en LE. Porcentaje del total de pacientes en TRS incluidos en LE. Tiempo entre inicio de diálisis e inclusión en LE. El seguimiento y la evaluación se realiza al final de año coincidiendo con la memoria anual de la LE de TXR de Aragón.

Resultados: A lo largo del periodo 31/12/2016- 31/12/2017: Número de pacientes en LE de TXR del total de pacientes en TRS (diálisis): 6 pacientes (17-20% dependiendo del número de pacientes prevalentes en diálisis), de los cuales, 2 pacientes (33%) tenían < 65 años. Número de pacientes en LE de TXR trasplantados en este periodo: 3 pacientes. Tiempo entre el inicio de diálisis e inclusión en LE:
Media 8.6 meses (5 meses- 13 meses).

Conclusiones: La media actual en Aragón para la incorporación de pacientes en LE de TXR es de 16-17 meses. Los cambios acometidos en el último año nos han permitido situarnos muy por debajo de esta media (8.6 meses), sin embargo, todavía existe un margen para la mejora que nos debería permitir reducir la actual demora media en 6 meses. Teniendo en cuenta la edad de nuestros pacientes incidentes en TRS (el 56% son mayores de 65 años, de los cuales, un 28% tienen más de 75 años), la inclusión en LE de TXR en prediálisis supone un especial beneficio en pacientes ancianos cuya ventana de trasplante es más limitada

COMUNICACIONES MESA 15

COD	TÍTULO COMUNICACIÓN	Nombre	Centro	Mesa	Día
C022/18	PERCEPCIÓN DEL VALOR DEL FARMACÉUTICO DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA OPTIMIZAR Y MEJORAR LA CALIDAD DE LA FARMACOTERAPIA	Cristina Pérez Diez	Centro de Salud Teruel Ensanche	15	14
C115/18	TRIMETAZIDINA: RESULTADOS DE LA ESTRATEGIA DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DOS AÑOS DESPUÉS DE LA ALERTA FARMACÉUTICA	Miren Arantzazu Garcia Colinas	Dirección Atención Primaria Alcañiz	15	14
C125/18	ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS APLICADO AL ÁREA DE MEZCLAS INTRAVENOSAS DE UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA	Andrea Pinilla Rello	Hospital Universitario Miguel Servet	15	14
C126/18	ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS QUE APOYAN LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL	Andrea Pinilla Rello	Hospital Universitario Miguel Servet	15	14
C160/18	FENTANILO DE LIBERACIÓN INMEDIATA: ESTRATEGIA DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES POR USO FUERA DE INDICACIÓN	Miren Arantzazu Garcia Colinas	Dirección Atención Primaria Alcañiz	15	14
C164/18	USO SEGURO DEL POTASIO INTRAVENOSO: INTRODUCCIÓN DE SOLUCIONES DILUIDAS DE CLORURO POTÁSICO PREPARADAS COMERCIALMENTE	Ángel Escolano Pueyo	Hospital San Jorge	15	14
C194/18	ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS EN LA PRESCRIPCIÓN, VALIDACIÓN Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARÍA	Arantxa Magallón Martínez	Hospital Universitario Miguel Servet	15	14
C195/18	ANÁLISIS DE LAS INCIDENCIAS EN EL ÁREA DE ENSAYOS CLÍNICOS DEL SERVICIO DE FARMACIA EN 2016	Arantxa Magallón Martínez	Hospital Universitario Miguel Servet	15	14

C022/18: PERCEPCIÓN DEL VALOR DEL FARMACÉUTICO DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA OPTIMIZAR Y MEJORAR LA CALIDAD DE LA FARMACOTERAPIA.

Primer autor: *Cristina Pérez Diez. Centro de Salud Teruel Ensanche*

Coautores: *Santiago Valdearcos Enguídanos, María Jesus Casas Sanz, María Soledad Ordas Anoro, María Teresa Laínez Lorente, Joaquín Vicente Mallén, Sagrario López Ibáñez, Matilde Martínez Martínez*

Resumen:

Objetivo: valorar la percepción de los profesionales sanitarios sobre el valor del Farmacéutico de Atención Primaria (FAP) y la necesidad de desarrollar la prestación del Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) en Atención Primaria (AP).

Métodos: Estudio descriptivo transversal cuanti/cualitativo. Análisis cuantitativo: cuestionario voluntario, confidencial y anónimo (18 preguntas). Se incluyó al personal sanitario de AP del Sector Teruel (n=196) (octubre-noviembre 2017). Las categorías profesionales se agruparon en dos grupos: A (médicos de AP (MAP), pediatras) y B (enfermeros/as, fisioterapeutas y matronas). Análisis cualitativo: grupo focal con médicos internos residentes (MIR) de Medicina Familiar y Comunitaria (n=18). No existía colaboración previa MIR-FAP. Análisis estadístico: variables cualitativas: proporciones y porcentajes; variables cuantitativas: medias y desviaciones estándar; contraste de variables cualitativas: test de Chi-cuadrado.

Resultados: Tasa de respuesta: 35,4 %; 60,3% mujeres, 55,1% mayores de 50 años y 94,2% con más de 10 años de ejercicio profesional. El 80,6% de encuestados considera al FAP miembro del equipo sanitario. El 86,0% del grupo A vs 55,6% del B considera que el desarrollo de SFT en AP ayudaría a mejorar el cuidado y calidad de vida de los pacientes (p=0,027). Grupo focal: 17 MIR (edad media 26,2 años, 58,8% mujeres). Principales barreras para desarrollar la práctica del SFT en el sector Teruel: dispersión geográfica y falta de recursos humanos suficientes.

Conclusiones: La prestación de SFT en AP supone una gran oportunidad para optimizar la farmacoterapia de los pacientes y promover la integración del FAP en los equipos multidisciplinares.

C115/18: RESULTADOS DE LA ESTRATEGIA DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DOS AÑOS DESPUÉS DE LA ALERTA FARMACÉUTICA.

Primer autor: *Miren Arantzazu Garcia Colinas. Dirección De Atención Primaria Alcañiz*

Coautores: *Roberto González de Mendibil Astondoa, Dolores Lloréns Palanca, José María Turón Alcaine, María José Martínez Ferri*

Resumen:

Objetivo: Evaluar el resultado de las intervenciones sobre el tratamiento fuera de indicación con trimetazidina tras la nueva nota de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) MUH (FV) 15/2016.
Metodología: Análisis prospectivo y multicéntrico de la intervención farmacéutica desde julio 2016 hasta mayo 2018 en el Sector Sanitario de Alcañiz.
Fases: Julio 2016. Publicación de la nota de la AEMPS y envío por correo-e a todos los médicos del sector e inclusión de la nota en la intranet. Diciembre 2016. Revisión de los tratamientos activos (ver CM) se decide (previa comunicación a los directores de AP y AE):Impartir sesión farmacoterapéutica en los EAP por la farmacéutica de atención primaria (FAP). Enero y febrero 2017. Envío de listados a los médicos con los pacientes en tratamiento activo con diagnóstico diferente al autorizado. Comunicación con los médicos de atención especializada que prescribían la trimetazidina fuera de indicación (junto con la FH). Marzo y abril 2017. Se recuerda por correo-e y reuniones presenciales a los médicos tanto de atención primaria como de atención especializada la acción a llevar a cabo (y se van analizando resultados). Mayo 2017 se analizan los tratamientos activos y suspendidos.Febrero 2018. Envío de listados a los médicos con los pacientes en tratamiento activo con diagnóstico diferente al autorizado. Mayo 2018 se analizan los tratamientos activos y suspendidos. Fuente de datos: DATA de farmacia e historia farmacoterapéutica electrónica. Análisis con Excel de Microsoft Office®. Población incluida: pacientes del sector con prescripciones activas de trimetazidina entre julio 2016 - febrero 2018. Variables de resultado: suspensiones de tratamiento y tratamientos activos.

Resultados: Julio 2016: 596 pacientes estaban en tratamiento con trimetazidina. De ellos, 572 se encontraban afectados por los criterios de la alerta (564/596; 95,97 %). Diciembre de 2016: 98,60% (564/572) de los afectados seguían en tratamiento. Mayo 2017 (tras 1ª intervención): se suspende el tratamiento del 61,52% (347/564) de los pacientes revisados. Mayo 20181 (tras 2ª intervención): se suspende el tratamiento del 44,7% (97/217) de los pacientes revisados. El uso de los sistemas de información permite detectar tratamientos inadecuados y realizar una intervención por parte del FAP para mejorar la prescripción y evitar efectos indeseados. La revisión de tratamientos en base a parámetros de seguridad del paciente es bien acogida por los médicos de AP.

C125/18: ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS APLICADO AL ÁREA DE MEZCLAS INTRAVENOSAS DE UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA.

Primer autor: *Andrea Pinilla Rello. Hospital Universitario Miguel Servet*

Coautores: *Cristina Vicente Iturbe, Andrea Casajús Navasal, Arantxa Magallón Martínez, Marta Gómez Sanz, Ana Viñaras Fragueiro, Carlota Vinués Salas,*

Resumen:

Objetivo: Identificar los posibles riesgos en el área de mezclas intravenosas de un servicio de farmacia hospitalaria priorizando los más relevantes y estableciendo de mejora con el fin de aumentar la seguridad del paciente.

Material Y Métodos: Se utilizó la metodología Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE). Se reunió un equipo multidisciplinar compuesto por 2 farmacéuticas adjuntas encargadas del área, 1 farmacéutica residente que ha rotado en dicho área y 1 enfermera y 1 técnico de farmacia, que trabajan diariamente en el laboratorio. El equipo multidisciplinar identificó los modos de fallo potenciales de cada etapa del proceso, la existencia o no de controles y el efecto potencial del fallo. Posteriormente, se evaluó, mediante puntuaciones, el impacto asociado a cada modo de fallo mediante el número de prioridad de riesgo (NPR) en el que intervienen tres variables: ocurrencia, gravedad y detectabilidad. Se analizaron las puntuaciones obtenidas y se clasificaron los fallos en leves, medios y graves (puntos críticos). Se propusieron medidas de mejora para todos los modos de fallo priorizando y haciendo hincapié en los puntos críticos.

Resultados: Se detectaron 61 modos de fallo, 25 se consideraron de gravedad leve, 16 moderada y 20 puntos críticos. Entre los puntos críticos cabe mencionar duplicidad en la prescripción por exceso de prescripción en papel, dosis errónea al elaborar la preparación y no se cumplimenta la petición correctamente o se pierde antes de llegar al laboratorio de farmacia; para los que se propusieron las acciones de mejora: fomentar la coordinación y comunicación interna del servicio de farmacia con el fin de imprimir la prescripción electrónica del médico sin necesidad de solicitar impresos o peticiones desde el laboratorio de farmacia, control de pesada de las preparaciones a través de un módulo de elaboración segura del módulo DPA del programa informático Farmatools® e implantar la prescripción electrónica asistida en el área de mezclas intravenosas, respectivamente para cada punto crítico mencionado.
Conclusiones: La metodología AMFE ha permitido evaluar los principales modos de fallo y riesgos asociados del área de mezclas intravenosas priorizando en aquellos que se consideran puntos críticos con el fin de poner en práctica las acciones de mejora propuestas, en medida de lo posible. Será necesario evaluar de nuevo el impacto de las medidas propuestas, especialmente sobre los puntos críticos ya conocidos y valorar si se detectan nuevos modos de fallo en los que trabajar.

C126/18: ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS QUE APOYAN LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL.

Primer autor: *Andrea Pinilla Rello. Hospital Universitario Miguel Servet*

Coautores: *Pilar Casajús Lagranja, Natalia de la Llama Celis, Raquel Arrieta Navarro, Josefa Carcelén Andrés, Mónica Izuel Rami, Arantxa Magallón Martínez, Olga Pereira Blanco*

Resumen:

Objetivos: Análisis y valoración de la aceptación de intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas sobe la prescripción electrónica médica durante el año 2017 en comparación con 2016.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizaron las IF realizadas en 2017 en 16 unidades de hospitalización (UH), urgencias del hospital general y 3 residencias. Las IF se realizaron después de revisar la prescripción y el perfil farmacoterapéutico del paciente cuyo destinatario fue el médico responsable de la prescripción. Variables registradas: datos demográficos del paciente, unidad de hospitalización, fármaco implicado, motivo de IF, forma de comunicación al destinatario y grado de aceptación. La valoración de la aceptación se llevó a cabo semanalmente, a través de la información obtenida del programa informático Farmatools®, analizando los cambios relacionados con las intervenciones que se habían producido en la prescripción. Se compararon los resultados con el año anterior, 2016.

Resultados: Durante un periodo de 12 meses se registraron 2501 IF, lo que supone una media de 6,9 IF/día, superior a 2016 con 2336 IF, 6,4IF/día. El 82,3% fueron aceptadas vs 85% en 2016. Las intervenciones se realizaron sobre 510 fármacos distintos frente a 363 en 2016. Los principios activos implicados con más frecuencia fueron HBPM (3%), hierro sacarosa (2,3%), estatinas (1,9%), amoxicilina/clavulánico (1,7%) y oseltamivir (1,5%) vs estatinas (2,3%), HBPM (2,0%), levofloxacino (1,4%) y ARA II (1,3%) en 2016. Por falta de datos, sólo conocemos la UH y la vía de comunicación en 2243 IF (258 excluidas en este campo). Se realizaron 1986 (88,5%) IF en UH del hospital general, 138 (6,2%) en urgencias HG, 108 (4,8%) en UH de traumatología y 11 (0,5%) en residencias. La principal vía de comunicación fue escrita 81% vs 71,4% en 2016, seguida de la telefónica 14,9% vs 19,5% en 2016. La conciliación del tratamiento fue el principal motivo de IF 25% vs 18,9% en 2016 seguido de la modificación de la dosis y/o frecuencia de administración 18,5% vs 45,7% en 2016. El 16% de las IF supusieron la suspensión del tratamiento por: duplicidad terapéutica, alergia, medicamento no indicado o interacción vs 29,3% en 2016.

Conclusiones: EL aumento de las unidades con prescripción electrónica favorece la intervención farmacéutica. El grado de aceptación de las IF muestra su contribución a la optimización de la prescripción médica ya que las IF minimizan los riesgos y persiguen aumentar la calidad asistencial que recibe el paciente.

C160/18: FENTANILO DE LIBERACIÓN INMEDIATA: ESTRATEGIA DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES POR USO FUERA DE INDICACIÓN**.**

Primer autor: *Miren Arantzazu García Colinas. Dirección De Atención Primaria Alcañiz*

Coautores*: Roberto González De Mendibil Astondoa, Dolores Lloréns Palanca, Cristina Trigo Vicente, María José Martínez Ferri, Mónica Agud Cardona, José María Turón Alcaine*

Resumen:

Objetivo: Evaluar el resultado de la intervención farmacoterapéutica de los farmacéuticos de atención primaria (FAP) sobre el tratamiento con fentanilo de liberación inmediata (FIL).

Material Y Métodos: Análisis prospectivo de la intervención farmacoterapéutica en los equipos de atención primaria del sector. El 21 de febrero de 2018 se publica una nota de la AEMPS MUH (FV) 5/2018 y se sube a la intranet. A los 15 días se revisan los tratamientos que continúan activos con consumos e indicación diferente a aprobada en la ficha técnica del medicamento, y se interviene mediante envío por correo interno de la nota de la AEMPS a los médicos de familia (MAP) del sector con prescripciones activas en condiciones de uso no autorizadas y el listado de pacientes/prescripciones a revisar. Al mes tras la intervención se analizaron los tratamientos activos y suspendidos. Fuente de datos: DATA de farmacia e historia farmacoterapéutica electrónica. Para el análisis se utilizó el programa Excel de Microsoft Office®. Población incluida: pacientes del sector que tuviesen prescripciones activas de FIL y dispensadas entre octubre 2017-marzo 2018. Variables de resultado: suspensiones de tratamiento y tratamientos activos

Resultados: 6 pacientes estaban en tratamiento con FIL en marzo 2018 en condiciones de uso no autorizadas. Se revisan los tratamientos activos en abril 2018 y se comprueba que el 50% (3/6) de los afectados seguían en tratamiento y con consumo.
Se llama a los MAP para conocer el motivo de continuación de los tratamientos y el 100% comentan que están indicados por la unidad del dolor.

Conclusiones: El uso de los sistemas de información permite detectar tratamientos inadecuados y realizar una intervención del FAP para mejorar la prescripción y evitar efectos indeseados, mejorando la seguridad del paciente y contribuyendo a un mejor uso de los medicamentos. La revisión de tratamientos en base a parámetros de seguridad es eficaz y bien acogida por los MAP, cuando se ha iniciado por ellos.
Cuando la prescripción se indica en la unidad del dolor, no se suspende ninguno de los tratamientos con independencia del tiempo transcurrido desde que se inició.
Lecciones Aprendidas: La información personalizada a los facultativos les resulta de gran utilidad y es eficaz, siempre que el tratamiento se haya originado por ellos. Conviene establecer líneas de trabajo con las unidades especializadas en este tipo de situaciones.

C164/18: USO SEGURO DEL POTASIO INTRAVENOSO: INTRODUCCIÓN DE SOLUCIONES DILUIDAS DE CLORURO POTÁSICO PREPARADAS COMERCIALMENTE.

Primer Autor: *Ángel Escolano Pueyo, Hospital General San Jorge.*

Coautores: *María Carmen Serrano Vicente, Natalia Allué Fantova, María Carmen Viñuales Armengol, María Pilar Amador Rodríguez.*

Resumen:

Objetivos: La administración incorrecta de soluciones concentradas de cloruro potásico (KCl) vía intravenosa constituye uno de los problemas más reconocidos y tratados en la seguridad del paciente. El objetivo de esta iniciativa es reducir los riesgos para los pacientes derivados de la administración intravenosa directa de KCl concentrado reemplazando las soluciones concentradas por soluciones ya diluidas preparadas comercialmente.

Método: Población diana: todos los pacientes del hospital que requieren fluidoterapia intravenosa con KCl.El proyecto se llevó a cabo adaptando a nuestro medio las "Recomendaciones para el Uso Seguro del Potasio Intravenoso" del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Dicha iniciativa se presentó en la "Comisión de Seguridad" y "Comisión de Farmacia y Terapéutica", las cuales refrendaron su puesta en marcha en el Hospital.

Resultados: Se estandarizaron las soluciones diluidas de KCl a utilizar en el hospital a 4 soluciones comerciales diluidas: 500mL de suero fisiológico con 10 y 20 mEq de K y 500 mL de suero glucosalino con 10 y 20 mEq de K. Se definieron 4 unidades asistenciales en las que, por sus características, sí se dispondría de KCl concentrado: Urgencias, UCI, Pediatría y Quirófano. En el resto de unidades y en el caso de que no fuera posible la estandarización de la prescripción de KCl a las 4 presentaciones comerciales diluidas disponibles se estableció un protocolo de actuación reservando el uso de ampollas de KCl intravenoso concentrado siempre a la dispensación restringida. Para contribuir a la difusión y uso seguro de las soluciones diluidas de KCl se impartieron sesiones informativas tanto al personal facultativo y de enfermería. También se elaboraron dípticos informativos que ponían de manifiesto la importancia del uso seguro del K intravenoso y que especificaban las nuevas presentaciones de KCl diluidas disponibles en el Hospital, así como la nomenclatura exacta para la prescripción facultativa y la administración segura por enfermería para evitar así errores. El día que se inició el uso de las soluciones de KCl diluidas se retiraron las ampollas de KCl concentrado de todas las unidades excepto en las autorizadas para su uso y se consiguió una tasa de sustitución KCl concentrado por KCl diluido del 87,5%.

Conclusiones: El KCl concentrado es un medicamento de alto riesgo en hospitales. Es necesaria la colaboración de todos los profesionales sanitarios involucrados para garantizar el éxito de esta importante iniciativa de seguridad del paciente.

C194/18: ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS EN LA PRESCRIPCIÓN, VALIDACIÓN Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIA

Primer Autor: *Arantxa Magallón Martínez, Hospital Universitario Miguel Servet*

Coautores: *Andrea Pinilla Rello, Josefa Carcelén Andrés, Mª Jesús Perrino Garrido. Silvia Alcubierre Iriarte, Mª de los Ángeles García Labarias, Marta Lavilla Martínez, Carlota Vinues Salas.*

Resumen:

Objetivo: Analizar los posibles riesgos en el área de prescripción, validación y dispensación de medicamentos en dosis unitarias, priorizar aquellos más relevantes y establecer medidas de mejora con el fin mejorar la seguridad del paciente.

Métodos: Se utilizó la metodología Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE). Se reunió a un equipo multidisciplinar (tres farmacéuticos, tres técnicos en farmacia y la supervisora de enfermería del servicio) que identificaron los modos potenciales de fallo de cada etapa del proceso. Se analizaron las posibles causas y efectos potenciales de fallo, así como los controles disponibles para evitar el error. Se evaluó el impacto asociado a cada modo de fallo mediante el número de prioridad de riesgo (NPR) en el que intervienen tres variables: ocurrencia, gravedad y detectabilidad. Por último, se analizaron las puntuaciones, se clasificaron en leves, medias y puntos críticos, y se propusieron medidas de mejora.

Resultados: Se detectaron 103 modos de fallo. Se consideraron de mayor gravedad aquellos centrados en la validación farmacéutica (alergia e interacción no detectada y vía de administración errónea), de mayor ocurrencia, retraso en la validación farmacéutica y fallo del programa en el cierre de carros; y de menor detectabilidad los relacionados con el llenado de carros (medicamento equivocado, mezclado con otro, mal colocado) y en la distribución (envío de la medicación a otra planta o ausencia de envío de medicación. 20 de los 103 modos de fallo fueron clasificados, según la clasificación NPR, como puntos críticos. De éstos, aquellos que obtuvieron mayor puntuación NPR fueron: confusión de medicamento en la realización del llenado de carros, distribución de la medicación a una planta equivocada (para los que se propuso como acción de mejora la formación y sensibilización del personal técnico) y la ausencia de envío de medicación. Para este último modo de fallo se propuso como solución la existencia de stocks de seguridad en medicamentos de mayor rotación y, por otro lado, comunicar al prescriptor la ausencia o retraso en el envío de la medicación para que tome la decisión pertinente.

Conclusiones. La metodología AMFE ha permitido evaluar los principales modos de fallo del área, conocer las posibles causas y efectos que tendrían en el proceso, priorizar aquellos considerados como más relevantes y trabajar en acciones de mejora. Aun así, será necesario evaluar de nuevo mediante esta metodología el impacto que han tenido las medidas propuestas.

C195/18: ANÁLISIS DE LAS INCIDENCIAS EN EL ÁREA DE ENSAYOS CLÍNICOS DEL SERVICIO DE FARMACIA EN 2016.

Primer Autor: *Arantxa Magallón Martínez, Hospital Universitario Miguel Servet.*

Coautores: *Rafael Huarte Lacunza, Silvia Bernabé Antolín, Andrea Pinilla Rello, Ágata Arias Sánchez, Olga Pereira Blanco, Pilar Olier Martínez, Amalia Gasso Sánchez.*

Resumen:

Objetivo: Analizar las incidencias registradas en el área de Ensayos clínicos (EC) del Servicio de Farmacia(SF) durante 2016 con el fin de detectar problemas y poner en marcha acciones que mejoren la seguridad de los procedimientos habituales.

Método: Estudio descriptivo y retrospectivo de las incidencias recogidas en el área de EC durante el año 2016 en el servicio de farmacia de un Hospital de referencia. Se registraron y analizaron las siguientes variables: persona que notifica la incidencia, fecha, EC, servicio, profesional implicado, fase del proceso, descripción, intervención y si afecta o no al paciente. El procesamiento de los datos se realizó con el programa Microsof Excell®.

Resultados: Se registraron 97 incidencias en los 189 EC activos, siendo el 80% perteneciente al área de Oncología. El 59,8% de las incidencias tuvieron lugar en la fase de prescripción, 21,65% en la fase de recepción y 8,23% en la dispensación. Lo que supone un 2,33 % del total de prescripciones (n=2488), 0,32% de dispensaciones (n=2488) y 2,5% de recepciones (n=841). En el análisis por profesional implicado destaca al prescriptor con el 62,9% de los casos. A nivel de la prescripción (n=58), las causas más comunes fueron: prescripción incompleta (41,38%), no especifica que el paciente es de EC (17,24%) y prescripción errónea (10,34%). En la recepción (n=21), las incidencias más comunes fueron errores relacionados con la conservación de la medicación de ensayo (23,8%) y ausencia de envío de albarán en el 23,8%. En la dispensación (n=8): no ajuste al protocolo en el 62,5% de los casos. En el 100% de los casos se intervino mediante la comunicación y notificación de las incidencias al personal sanitario involucrado y/o monitor del ensayo clínico.

Conclusiones: El análisis de las incidencias del área de Ensayos es una herramienta indispensable para el conocimiento de los errores más frecuentes. Para gestionar la correcta gestión de los EC es fundamental la comunicación de todo el personal implicado en el proceso, desde la recepción a la administración.

COMUNICACIONES MESA 16

COD	Título de la Comunicación	Nombre	Centro	Mesa	Día
C042/18	PRESCRIPCIÓN DE OXÍGENO EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA.	Armando Chaure Pardos	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa	16	14
C058/18	ADECUACIÓN DE LA GESTIÓN ECONÓMICA DE LOS PRODUCTOS SANITARIOS OBJETO DE PRESTACIÓN FARMACÉUTICA.	María Teresa Acín Gericó	Otros centros	16	14
C098/18	PATOLOGÍAS CRÓNICAS MÁS FRECUENTES EN ARAGÓN SEGÚN GRUPO DE EDAD Y SEXO.	Armando Chaure Pardos	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa	16	14
C144/18	FORMACIÓN MULTIDISCIPLINAR EN INVESTIGACIÓN TRASLACIONAL COMO ESTRATEGIA DE MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL.	Mercedes Ferrando Margelí	Hospital Universitario Miguel Servet	16	14
C153/18	DESARROLLO DE LA WEB DE DIFUSIÓN Y PARTICIPACIÓN DEL PROGRAMA PROA EN EL SECTOR ALCAÑIZ DENTRO DE LA ESTRATEGIA IRASPROA	Miren Arantzazu Garcia Colinas	Dirección Atención Primaria Alcañiz	16	14
C159/18	MEJORA EN LA SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA	Marta Palacios Laseca	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa	16	14
C180/18	APORTACION DEL TCAE EN EL MANEJO SEGURO DE FARMACOS EN EL PARITORIO DEL HUMS DE ZARAGOZA	Carmen Sanchez Castaño	Hospital Universitario Miguel Servet	16	14
C206/18	INCIDENCIA DE KLEBSIELLA PNEUMONIAE BLEE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL	Elena Morilla Morales		16	14

C042/18: PRESCRIPCIÓN DE OXÍGENO EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA.

Primer Autor: *Armando Chaure Pardos. Hospital Clinico Universitario Lozano Blesa*

Coautores: *Julián Mozota Duarte, María Pilar Cascán Herreros, María Hernández Bonaga, Joaquín Costán Galicia, Blanca Obón Azuara*

Resumen:

Objetivos: 1) Estimar la proporción de pacientes que reciben oxigenoterapia en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (HCU) y 2) evaluar la adecuación de la prescripción de oxígeno.

Método: Se realizaron dos cortes transversales para responder a los dos Objetivos:

. El primero de ellos incluyó a todos los pacientes del hospital. Para el segundo, se realizó un muestreo aleatorizado de los pacientes ingresados en 7 unidades representativas (2 de cirugía general, 2 de medicina interna y las unidades de neumología, neurología y traumatología) y se comprobó el uso real del oxígeno a cabecera del paciente y la prescripción en su historia clínica. Para los pacientes que llevaban oxígeno se valoró la saturación de pulso de oxígeno (SpO2), la existencia de prescripción, si ésta estaba completa (considerando como tal si se había indicado la interfase; el flujo y FiO2, y la modificación de la prescripción según la SpO2), si se había realizado una gasometría arterial o venosa y si el paciente tenía tendencia a la retención de CO2. Para evaluar la adecuación de la prescripción se utilizó como referencia la "Guía para el uso de oxígeno en centros sanitarios y urgencias" de la British Thoracic Society.

Resultados:

En el primer corte transversal se revisaron los 611 pacientes ingresados a 20 de marzo de 2018, constatando que 185 (30,9%) de ellos llevaban tratamiento con oxígeno. Los servicios de neumología, UCI y medicina interna agrupaban al 65% de los pacientes con oxigenoterapia. En el segundo corte se analizaron un total de 98 pacientes, de los cuales 29 (30%) llevaban tratamiento con oxígeno. Se constató que, de los pacientes con oxígeno, 25 (86,2%; IC95%: 73,7% a 98,8%) lo tenían prescrito en su historia clínica y 4 de estas prescripciones estaban completas (16%; IC95%: 2,7% a 29,3%); 16 pacientes (55,2%; IC95%: 37,1% a 73,3%) tenían tendencia a la retención de CO2, y 13 pacientes (44,8%; IC95%: 26,7% a 62,9%) tenían una saturación de oxígeno en rango.
Conclusiones:

Es muy frecuente la administración de oxígeno medicinal a los pacientes ingresados en el HCU, existiendo una importante oportunidad de mejora tanto en la indicación de la prescripción, como en la cumplimentación de la misma. Para ello, se ha puesto en marcha un proyecto de mejora incluido en el contrato programa del HCU de 2018.

C058/18: ADECUACIÓN DE LA GESTIÓN ECONÓMICA DE LOS PRODUCTOS SANITARIOS OBJETO DE PRESTACIÓN FARMACÉUTICA.

Primer autor: *María Teresa Acín Gericó*

Coautores: *Antonio López Andrés, Javier Garjón Parra, Amaya Echeverría Gorriti, Natalia Alzueta Istúriz, Lorea Sanz Alvarez, Carmen Fontela Bulnes, Cristina Agudo Pascual*

Resumen:

Introducción: el almacén general de Atención Primaria suministra los productos sanitarios (PS) para el cuidado de los residentes de centros socios sanitarios con los que el Servicio de Salud tiene acuerdo de colaboración. Los PS dispensados corresponden a las presentaciones, características técnicas, formatos y precios que se utilizan habitualmente en los centros de salud públicos. En el informe elaborado mensualmente con la asignación de costes de los PS se detectó el problema de que para dicho informe se incluyen todos los PS designados como "material sanitario", sin diferenciar aquellos susceptibles de prestación farmacéutica de los que no. Por este motivo, desde Subdirección de Farmacia se decidió que la partida presupuestaria denominada "prestaciones farmacéuticas" asumiera sólo el coste de aquellos PS objeto de prestación farmacéutica (PSPF), asignándose el resto de PS a la partida correspondiente a almacén general ("material sanitario de consumo").

Objetivo: Adecuación de los importes de los PSPF a la partida presupuestaria "prestaciones farmacéuticas" mediante una serie de variantes creadas en el programa de gestión de almacenes MM-SAP®, para obtener los importes ajustados por centro socio sanitario (centro de coste).

Método: El diseño de las consultas programadas en el aplicativo informático MM-SAP® consta de las siguientes etapas: 1.- Selección por catálogo de cada centro de coste de aquellos PSPF identificados por un código de material que consta de ocho dígitos. 2.- Fijación de una variante con el listado de PSPF por centro de coste. 3.- Selección de los campos de interés: denominación del centro de coste, denominación de cada PSPF, cantidad servida (unidades) e importe (euros) por PSPF.

Resultados: en un periodo de un mes, desde su implantación en abril de 2018, se han reducido los importes de la partida presupuestaria asignada a prestaciones farmacéuticas un 32,4%. Mediante la selección y fijación de los PSPF se han corregido los posibles errores de designación del tipo de material y por tanto, de asignación de importes

Conclusiones: La herramienta creada en el programa de gestión MM-SAP® agiliza la obtención de los informes contables de manera detallada, fiable y eficiente indicando el importe correspondiente a la prestación farmacéutica de los residentes de los centros sociosanitarios objeto de este estudio.

C098/18: PATOLOGÍAS CRÓNICAS MÁS FRECUENTES EN ARAGÓN SEGÚN GRUPO DE EDAD Y SEXO.

Primer autor: *Armando Chaure Pardos. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

Coautores: *Inmaculada Guerrero Fernández de Alba, María Pilar Rodrigo Val, Laura Isabel Casaña Fernández*

Resumen:

Objetivos: 1) Identificar las patologías crónicas más frecuentes en Aragón, según grupo de edad y sexo. 2) Analizar la frecuencia relativa de estas patologías en cada grupo con respecto al total de la población.

Metodología: Los datos se obtuvieron de los registros de urgencias hospitalarias, hospitalización y atención primaria, a través del agrupador por Grupos de Morbilidad Ajustada. Se consideraron solo personas mayores de 14 años, distribuidas en grupos de edad de 10 años, a excepción del último, que incluyó a las personas con más de 95 años. La frecuencia relativa (FR) en cada grupo se calculó con una razón de prevalencias, dividiendo la prevalencia de la enfermedad en un grupo concreto entre la prevalencia global. Se consideró FR baja a valores inferiores a 0,5; FR media a valores entre 0,5 y 2, y FR alta a valores superiores a 2.

Resultados: Se analizaron 1.112.282 personas mayores de 14 años, de las cuales el 51,1% eran mujeres. Los grupos de edad más numerosos fueron los de 35-44 años y 45-54 años, que agrupaban a un 18,7 y 18,3% de la población respectivamente. En el total de la población, las patologías más frecuentes fueron: 1º hipertensión arterial (HTA), 2º depresión y 3º diabetes mellitus (DM). Por sexo, la hipertensión sigue siendo la enfermedad más prevalente en ambos, en hombres la diabetes mellitus es la segunda patología y la depresión la tercera, y en mujeres la depresión es la segunda y la osteoporosis la tercera. En menores de 45 años, la depresión es la patología crónica más frecuente en ambos sexos. La sustituye la HTA a partir de los 45 años en hombres y de los 55 en mujeres. Entre los 65 y los 95 años destacan la DM en hombres y la osteoporosis en mujeres como segundas patologías. A partir de los 95 años aumenta la frecuencia de la insuficiencia renal crónica y la insuficiencia cardiaca. En cuanto a la FR en cada grupo con respecto al global, en varones es baja en menores de 45 años, media entre los 45 y los 65, y alta en mayores de 65 en todas las patologías. En las mujeres, la depresión alcanza una FR media en el grupo de 25-35 años, y la FR de la HTA es baja hasta los 55 años, siguiendo en el resto de patologías los mismos puntos de corte que los varones.

Conclusiones: La hipertensión arterial es la patología crónica más frecuente, en ambos sexos y aumenta su frecuencia con la edad. La depresión, pese a aumentar su prevalencia con la edad y ser más frecuente en mujeres, constituye la primera patología crónica en menores de 45 años, con una prevalencia entre un 1,1 y un 9,6%.

C144/18: FORMACIÓN MULTIDISCIPLINAR EN INVESTIGACIÓN TRASLACIONAL COMO ESTRATEGIA DE MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL.

Primer autor: *Mercedes Ferrando Margelí. Hospital Universitario Miguel Servet*

Coautores: *Yolanda Marcén Román, Mª Mar Yagüe Sebastián, Belén Rueda Martín, Mª Angeles Franco Sierra, Ana Cantero Latorre, Mª Pilar Domínguez Oliván, Laura Berges Borque*

Resumen:

El aumento de la cronicidad, la disminución de los recursos sanitarios precisan de una gestión más eficiente, para lo cual hace falta información derivada de estudios de investigación traslacional, para intentar hacer más con menos. Según la LOPS, todos los profesionales sanitarios deben realizar funciones de investigación.
En los planes de estudios anteriores al plan Bolonia y en algunas categorías sanitarias, la formación en metodología de investigación era escasa o nula.

Objetivos: Formar a Enfermeros, Fisioterapeutas, Logopedas, Terapeutas Ocupacionales y TCAE que prestan sus servicios en el Servicio de Rehabilitación del HUMS, en las bases del métodocientífico. Guiar a todo el grupo, en el diseño de un proyecto de investigación basado en observaciones detectada en la propia unidad asistencial.
Crear cultura de los beneficios sobre el paciente, sobre la organización y en los propios trabajadores que tiene un trabajo basado en la evidencia científica. Cultura de mejora contínua.

Método: Se realizó un curso de formación para el personal perteneciente a la división de enfermería de la Unidad de Rehabilitación, “Introducción a la investigación traslacional en Ciencias de la Salud”. Se entregó a los alumnos un formato guía para ir avanzando en el diseño de su propio proyecto. Se realizó una sesión de feedback para presentar los proyectos presentados y estimular la continuidad.

Resultados: El curso fue realizado por 72 personas, el 89,3% de la plantilla.
En la evaluación de los conocimientos adquiridos, el 100% fueron declarados aptos.
El resultado de la Encuesta de satisfacción del Salud fue de 7,4 sobre 10.
Se presentaron 19 proyectos de investigación, de los cuales 18 correspondían con la estructura de un proyecto de investigación.

Conclusiones: Actualmente se continúa trabajando en algunos de los proyectos. La aplicación del método científico, la ciencia basada en la evidencia y los procedimientos de investigación traslacional, en el planteamiento y resolución de problemas clínicos en la práctica asistencial, es beneficioso para los profesionales de la salud, para el paciente y para el sistema sanitario, al identificar y suprimir los cuidados ineficaces. El compromiso de todas las personas del equipo con la calidad, satisface las expectativas de los usuarios y genera un uso eficiente de los recursos.

C153/18: DESARROLLO DE LA WEB DE DIFUSIÓN Y PARTICIPACIÓN DEL PROGRAMA PROA EN EL SECTOR ALCAÑIZ DENTRO DE LA ESTRATEGIA IRASPROA

Primer autor: *Miren Arantzazu García Colinas. Dirección de Atención Primaria Alcañiz*

Coautores: *Carmen Navarro Pardos, Carmen Nuria Piqueras Serrano, Carlos Colás Oros,*

Manuel Crespo Avellana, Yara María Alonso Triana, María Ángeles Ruiz Andrés, Alberto Reche Sabater

Resumen:

Objetivo: El objetivo de IRASPROA es facilitar de una manera estructurada la aplicación por parte de los profesionales de las principales medidas de prevención y control de infecciones y de uso óptimo de antibióticos (indicación, selección, dosificación, ...). Para ello, en el contexto de este programa el sector Alcañiz ha creado equipos de trabajo multidisciplinares PROA (Programa de Optimización de Uso de Antibióticos) que han identificado y priorizado las necesidades de cada centro de forma coordinada en el sector, poniendo en marcha diferentes actuaciones. Entre ellas se encuentran: la elaboración de guías locales de tratamiento antibiótico, la medida del consumo y de la resistencia a los antibióticos, la realización de actividades formativas y el asesoramiento a los profesionales sanitarios facilitando su acceso a expertos en enfermedades infecciosas. Para difundir dichas actuaciones y promover la participación de los profesionales sanitarios, se ha creado una web en la que está disponible toda la información.

Métodos: Se diseña una web entre el equipo PROA y el servicio de informática del sector, que constituyera una herramienta de comunicación y participación para los profesionales sanitarios del sector, y accesible a todo el SALUD.

Resultados: Disponemos de la web desde el mes de abril 2018. Se han contabilizado 800 descargas de documentos en un mes.

Conclusiones Y Lecciones Aprendidas: Esta web de acceso rápido y en la que han participado todos los servicios del hospital y los EAP de atención primaria, está facilitando la difusión de información y de actuaciones específicas en el sector para un uso adecuado de los antibióticos y una mayor implicación de los profesionales sanitarios. Ha demostrado ser una buena herramienta. Estamos avanzando en la incorporación de nueva información y en el análisis estadístico sobre el uso de la web.

C159/18: MEJORA EN LA SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA.

Primer autor: *Marta Palacios Laseca. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

Coautores: *Belén Cortes Chueca, Blanca Meneses Asensio, Teresa Barceló Martínez, Alba Fraile Sánchez, Marta Charlo Bernardos, Miriam Sáez De Guinoa Sentre, Elena Altarribas Bolsa*

Resumen:

Objetivos: 1- Mejorar la seguridad del paciente minimizando el riesgo en el uso de los MAR. 2- Implementar estrategias para mejorar la seguridad en el manejo de los medicamentos de alto riesgo entre los profesionales del HCUZ

Material Y Métodos: El proyecto se dividió en varias fases;
1-Revisión de todos los MAR en los botiquines del hospital. Eliminación de aquellos cuyo consumo era nulo o escaso y simplificación del número de presentaciones y concentraciones.
2-Identificación de los MAR mediante código de colores (rojo).
3- Difusión del proyecto de mejora (sesiones, cursos, folleto informativo…).
4-Elaboración de protocolos en el uso de algunos MAR.
5-Seguimiento del proyecto por parte del servicio de farmacia.

Resultados:Se revisaron todos las espcialidades de la guia clínica del hospital detectando 217 MAR. El proyecto fue implantado en 28 botiquines con un grado de adherencia del 61 %. En una segunda fase y tras analizar puntos de mejora y desarrollar actividades se logró alcanzar un seguimiento del 82%.

Conclusiones: La seguridad del paciente debe se una prioridad para las organizaciones sanitarias y para cada uno de sus miembros. A pesar de que los MAR se han implantado en la mayoria de los botiquines del hospital, mejorando la gestión del riesgo, cabe un amplio margen de mejora hasta alcanzar el 100%. Además este proyecto ha ayudado a dectectar otras áreas de mejora en la seguridad del paciente; mejora en el stock de los botiquines, mantenimiento y conservación de fármacos, farmacocinética…

C180/18: APORTACION DEL TCAE EN EL MANEJO SEGURO DE FARMACOS EN EL PARITORIO DEL HUMS DE ZARAGOZA.

Primer Autor: *Carmen Sánchez Castaño, Hospital Universitario Miguel Servet*

Coautores: *Encarna Ubalde Jaso, Carmen Gastón Molina, Ascensión Cortes Lázaro, Blanca Anson Oseñalde, Mª Luz Gotor Colas, Ana Belén Jimeno Martínez,*

Resumen:

La seguridad y la eficacia de los medicamentos pueden verse afectadas por un control inadecuado en la conservación y en la caducidad de los mismos. Cuando se alcanza la fecha de caducidad, las propiedades del medicamento (químicas, físicas, terapéuticas, toxicológicas y microbiológicas) pueden resultar afectadas. Dentro de este marco conceptual es prioritario realizar una evaluación exhaustiva y periódica de la correcta conservación y caducidad de los medicamentos almacenados en la unidad de Paritorio del HUMS, por parte de los TCAE.

Objetivos: Evitar efectos adversos por el uso de fármacos que no reúnan las condiciones de seguridad necesarios (caducidad, envoltorios deteriorados...) Control de las caducidades de los fármacos almacenados en las diferentes áreas del servicio de paritorio, (Farmacia, sala de puerperio, urgencias, carros de anestesia y neveras Control de gasto.

Método: Cuando recibimos el pedido de farmacia, anotamos en unas hojas, que nos facilita la supervisión, el mes y el año en que caducan los fármacos, controlando la caducidad anotada, manteniéndola si está vigente, y si no, la borramos y anotamos la actual. Cada semana tenemos como tarea repasar la hoja de anotaciones para controlar cuando será la próxima caducidad y retirar la del mes en curso si procede. Cada tres meses realizamos un repaso general mirando uno a uno todos los envases y todos los viales, rotulamos los viales que estén próximos a caducar y repasamos la hoja actualizándola. Esta labor se repite en cada una de las áreas del servicio.

Resultados: Con este método conseguimos un control exhaustivo de la fecha de caducidad del fármaco. En las evaluaciones que se realizan periódicamente, el 100% de los fármacos almacenados en nuestra farmacia reúnen las condiciones adecuadas para su utilización.

Conclusiones: Es posible tener un buen control de los fármacos, si aplicamos un método eficaz para poder desarrollarlo. La inspección de farmacia nos felicita cada vez que viene a nuestro servicio por el buen trabajo realizado.

C206/18: INCIDENCIA DE KLEBSIELLA PNEUMONIAE BLEE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL.

Primer Autor: *Elena Morilla Morales*

Coautores: *Alicia Montaner Ramón, Isabel Millán Lou, Rossi Núñez Medina, Marta Fernández Esgueva, Carlos Lapresta, Segundo Rite y Antonio Rezusta López.*

Resumen:

Klebsiella pneumoniae productora de betalactamasas de espectro extendido (Kp-BLEE) es una causa importante de infección en la unidad de cuidados intensivos neonatal (UCIN).

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio es analizar la incidencia de Kp-BLEE en la UCIN del Hospital Universitario Miguel Servet entre enero de 2012 y noviembre de 2017.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de cohortes de los pacientes ingresados en la UCIN con aislamiento de Kp-BLEE en muestras clínicas y/o epidemiológicas. Los hisopos rectales, recogidos una vez por semana a todos los pacientes ingresados, se sembraron en agar McConkey con 1 µ g de cefotaxima para la detección de bacterias productoras de BLEE. Las muestras clínicas fueron procesadas según los protocolos de nuestro laboratorio. Las colonias fueron identificadas con MALDI-TOF y la sensibilidad antibiótica fue determinada por Microscan WalkAway (Beckman ®). Los datos demográficos y clínicos fueron recogidos de la historia clínica informatizada.

Resultados: Durante el período de estudio, 1.298 pacientes fueron ingresados en la UCIN. Se detectaron un total de 172 aislamientos de Kp-BLEE en 146 pacientes. Hubo 140 neonatos colonizados y 32 infecciones. De las 32 infecciones, 17 (53,1%) fueron bacteriemias. La incidencia de Kp-BLEE ha ido variando a lo largo de los años. En 2015 hubo un aumento de las infecciones y se estableció un grupo multidisciplinar (UCIN, Medicina Preventiva y Microbiología) para analizar la situación y aplicar medidas preventivas. Desde ese momento el número de infecciones ha disminuido.

Conclusiones: Kp-BLEE tiene un importante impacto clínico y epidemiológico en la UCIN de nuestro hospital. Es importante establecer un grupo multidisciplinar e implementar medidas estrictas de control de infecciones para evitar su diseminación.

COMUNICACIONES MESA 17

COD	Título de la Comunicación	Nombre	Centro	Mesa	Día
C073/18	PRESCRIPCIÓN INADECUADA DE FÁRMACOS NEFROTÓXICOS EN MAYORES DE 65 AÑOS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA	Rosa Ana Pardos Garcia	Centro de Salud Campo de Belchite	17	14
C093/18	SEGUIMIENTO Y EFECTIVIDAD DE LOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN CONDICIONES DISTINTAS A LAS AUTORIZADOS	Oihana Pascual Martínez	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa	17	14
C113/18	PROTOCOLIZACIÓN DEL USO DE MEDICAMENTOS FUERA DE FICHA TÉCNICA EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIUNIVERSITARIO "LOZANO BLESA"	Oihana Pascual Martínez	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa	17	14
C172/18	ESTUDIO DE LA ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE INHIBIDORES DE BOMBA DE PROTONES EN LA POBLACIÓN DE UN CENTRO DE SALUD.	Sara Rodrigálvarez De Val	Hospital Universitario Miguel Servet	17	14
C173/18	IMPLANTACIÓN DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA EN URGENCIAS Y APORTACIÓN FARMACÉUTICA EN LA VALIDACIÓN	Pilar Olier Martínez	Hospital Universitario Miguel Servet	17	14
C175/18	¿PODEMOS COMPARAR LOS RESULTADOS DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS CON LA PRÁCTICA CLÍNICA?	Pilar Olier Martínez	Hospital Universitario Miguel Servet	17	14
C202/18	ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS APLICADO AL ÁREA DE ENSAYOS CLÍNICOS DEL SERVICIO DE FARMACIA	Olga Pereira Blanco	Hospital Universitario Miguel Servet	17	14
C203/18	ANÁLISIS DE LA IMPLANTACIÓN DE MONITORIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN EL HOSPITAL	Olga Pereira Blanco	Hospital Universitario Miguel Servet	17	14

C073/18: PRESCRIPCIÓN INADECUADA DE FÁRMACOS NEFROTÓXICOS EN MAYORES DE 65 AÑOS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Primer autor: *Rosa Ana Pardos García. Centro De Salud Campo De Belchite*

Coautores: *Isabel Rubio Gutiérrez, Cristina Ezquerra Abión*

Resumen:

Objetivos: Identificar los fármacos nefrotóxicos más habitualmente prescritos de forma inadecuada en el ámbito de la atención primaria en pacientes con enfermedad renal crónica. Identificar el perfil del paciente más susceptible de ser tratado inadecuadamente en el contexto de una enfermedad renal crónica. Valorar la adecuación de la prescripción de estos fármacos en estos pacientes.

Metodología: Se revisaron las historias clínicas electrónicas de los 1414 pacientes que a fecha 01 de marzo de 2016 eran mayores de 65 años. Se incluyó en el estudio a aquéllos que presentaban un filtrado glomerular <60 ml/min/1,73m2 y que tuvieran prescritos algunos de los fármacos evaluados: un total de 314 pacientes.
Se estudiaron variables de sexo, edad, estadío de la insuficiencia renal, comorbilidades asociadas y toma de fármacos. Dentro de estos últimos, nos centramos en los grupos terapéuticos de consumo más frecuente en atención primaria y con mayor capacidad para intervenir en su prescripción: antidiabéticos orales, antihipertensivos no diuréticos (IECAS; ARAII; antagonistas del Ca), diuréticos, antiinflamatorios no esteroideos y antidepresivos.

Resultados: La prevalencia de enfermedad renal crónica en mayores de 65 años en nuestro medio es de un 22,2% con una media de edad de 83 años, de los que el 56,7% eran mujeres. Detectamos una prescripción inadecuada en el 21,1% del total de prescripciones revisadas, siendo los antidiabéticos orales, seguidos de los antihipertensivos no diuréticos los más frecuentes. El mayor porcentaje de prescripción inadecuada lo encontramos en el estadío 3A (filtrado entre 45-59ml/min/1,73m2)

Conclusiones:
- El elevado número de pacientes afectados por enfermedad renal crónica y su incremento progresivo, al estar asociado a la edad, obliga a tomar conciencia de esta problemática. El perfil más esperado, sería el de una mujer de unos 80 años con patología cardiovascular asociada, principalmente hipertensión.

- Existen fármacos de uso habitual en atención primaria que se están utilizando de forma inadecuada
- Es fundamental conocer el filtrado glomerular de los pacientes a la hora de prescribir. Hay pacientes con insuficiencia renal oculta (creatinina normal y filtrados patológicos).
- Es fundamental evitar la combinación IECA/ARAII + diuréticos + AINES -conocida como terapia triple Whammy- por el alto riesgo de fallo renal agudo. Si no es posible, monitorizar creatinina y potasio.

C093/18: SEGUIMIENTO Y EFECTIVIDAD DE LOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN CONDICIONES DISTINTAS A LAS AUTORIZADOS.

Primer autor: *Oihana Pascual Martínez. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

Coautores: *Sara Gamarra Calvo, María José Cumbraos Sánchez, José Manuel Vinuesa Hernando, Mercedes Gimeno, María Aranzazu Alcácera López, Alberto Frutos Pérez-Surio, Tránsito Salvadorgómez Gracia*

Resumen:

Objetivo:Analizar el seguimiento de medicamentos autorizados en condiciones diferentes a las establecidas en ficha técnica (off-label) y los resultados obtenidos en términos de eficacia clínica, según establece el Real Decreto 1015/2009 por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales, con el objetivo de garantizar su utilización segura, basada en la evidencia y coste-efectiva.

Material y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, de los medicamentos off-label autorizados en el Hospital Clínico Lozano Blesa para los cuales durante el año 2017 el Servicio de Farmacia solicitó un informe de seguimiento a los médicos prescriptores.

Resultados: En 2017 fueron autorizados en el centro un total de 57 medicamentos para su utilización fuera de ficha técnica. Desde el Servicio de Farmacia se solicitaron 41 informes de seguimiento de 34 pacientes (22 fármacos distintos; 24 indicaciones no autorizadas). Los medicamentos más solicitados fueron: tocilizumab(8.3%), rituximab(8.3%), lanreotido(8.3%), anakinra(5.6%), erlotinib(5.6%), infliximab(5.6%), micofenolato sódico(5.6%), omalizumab(5.6%), sildenafilo(5.6%), toxina botulínica(5.6%) y ustekinumab(5.6%), otros(30.6%). Las indicaciones para los que fueron solicitados: esclerosis sistémica(11.1%), angiodisplasias intestinales(8.3%), acalasia(5.6%), anafilaxia recurrente idiopática(5.6%), enfermedad de Crohn(5.6%), espondiloartritis(5.6%), lupus eritematoso sistémico(5.6%), poliposis adenomatosa familiar(5.6%), enfermedad sistémica relacionada con IgG(5.6%), otros(42%). El porcentaje de respuesta fue del 73.2% (30 informes de seguimiento recibidos de 24 pacientes) con una media de demora en el envío desde su solicitud de 27 (1-120) días. El tratamiento fue considerado efectivo en 22 pacientes (64.7%; 22/34): 14 continuaban en tratamiento, 6 finalizaron tratamiento y en 1 fue retirado por aparición de efectos adversos. La media de duración de tratamiento fue de 394 (93-1.658) días.
De las solicitudes pendientes de envío de informe de seguimiento, 4 pacientes continúan en tratamiento.

Conclusiones: A pesar de no contar con dicha indicación en ficha técnica, los fármacos resultaron ser eficaces en más de la mitad de los pacientes para los que fueron solicitados. El porcentaje de respuesta obtenido es elevado, sin embargo, para conocer la efectividad real de los medicamentos off-label es necesario mejorar el compromiso en el envío de informes de seguimiento, así como un seguimiento a más largo plazo.

C113/18: PROTOCOLIZACIÓN DEL USO DE MEDICAMENTOS FUERA DE FICHA TÉCNICA EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIUNIVERSITARIO "LOZANO BLESA"

Primer autor: *Oihana Pascual Martínez. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

Coautores: *María José Cumbraos Sánchez, Sara Gamarra Calvo, José Manuel Vinuesa Hernando, Francisco Javier Campos Montellano, Felipe José Álvarez Manceñido, Oihana Horna Oreja, Tránsito Salvador Gómez*

Resumen:

Objetivos: Elaborar protocolos de uso para aquellos medicamentos utilizados en condiciones diferentes a las autorizadas, que son solicitados por los médicos con frecuencia para una misma indicación, y que cuentan con evidencia clínica suficiente para su uso. Con los protocolos se agilizan los trámites de solicitud de los fármacos para el médico solicitante, y se facilita el acceso al fármaco del paciente.

Material Y Métodos: Desde enero del 2017 hasta la actualidad (mayo 2018) se ha procedió a la elaboración de protocolos terapéuticos asistenciales para medicamentos fuera de ficha técnica consensuados entre el Servicio de Farmacia y los distintos Servicios Médicos implicados. Los protocolos se encuentran enmarcados dentro del procedimiento de solicitud, dispensación y seguimiento de medicamentos en situaciones especiales (PA-07_Z3(E)C) vigente en el Hospital Clínico Lozano Blesa.

Resultados: Se elaboraron 4 protocolos terapéuticos de 2 medicamentos diferentes (micofenolato de mofetilo y análogos de somatostatina) en 4 contextos clínicos distintos. En los protocolos terapéuticos se recogen los siguientes aspectos: justificación, descripción de la enfermedad, tratamiento actual disponible, descripción del medicamento (posología, condiciones de uso y reacciones adversas), evaluación de la eficacia, parámetros de seguimiento (analíticos y clínicos), periodicidad de envío de informes al Servicio de Farmacia y bibliografía. Respecto al micofenolato de mofetilo las indicaciones protocolizadas son en el síndrome nefrótico (Servicio de Nefrología), la nefritis lúpica y la enfermedad pulmonar intersticial difusa por esclerodermia (ambos elaborados junto con el Servicio de Medicina Interna-Unidad de Enfermedades Autoinmunes). En cuanto a los análogos de somatostatina la indicación protocolizada es la de angiodisplasias intestinales. Todos los protocolos coinciden en el uso de estos fármacos de forma excepcional, y cuando los pacientes son refractarios o intolerantes a las alternativas terapéuticas autorizadas disponibles.

Conclusiones: A pesar de que los medicamentos utilizados en condiciones distintas a las autorizadas son solicitados de forma individualizada para paciente concreto, la protocolización de aquellos fármacos utilizados con frecuencia y que tienen suficiente evidencia para su uso puede facilitar el trabajo asistencial a los facultativos, agilizar el proceso de revisión y aprobación de los tratamientos por las comisiones y, en consecuencia acelerar el acceso a los fármacos para los pacientes.

C172/18: ESTUDIO DE LA ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE INHIBIDORES DE BOMBA DE PROTONES EN LA POBLACIÓN DE UN CENTRO DE SALUD.

Primer Autor: *Sara Rodrigálvarez De Val. Centro de Salud San Pablo*

Coautores: *Nima Peyman-Fard Shafi-Tabatabaei, Iris Gómez Mainar, Helena Salanova Serrablo, Marta Pastor Sanz, Luis Andrés Gimeno-Feliu*

Resumen:

Objetivos: Conocer la indicación de los inhibidores de bomba de protones según las actuales guías de práctica clínica y evaluar la adecuación de la prescripción de dichos fármacos en la población atendida en un CS, analizando las principales variables de la que depende para mejorar su prescripción en un futuro.

Material y métodos: Diseño: estudio observacional descriptivo retrospectivo referente al año 2017, Sujetos de estudio: Pacientes mayores de 15 años que hayan recibido al menos una prescripción de IBP. Se realizó un muestro aleatorio por conglomerados. Variables: edad, sexo, IBP prescrito, prescripción por principio activo, lugar de prescripción (Atención Primaria vs Urgencias Hospitalarias). Las indicaciones de prescripción y su adecuación se valoraron según la guía de Osakidetza de 2016 "Inhibidores de la bomba de protones: recomendaciones de uso". Análisis estadístico: Se calcularon tasas ajustadas por edad y sexo con intervalos de confianza del 95%. Se utilizó el programa estadístico STATA© 12.

Resultados: Se han analizado 563 pacientes. La media de edad fue 63años. 60% fueron mujeres. Omeprazol se prescribió en el 89,3%. El 92,9% fueron prescripciones por principio activo. El 62,1% fueron realizadas en el CS. La adecuación aumentó con la edad del paciente ($p<0,05$). Hubo mayor adecuación si el IBP prescrito fue omeprazol (66,4%; IC95% 66,2%-70,4%) frente a que no lo fuera (28,3%; IC95% 18,5%-40,8%). Hubo mayor adecuación si la prescripción se realizó en Atención Primaria (78.5%; IC95% 73,9%-82,5%) a si se realizó en Urgencias Hospitalarias (36%; IC95% 29,9.5%-42,6%). No hubo diferencias en relación con el sexo del paciente ni si la prescripción fue por principio activo.

Conclusión: Hay importantes oportunidades de mejora en la adecuación de la prescripción de IBP. Se detecta una mejor adecuación si la prescripción se realizó en Atención Primaria frente a Urgencias Hospitalarias y si la prescripción fue de omeprazol frente a otros IBP. Se precisan actuaciones específicas para mejorar la adecuación de la prescripción de dichos fármacos.

C173/18: IMPLANTACIÓN DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA EN URGENCIAS Y APORTACIÓN FARMACÉUTICA EN LA VALIDACIÓN

Primer Autor: *Pilar Olier Martínez, Hospital Universitario Miguel Servet.*

Coautores: *José Manuel Real Campaña, Mónica Izuel Rami, Rafael Marrón Tundidor, Amalia Gassó Sánchez, Alfredo Lorente Baigorri, Javier Povar Marco y María Reyes Abad Sazatornil*

Resumen:

Objetivo: Evaluar el proceso de implantación de un sistema de prescripción electrónica asistida (PEA) en un Servicio de Urgencias (SU), así como analizar el valor añadido de la validación farmacéutica y las mejoras en la administración de medicamentos que ha supuesto este sistema.

Métodos: Se desarrolló la interfaz necesaria para integrar el programa de PEA (Farmatools® módulo Unidosis) y el software de gestión integral del paciente en el SU (PCH-URGENCIAS®). Se integró la PEA con el Sistema automatizado de dispensación (SAD) disponible en Urgencias (Pyxis®) y con el sistema de solicitud de medicamentos por vía urgente al Servicio de Farmacia. Se formó al personal facultativo y de enfermería por parte del Servicio de Farmacia. La PEA a través Farmatools® integrada en PCH-URGENCIAS®, ha permitido mantener el flujo de trabajo habitual, pero dotando a los facultativos de un sistema asistido que integra un vademécum y alertas de prescripción como duplicidad, contraindicaciones... Se crearon protocolos habitualmente utilizados en urgencias en el programa para facilitar la prescripción. Una vez realizada la prescripción es validada por farmacia, analizándose las intervenciones realizadas desde la implantación, el 21/11/2017, hasta el 27/04/2018 detallándose las causas, modo de realización y grado de aceptación.

Resultados: Se formó a 50 FEAs y unos 100 DUE del SU y 250 MIR de diferentes especialidades. Se han registrado 464 intervenciones, de las que fueron aceptadas 374 (80,6%). Se detectaron 24 motivos de intervención, siendo “conciliación” el que aglutinaba mayor número de intervenciones, 238 (51,3%) con una aceptación del 76,9%. Tras conciliación, los motivos más frecuentes fueron “dosis excesiva” con 44 intervenciones (9,4%), “dosificación insuficiente” con 27 (5,82%), “duplicidad terapéutica” con 26 (5,6%) “alergia” 19 (4,1%). En 337 (72,6%) ocasiones la intervención se comunicó por escrito, información verbal in situ en el SU en 73 (15,7%) y vía telefónica en 54 (11,6%).

Conclusiones: La combinación de una nueva herramienta de prescripción asistida junto con la posterior validación por parte del farmacéutico y la integración con el SAD de cara a la administración por parte de enfermería han dado lugar a una prescripción y administración más segura de medicamentos. Aunque la implantación ha supuesto un esfuerzo por parte de todos, el hecho de poder integrar la PEA con PCH-Urgencias® ha supuesto que el flujo de trabajo en el SU no se haya visto modificado en exceso.

C175/18: ¿PODEMOS COMPARAR LOS RESULTADOS DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS CON LA PRÁCTICA CLÍNICA?

Primer Autor: *Pilar Olier Martínez, Hospital Universitario Miguel Servet.*

Coautores: *María José Agustín Ferrández, Vicente Gimeno Ballester, Arantxa Magallón Martínez, Andrea Pinilla Rello y María Reyes Abad Sazatornil.*

Resumen:

Objetivo: Conocer el perfil de pacientes tratados en nuestro centro con trifluridina/tipiracil, indicado en tercera línea en cáncer colorrectal metastásico, y ver si se ajusta a los pacientes incluidos en el ensayo pivotal. Valorar el beneficio del fármaco en términos de supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG) así como el perfil de toxicidad del fármaco.

Métodos: A través del módulo Pacientes Externos de Farmatools® se seleccionaron los pacientes que habían iniciado tratamiento con trifluridina/tipiracil en 2016 y 2017. Se revisaron las historias clínicas recogiendo datos demográficos, clínicos y sobre el fármaco estudiado (número de ciclos, toxicidad) hasta finales de marzo del 2018. Con los datos obtenidos se realizó un análisis de supervivencia con SPSS.

Resultados: 22 pacientes recibieron tratamiento durante el período analizado, se descartaron 2 por no disponer de la historia clínica. El 45% eran varones, con una mediana de edad de 63 años al inicio del tratamiento. Presentaban un ECOG 0-1 al inicio de la terapia. Un 70% había sido diagnosticado de enfermedad metastásica de inicio. La mediana de ciclos fue 2 y la media 2,8 (rango 1-8). La mediana de SLP fue de 2,1 meses y la mediana de SG fue 7,3 meses. El 95% había suspendió el fármaco, en todos los casos por progresión, no se detectó ningún abandono por toxicidad. Un 25% de los pacientes requirió una reducción de dosis y/o retraso de algún ciclo. En cuanto al perfil de seguridad, el 95% sufrió efectos adversos (EA) de cualquier grado y el 35% sufrió EA grado 3-4. Entre los EA detectados, los más frecuentes fueron anemia (60%), neutropenia (55%) y astenia (50%). Los más graves fueron neutropenia febril grado 3-4 (2 pacientes), diarrea grado 4 (1 paciente) y neutropenia grado 3-4 (5 pacientes).

Conclusiones: Los pacientes presentaban un buen estado funcional (ECOG 0-1), buena calidad de vida y una mediana de 63 años, datos que coinciden con el perfil de pacientes del ensayo RECOURSE. Los valores obtenidos de SLP (2,1 meses) y SG (7,3) coinciden con los obtenidos en el estudio pivotal (SLP: 2 meses y SG: 7,1 meses), lo que parece indicar que los resultados en práctica clínica no difieren de los del estudio con la limitación del pequeño tamaño de la muestra. No se detectaron EA diferentes a los identificados en el ensayo clínico. Aunque la toxicidad provocada por el medicamento parece, a priori manejable, se detectaron algunos EA graves como la neutropenia grado 3-4, neutropenia febril y diarrea grado 4.

C202/18: ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS APLICADO AL ÁREA DE ENSAYOS CLÍNICOS DEL SERVICIO DE FARMACIA

Primer Autor: *Olga Pereira Blanco, Hospital Universitario Miguel Servet.*

Coautores: *Rafael Huarte Lacunza, Silvia Bernabé Antolín, María Reyes Abad Sazatornil, Ágata Arias Sánchez, Arantxa Magallón Martínez, Andrea Pinilla Rello y Pilar Olier Martínez*

Resumen:

Objetivo: Implementar un análisis de fallos potenciales en el área de Ensayos Clínicos (EECC) del Servicio de Farmacia (SF) del HUMS, priorizar aquellos más relevantes y establecer medidas de mejora con el fin último de aumentar la seguridad del paciente.

Métodos: Se utilizó la metodología <<análisis modal de fallos y efectos>> (AMFE). Se reunió un equipo multidisciplinar que identificó los modos de fallo de cada etapa del proceso. Se evaluó el impacto asociado a cada modo de fallo mediante el número de prioridad de riesgo (NPR) en el que intervienen tres variables: ocurrencia, gravedad y detectabilidad. Se analizaron las puntuaciones y se clasificaron en leves, medios y graves. Se propusieron medidas de mejora para todos los modos de fallo haciendo hin- capié en los puntos críticos.

Resultados: Se detectaron treinta y tres modos de fallo, de los que doce se consideraron de gravedad leve, once de gravedad media y diez puntos críticos. Entre los procesos analizados, los de mayor NPR se encontraron en el proceso de prescripción de ensayo clínico, que, al ser un proceso ajeno al Servicio de Farmacia, plantea más dificultades para proponer acciones de mejora por lo que se sugiere tratar de transmitir a los investigadores principales las consecuencias de estos fallos y mantener un registro de incidencias para una evaluación continua. Entre el resto de puntos críticos cabe mencionar: Las normas internas de actuación ante cada ensayo clínico no estén explicadas con claridad. Fallos potenciales en la custodia de las muestras de los EECC como el registro erróneo de las unidades, presentaciones o kits. En la recepción de muestras la no comprobación del contenido del envío. Para estos modos de fallo se propusieron las siguientes acciones de mejora: Revisión de las normas por los residentes que rotan en el área, para valorar su grado de adecuación. o Completar una doble verificación de las muestras de ensayo en el programa.o Mejorar la accesibilidad del farmacéutico al personal técnico para preguntar en caso de duda en la recepción de los ensayos.

Conclusiones: La metodología AMFE ha permitido evaluar los principales modos de fallo del área, así como priorizar aquellos que se consideran más relevantes y trabajar en acciones de mejora. Será necesario evaluar de nuevo mediante esta metodología el impacto que han tenido las medidas propuestas, especialmente sobre los puntos críticos ya conocidos y valorar si se detectan nuevos modos de fallo en los que haya que trabajar.

C203/18: ANÁLISIS DE LA IMPLANTACIÓN DE MONITORIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN EL HOSPITAL.

Primer Autor: *Olga Pereira Blanco, Hospital Universitario Miguel Servet*

Coautores: *Miriam Merchante Andreu, José Carlos Sánchez Torres, Ágata Arias Sánchez, Rafael Huarte Lacunza, María Reyes Abad Sazatornil, María Isabel Santos Pérez y Natalia de la Llama Ceis.*

Resumen:

Objetivo: Evaluar los resultados de la implantación de la monitorización de niveles de antibióticos en el hospital, que se inició en enero de 2017 siguiendo el protocolo elaborado por los servicios de Farmacia, Bioquímica, Infecciosos, Microbiología y la Unidad de cuidados intensivos. La monitorización está especialmente recomendada en pacientes con infecciones graves o en pacientes que por sus condiciones, los niveles pueden estar alterados (insuficiencia renal o hepática, edad avanzada, tratamiento con fármacos nefrotóxicos, etc).

Métodos: Se recogieron los datos de cada nivel solicitado con fecha, nombre de paciente, edad, servicio peticionario, diagnóstico, antibiótico, nivel valle vancomicina y niveles pico y valle de gentamicina con el programa Modulab®. Para su análisis se consideró que los pacientes con vancomicina estaban en rango terapéutico con niveles plasmáticos entre 10-20 mg/L y en gentamicina cuando el nivel pico se encuentra entre 6-15 mg/L y el valle es <1 mg/L.

Resultados: Durante el año 2017 se monitorizaron un total de 143 pacientes, 109 pacientes en tratamiento con vancomicina (76,22%) y 34 con gentamicina (23,78%). Se realizaron un total de 538 informes de farmacocinética. Los diagnósticos más frecuentes de los pacientes monitorizados fueron endocarditis (57%), infección de herida quirúrgica (10%) y neumonía (10%) en los tratados con gentamicina y en los pacientes con vancomicina bacteriemia (22%), endocarditis (16%) y neumonía (7%). Los principales servicios peticionarios fueron para gentamicina un 22% infecciosos, 19% cardiología y 15% medicina interna, en cuanto a vancomicina el 16% de los niveles solicitados eran de traumatología, 10% medicina interna y 10% neurocirugía. En la primera monitorización de los pacientes con gentamicina el 21% tenía nivel infraterapéutico, el 53% en rango y el 26% supraterapéutico; de los pacientes con vancomicina el 59% infraterapéutico, 18% en rango y 23% supraterapéutico. En la última monitorización, después de las recomendaciones, de los pacientes con gentamicina el 5% tenían nivel infraterapéutico, 89% en rango y 6% supraterapéutico; de los pacientes con vancomicina 10% infraterapéutico, 81% en rango y 9% supraterapéutico.

Conclusiones: La implantación de la monitorización de antibióticos contribuye a optimizar la eficacia del tratamiento y mejorar la seguridad, principalmente en pacientes frágiles. Para la implantación de este tipo de programas resulta imprescindible la colaboración entre todos los servicios implicados.

COMUNICACIONES MESA 18

COD	Título de la Comunicación	Nombre	Centro	Mesa	Día
C026/18	PROTOCOLO DE CONSENSO ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALARIA PARA EL MANEJO DEL HOMBRO DOLOROSO EN EL SECTOR ZARAGOZA I	Luis Elias Sierra Serrano	Unidad Docente Sector 1	18	14
C034/18	EVALUAR EL CONTROL GLUCÉMICO Y LOS RESULTADOS OBSTÉTRICOS EN RECIEN NACIDOS DE PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL.	Mª Orosia Bandrés Nivela	Centro de Especialidades Grande Cobián	18	14
C035/18	EVALUAR LAS CARACTERÍSTICAS DE GESTANTES ATENDIDAS POR DISFUNIÓN TIROIDEA SEGÚN DOS PUNTOS DE CORTE DE TSH	Maria Orosia Bandrés Nivela	Centro de Especialidades Grande Cobián	18	14
C083/18	PROTOCOLO DE COORDINACIÓN PSIQUIATRÍA-ENDOCRINOLOGÍA PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES CON ANOREXIA NERVIOSA	Juan Manuel Bernad Polo	Hospital Royo Villanova	18	14
C088/18	FLUJOS “MIGRATORIOS DE PACIENTES” INTERHOSPITALARIOS.	Mercedes Gimenez Lopez	Hospital San Juan de Dios	18	14
C092/18	RUTA ASISTENCIAL MANEJO COMPARTIDO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR	Maria Del Rosario Ortas Nadal	Hospital Universitario Miguel Servet	18	14
C097/18	INTERVENCIONES DE GESTIÓN QUE FOMENTAN LA REALIZACIÓN DEL INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HOSPITALES	Myriam Sáez De Guinoa Sentre	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa	18	14
C102/18	TEST DEL ALIENTO: ACERCAMIENTO A LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN EL SECTOR DE CALATAYUD	José Codes Gómez	Dirección Atención Primaria Calatayud	18	14

C026/18: PROTOCOLO DE CONSENSO ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALARIA PARA EL MANEJO DEL HOMBRO DOLOROSO EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Primer autor: *Luis Elias Sierra Serrano*

Coautores: *Miguel Galindo Chico, Vicente Canales Cortes, Cruz Bartolome Moreno, Juan Carlos Aragüés Bravo, Juan José Soriano Godes, Alicia Cascante Martínez,*

Resumen:

Objetivos: Definir De Forma Consensuada, Entre Los Diferentes Niveles Asistenciales Y Especialidades Implicadas, Los Circuitos Básicos Para La Atención De Los Pacientes Con Hombro Doloroso En El Sector Zaragoza 1. Mejorar La Calidad Asistencial, Así Como Un Uso Más Óptimo Y Racional De Los Recursos Disponibles.

Método: Búsqueda Bibliográfica Del Tema Y Adaptación En Varias Reuniones De Consenso A La Realidad Del Sector. El Grupo De Trabajo Responsable De Elaborar El Documento De Consenso Entre AP Y Hospitalaria Trabajó De Forma Conjunta Hasta Que En Mayo De 2016 Se Elaboró El Documento Definitivo (Depósito Legal Z-606-2016). Implementación En Todos Los EAP Del Sector Durante El Primer Semestre De 2017. Plan De Implementación: En Mayo De 2017: Publicación En La Intranet Del Sector I, En Junta Técnico Asistencial, La DAP Presentó El Proyecto A Todos Los Coordinadores De Equipo. Se Ha Editado En La Intranet De La Unidad Docente Del Sector I Un Video Explicativo Del Protocolo En Formato De Presentación Clínica Así Como Un Formato Presentación Para Poder Hacer Sesión Clínica En Los Centros De Salud.

Resultados: • OMI-AP: Pacientes Con Diagnóstico De Hombro Doloroso (L92) A Los Que Se Les Solicita RMN/Pacientes Con Diagnóstico De Hombro Doloroso Con Algún Registro En El Último Año (%): En 2017: 177/2311= 7,66%. En 2016: 6,10%.
• OMI-AP: Pacientes Con Diagnostico De Hombro Doloroso (L92) Y Derivados A Fisioterapia De AP/Total De Pacientes Diagnosticados De Hombro Doloroso Con Algún Registro En El Último Año (%): En 2017: 477/2311= 20,6%. En 2016: 20,75%.
• El Indicador Hospitalario Ha Sido Imposible De Volcar Dada La Complejidad De Obtener Disgregado El Ítem De Rotura De Manguito De Rotadores Al Estar Codificado Con Un CIAP Que Engloba Todos Los Procesos De Hombro Doloroso.

Conclusiones Y Recomendaciones:Se Ha Trabajado En Un Documento Para El Manejo De Esta Patología Consensuado Por AP/Hospitalaria En Base A La Mejor Evidencia Bibliográfica Disponible Y Se Ha Implementado El Protocolo De Una Forma Innovadora.
A La Hora De Analizar Los Resultados, A Pesar De Obtener Los Datos De Todo El Año Natural, Hay Que Tener En Cuenta Que La Difusión Del Proyecto Fue Efectiva A Partir De Mayo-Junio De 2017. Para El Indicador De Solicitud De RMN, 7 De Los 13 CS Cumplen Con El Objetivo Previsto, Y, En 4 De Los 13 CS El Porcentaje De Incremento Es Muy Notable, Entre 3 Y 6 Puntos Porcentuales Más Que En 2016. Identificados Estos Equipos, Será Labor Para El Año 2018 estudiar las causas y promover acciones de mejora.

C034/18: EVALUAR EL CONTROL GLUCÉMICO Y LOS RESULTADOS OBSTÉTRICOS EN RECIEN NACIDOS DE PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL.

Primer autor: *Mª Orosia Bandrés Nivela. Centro De Especialidades Grande Covian*

Coautores: *Carmen Cabrejas Gómez, Mª Jose Pamplona Civera, Concepción Vidal Peracho, Paola Gracia Gimeno, Angela Garcia Laborda, Pilar Fuertes Agustín, Asun Orga Sanz*

Resumen:

Objetivo: Evaluar los parámetros del control glucémico, ecográficos y parámetros del perfil analítico que predicen los resultados obstétricos y el peso del recién nacido (PRN) en pacientes con diabetes gestacional (DG) diagnosticado según los criterios de la NDDG.

Material y métodos: Estudio observacional, analítico, de cohortes y prospectivo. Se incluyeron todas las pacientes diagnosticadas de DG en el Hospital Royo Villanova de Zaragoza entre los años 2012-2017. Se recogieron variables maternas: edad; IMC pregestacional, aumento de peso hasta el diagnóstico de DG, hábito tabáquico, glucemia basal, HbA1c, media de perfiles glucémicos pre y postprandial en todas las visitas y HOMA de resistencia insulínica (HOMAr). Como variable fetal de ajuste se incluyó el perímetro abdominal (PA) determinado por ecografía a las 35 (DE 1,4) semanas de gestación. La variable indpendiente fue el PRN con un punto de corte en peso > p90. El procesamiento de los datos se hizo en SPSS y la comparación de las variable maternas y fetales con los resultados obstétricos.

Resultados: Se incluyeron 610 mujeres con edad de 33,8 (DE 4,2) años, IMCpre 25,5 (DE 5) Kg/m2, aumento de peso de 7,1 (DE 3,8) Kg, HbA1c 5,2 (DE 0,35) %, HOMAr 2,1 (DE 1,6), media de glucemias preprandiales 88(DE 7,2) y postprandiales 121(DE 9,2) mg/dl. Semana de parto 38,82 (DE 1,4); parto pretermino: 4,6%, PRN>p90 8,1%. Pequeño para la edad gestacional: 6,1%; Parto por cesarea 11,6%. El IMC previo; mayor HbA1c, HOMAr y niveles de HDL mas bajos se asoció de forma significativa con PRN>p90. Los factores predictivos independientes de PRN> p90,por orden de importancia pronóstica: fueron: perímetro abdominal fetal (OR=1,054; IC 95% 1,02-1,09; $\chi 2$=11,6; p=0,001), media de glucemias preprandiales (OR=1,094; IC 95% 1,022-1,17; $\chi 2$=7,1; p=0,001), aumento de peso hasta el diagnóstico (OR=1,145; IC 95% 1,016-1,291; $\chi 2$=5,04; p=0,025), hábito tabáquico (OR=0,19; IC 95% 0,035-1,02; $\chi 2$=4,8; p=0,028).

Conclusiones: El control intensivo de la glucemia en la diabetes gestacional consigue buenos resultados obstétricos. Evitar la obesidad previa a la gestación y la adecuada ganancia de peso durante el embarazo serían objetivos a conseguir para la mejora de los resultados obstétricos.

C035/18: EVALUAR LAS CARACTERÍSTICAS DE GESTANTES ATENDIDAS POR DISFUNIÓN TIROIDEA SEGÚN DOS PUNTOS DE CORTE DE TSH..

Primer autor: *Maria Orosia Bandrés Nivela. Centro De Especialidades Grande Covian*

Coautores: *Concepción Vidal Peracho, Paola Gracia Gimeno, Mª Jose Pamplona Civera, Carmen Cabrejas Gómez, Carmen Horno Pérez, Borja Notivol Marín, Eva López Alcuten*

Resumen:

Objetivo: Evaluar las características y resultados obstétricos de gestantes derivadas por disfunción tiroidea en función de nivel de TSH, en el primer trimestre de gestación y la presencia de autoinmunidad tiroidea.

Material y métodos: estudio descriptivo *observacional en el que se analizaron datos de 670 gestantes remitidas entre enero de 2013 y enero* de 2018. Se recogieron las variables edad, peso materno, niveles de TSH (estableciendo puntos de corte ≤ 2,5; 2,6-4 y >4 mUI/mL) y T4L ng/dL en primer trimestre de gestación y datos de autoinmunidad tiroidea. Como resultados obstétricos: aborto, tipo de parto, y peso del recién nacido (PRN). Se realizó el análisis estadístico de los datos con SPSS.

Resultados: la edad media fue 33,18(+4,9) años y el peso medio 68,4(+13,6)kg. La semana de realización del análisis que motivó la derivación fue la 9,57(+4,3). El motivo de derivación más frecuente fue el antecedentes de hipotiroidismo previo (46%), TSH entre 2,5- 5,3mUI/mL (22,9%), hipotiroidismo subclínico (14,4%). El 35,4% tenían antecedente de al menos un aborto previo, de las cuales el 81,1% tenían autoinmunidad positiva. La semana media de parto fue 39,24(+1,5) y el peso medio del RN 3,22 (+0,6) kg. Se encontró correlación entre autoinmunidad tiroidea positiva y riesgo de aborto (5% vs 1,6%, p 0,04)). Parto cesara si TSH >4 mU/mL, p=0,04. No encontramos correlación entre aumento de aborto, PRN, tipo de parto entre niveles de TSH ≤ 2,5 mUI/mL y entre 2,6- 4 mUI/mL en pacientes con autoinmunidad negativa.

Conclusiones: La autoinmunidad tiroidea positiva aumenta el riesgo de abortos. El punto de corte de 4 en pacientes con autoinmunidad negativa es seguro, para iniciar tratamiento con levotiroxina.

C083/18: PROTOCOLO DE COORDINACIÓN PSIQUIATRÍA-ENDOCRINOLOGÍA PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES CON ANOREXIA NERVIOSA.

Primer autor: *Juan Manuel Bernad Polo. Hospital Royo Villanova*

Coautores: *Orosia Bandres Nivela, Carmen Cabrejas Gomez, Cesar Paumard Olivan, Mercedes Muñoz Calvo, Pilar Soro Ramia, Celeste Gil Silva, Miguel Martinez Roig*

Resumen:

La anorexia nerviosa (AN) es una enfermedad mental de alta incidencia y larga evolución. El tratamiento de la misma es un proceso en el que van a intervenir diferentes profesionales, siendo clave la coordinación y la continuidad de cuidados en la eficiencia de los servicios. El traslado de la UTCA del HRV al HNSG supuso la intensificación del tratamiento en aspectos psiquiátricos al tiempo que se perdía la continuidad de cuidados en el área endocrinológica.

Objetivos:
-Proporcionar a pacientes TCA una atención integral entre los equipos de Salud Mental y de endocrinología
-Elaborar protocolos de actuación coordinada
-Evitar complicaciones graves relacionadas con las alteraciones nutricionales

Método: Se crea un grupo de mejora de calidad compuesto por psiquiatras, psicólogos, enfermería psiquiátrica y endocrinólogos, que elabora un protocolo de coordinación con los recursos disponible en el momento.

Resultados:
Se dispone de un protocolo de coordinación psiquiatría-endocrinología para la atención de pacientes TCA adultos:
Población diana: Pacientes con diagnóstico de anorexia derivadas a UTCA del HNSG
Procedimientos
Acogida en la UTPCA, diagnóstico y determinación criterios gravedad
Procedimiento de derivación a endocrinología
Procedimiento de ingreso hospitalario
Diagrama de flujo
Criterios de evaluación:

Conclusiones
-El protocolo elaborado ha permitido la mejora de la atención a la AN con la organización y recursos actuales.
-Deben emprenderse acciones orientadas a la reorganización integral de la UTCA de adultos, de forma que atienda a los pacientes como una unidad funcional a lo largo de todo el proceso.

C088/18: FLUJOS "MIGRATORIOS DE PACIENTES" INTERHOSPITALARIOS.

Autor: *Mercedes Giménez López. Hospital San Juan de Dios*

Resumen: Objetivo: Conocer los patrones de utilización de los servicios sanitarios y estudiar los resultados observados podría resultar una buena herramienta para programarlos. Caracterización de pacientes derivados a un hospital de Media Estancia, analizando la influencia de las diferentes variables sociodemográficas sobre los resultados en salud y el efecto de las mismas en la gestión del ingreso y el alta hospitalaria.

Método: Estudio longitudinal prospectivo realizado en un Hospital de Convalecencia / Media Estancia, en la ciudad de Zaragoza, durante el año 2016. Se seleccionaron todos los pacientes ingresados durante el periodo de estudio. Los datos fueron obtenidos del Conjunto Mínimo Base de Datos (CMBD) hospitalario. Realización del estudio, aprobado por el Comité de Ética de Aragón (CEICA).

Se estudiaron variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil y lugar de residencia), variables de gestión (tipo de ingreso: programado/no programado, procedencia, fecha y hora de ingreso) y variables de resultados en salud (fecha y hora de alta programada). Para el análisis de las variables se utilizó el programa estadístico SPSS v19.0.

Resultados: Se estudiaron 2.529 pacientes (edad media 82,79 ± 10,91 años, 54,4% mujeres). Sin pareja (59,9%). Residentes en Zaragoza capital (82,6%). Procedencia del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) (64,5%). Horario de ingreso de 8:00-11:29h, 45,6%; 11:30-14:59h, 24,6%; 15:00 -18:29h, 23,4%; 18:30-23:00h, 6,4%. Ingresos en día laboral del 66,2%, en víspera de fiesta 19,3% y en festivo 14,5%. La distribución de ingresos según día: edad >90 años, un 21,8% ingresan en festivo (p<0,001). Horario de altas programadas, de 08:00-11:59h, 4,8%; de 12:00-15:59h 26,4%, 16:00-19:59h, 58,9%, 20:00-23:59h, 9,6%, posteriormente a las 00:00h fue del 0,2%. Día de alta laboral: 67,3%, víspera de festivo: 29,9%, alta en festivo: 2,9%. Conclusiones: El perfil de usuario es mayoritariamente femenino, en edades muy avanzadas y en situación monoparental. El horario de ingreso no programado se realizó, preferentemente en turno de mañana. El ingreso no programado de nonagenarios durante los festivos, y las altas programadas en víspera de festivo implicaría una continuación del estudio, para facilitar la programación y coordinación con Atención Primaria.

Mensaje para casa: Conocer los patrones de utilización de los servicios sanitarios y estudiar los resultados observados podría resultar una buena herramienta para programarlos.

C092/18: RUTA ASISTENCIAL MANEJO COMPARTIDO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.

Primer autor: *María Del Rosario Ortas Nadal. Hospital Universitario Miguel Servet*

Coautores: *José Ramón Laperal Mur, Clara Bergua Martínez, Antonio San Pedro Feliu, José Miguel Chopo Alcubilla, Rubén Cordón Ruiz, Francisco Díaz Cortegana, Carmen Aured Guallar*

Resumen:

Situación Inicial Y Objetivos

El objetivo fundamental del Proyecto de Procesos asistenciales compartidos entre Atención Primaria (AP) y Asistencia Especializada (AE) cardiológica es mejorar la atención que se presta a los pacientes con enfermedad cardiovascular, mediante la redefinición de las tareas que tanto los profesionales de AP como los de AE cardiológica deben asumir coordinadamente en la atención.

La METODOLOGÍA Incluye:

1. Formación de un Grupo multidisciplinar AP-AE: establecer criterios consensuados de derivación, designar un cardiólogo referente para cada centro de AP, sesiones clínicas mensuales AP-AE y semestrales acreditadas, establecer criterios de solicitud de pruebas cardiológicas desde AP.
2. Protocolización intraservicio para la respuesta a la interconsulta virtual (ICV), citación presencial en las consultas específicas; revisión y unificación de criterios de indicación de procedimientos diagnóstico/ terapéuticos. Elaboración sistema de verificación de citas pendientes y plan de continuidad asistencial del paciente tras un alta hospitalaria.
3. Definición del modelo de consulta de enfermería AP-AE cardiológica

Resultados

- Se ha creado un grupo multidisciplinar AP-AE médico-enfermería
- Se ha designado un cardiólogo referente para cada centro de salud,
- Se han realizado protocolos intraservicio de cardiología
- El tiempo de respuesta de la ICV por parte de AE cardiológica ha descendido de forma muy llamativa, hasta alcanzar 7 días en el 90%.
- En 7 meses se han valorado 3.639 pacientes a través de ICV, con resolución de la consulta en torno al 20%, sin necesidad de consulta presencial.
- Se ha gestionado la 1ª consulta de todos estos pacientes, a través de la IC
- Todos los pacientes valorados como “muy preferentes” han sido atendidos en una consulta de diagnóstico rápido, con una espera menor de 15 días desde su solicitud y una resolución desde que se solicitó en AP, de 27 días.
- Todos los pacientes valorados como “preferentes” han sido atendidos en una consulta con ecocardiograma, con una espera que en noviembre de 2017 era de

107 días y de 16,8 en mayo.

Conclusiones: Los resultados iniciales preliminares son limitados debido al corto recorrido de este proyecto. No obstante, el abordaje asistencial compartido entre AP y AE cardiológica ha permitido una mejora muy precoz de la asistencia sanitaria de los pacientes con enfermedad cardiovascular en nuestro sector, con una resolución inmediata no presencial un 20% de los mismos y una atención a tiempo de los pacientes “preferentes”.

C097/18: INTERVENCIONES DE GESTIÓN QUE FOMENTAN LA REALIZACIÓN DEL INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HOSPITALES.

Primer autor: *Myriam Sáez de Guinoa Sentre. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

Coautores: *Carmen Rebollo Pina, María del Pilar Cascán Herreros, Elena Altarribas Bolsa, Marta Charlo Bernardos, Marta Palacios Laseca, ,*

Resumen:

Objetivos general: Aumentar el número de ICE que se realizan en el Hospital. Objetivos específicos: Detectar las unidades con menor registro de ICE al alta de pacientes. Identificar los motivos de la baja cumplimentación del ICE Difundir entre el personal la obligatoriedad legal de realizar el ICE al alta del paciente.

Método: El Informe de Cuidados de Enfermería (ICE) es una herramienta imprescindible para mejorar la comunicación entre los niveles de Atención Primaria y Especializada. Garantiza la continuidad asistencial y aumenta la seguridad del paciente. Pese a su obligatoriedad hay dificultades para alcanzar el estándar 100% de cumplimiento y surge la necesidad de mejora. Se realizaron tres intervenciones diferenciadas: 1. Inclusión del registro del ICE en los Contratos de Gestión de Objetivos del Hospital con el Servicio de Salud. 2. Formación al personal de nueva incorporación en la realización del ICE y su obligatoriedad. 3. Feedback de las coordinadoras de calidad y de cuidados al personal de enfermería. Mensualmente, se visitan las unidades de hospitalización y se aplica un reforzamiento positivo de carácter social a las unidades con una mejoría de cumplimiento del estándar, se analizan los fallos en las unidades con menor porcentaje de ICE cumplimentados y se presentan los datos de todas las unidades de modo transparente buscando la comparación como medio de estímulo.

Resultados: El análisis descriptivo de 2015 mostró que eran necesarias intervenciones importantes sobre el personal de enfermería. Sólo un 35,80% de los pacientes dados de altas (excluyendo éxitus y traslados voluntarios) presentaban ICE al terminar su hospitalización. Se observó una distribución asimétrica debido a la baja realización de ICE en las Unidades de Obstetricia, Psiquiatría y Pediatría. Estas tres unidades se han extraído del estudio hasta la puesta en marcha de otro ICE más ajustado a sus necesidades, actualmente en implantación.En 2017 se ha conseguido un grado de cumplimiento del 72,12% (16180 ICE cumplimentados x 100 /22433 altas de hospitalización excluyendo éxitus, altas voluntarias y servicios mencionados anteriormente). En dos años hay unidades como Medicina Interna-Endocrino que ha aumentado su cumplimentación desde un 11,4% a un 80,6% y Neumología ha aumentado desde un 30,6% al 88,4%

Conclusiones: Consideramos que el mayor registro de ICE es debido a que las intervenciones desarrolladas han sido efectivas.

C102/18: TEST DEL ALIENTO: ACERCAMIENTO A LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN EL SECTOR DE CALATAYUD.

Primer autor: *José Codes Gómez. Dirección de Atención Primaria Calatayud*

Coautores: *Mª Carmen Sanz Sebastián, Margarita Bueno Pascual, Ariadna de Lucas Barquero, Pilar Abadía Ciudad, Patricia Isabel Esteve Alcalde, Alberto Mir Subías,*

Resumen:

Objetivo:Elaborar un protocolo de actuación de la infección por Helicobacter pylori (Hp) en el Sector de Calatayud.

Método: La infección por Hp es, probablemente, la infección bacteriana más difundida, calculándose que aproximadamente la mitad de la población mundial la presenta en algún momento de su vida. El test del aliento permite hacer el diagnóstico de la infección por Hp, es una prueba sencilla, accesible y fácilmente aplicable en AP.
Para la elaboración del protocolo se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar en el Sector de Calatayud (Dirección, medicina y enfermería de AP y AE). Se solicitó al responsable funcional de OMI-AP, su incorporación al mismo en forma de "AP-Adulto test H. Pylori", de tal manera que el médico puede acceder a las indicaciones y principales líneas de tratamiento. La hoja de instrucciones al paciente se imprime desde la lista de plantillas. Desde el servicio de laboratorio del hospital se activó la petición del test en la pestaña de serologías y se determinó el stock mínimo para cada centro de salud. Para la difusión se informó a todos los coordinadores y responsables de enfermería, instruyéndose una enfermera de cada EAP en la técnica de realización del test y en los consejos a los pacientes. Está colgado en la intranet del Sector Calatayud tras haber sido aprobado por la Comisión de Calidad y la Comisión de Dirección del sector. Período analizado: Febrero - abril 2018. Variables recogidas: edad, sexo, procedencia y resultado del test Fuente de datos: HCE, OMI-AP y laboratorio del Hospital E.Lluch. Test utilizado: UBTEST® 100 MG

Resultados: El resultado que se espera conseguir:
- Mejorar el abordaje de la dispepsia y adecuación de la derivación al segundo nivel asistencial dotando al MAP de una mayor capacidad resolutiva
- Accesibilidad de la población a la prueba en su Centro de Salud.
Resultados de los datos analizados: Se han realizado 119 test. Media de edad 38 años (15-82); 68% mujeres. Desde AP se solicitaron 36 (30,3%) y desde AE 83 (69,7%). Resultaron positivos 37 (31,1%). Solicitudes por EAP: Calatayud Norte (25), Daroca (6), Alhama de Aragón (4) y Ariza (1). De los 36 test solicitados desde AP, 14 (39%) han sido positivos.

Conclusiones: Con la implantación del nuevo protocolo se ha conseguido dotar a los profesionales de AP de información actualizada en cuanto a indicaciones y tratamiento del Hp. Esto permitirá reducir el número de derivaciones a AE, aumentar la capacidad resolutiva de los profesionales y evitar desplazamientos de los pacientes.

COMUNICACIONES MESA 19

COD	Título de la Comunicación	Nombre	Centro	Mesa	Día
C023/18	AVANCE DESDE EL PROCESO MANUAL A LA AUTOMATIZACIÓN EN EL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA (FASE ANALÍTICA)	Milagros Chico Rodriguez	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa	19	14
C027/18	ADECUACION DEL DOCUMENTO DE SOLICITUD DE ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	Mª José Cardiel García	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa	19	14
C030/18	IMPLANTACIÓN DE LA DETECCION DE RIESGO LITOGENICO PARA LA PREVENCION Y LA DISMINUCION DE LA LITIASIS RENAL Y SU RECURRENCIA	Raquel Lahoz Alonso	Hospital Universitario Miguel Servet	19	14
C132/18	GESTIÓN DE LA DEMANDA DE LAS PETICIONES DE SEROLOGÍA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH	Mª Luisa Monforte Cirac	Hospital Ernest Lluch Martín	19	14
C210/18	¿CUANDO SOLICITAR PCR VIRUS ZIKA? GESTION DE LA DEMANDA Y RESULTADOS DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA DEL HUMS DURANTE LOS AÑOS 2016-2017.	Ana Milagro Beamonte	Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud	19	14
C211/19	VALIDACION VIASURE ZIKA® PCR-RT PARA DETECCIÓN DEL VIRUS ZIKA.	Ana Milagro Beamonte	Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud	19	14
C212/20	EXPERIENCIA DEL S. DE MICROBIOLOGIA DEL HUMS DURANTE LOS AÑOS 2016/2017. OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS Y DIAGNÓSTICO DEL VIRUS DEL PAPILOMA.	Ana Milagro Beamonte	Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud	19	14
C213/21	ANALISIS INCIDENCIAS PREANALITICAS DE LAS MUESTRAS PROCEDENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN MICROBIOLOGÍA DEL HUMS.	Ana Milagro Beamonte	Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud	19	14

C023/18: AVANCE DESDE EL PROCESO MANUAL A LA AUTOMATIZACIÓN EN EL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA (FASE ANALÍTICA).

Primer autor: *Milagros Chico Rodriguez. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

Coautores: *Maria Teresa Ramirez Gasca, Maria Victoria Gumiel Garcia, Emma Olmedo Urbizu, Carolina Valero Torres, Maria Carmen Marcellan Muruzabal, Lourdes Bengochea Martinez, Begoña Fuertes Negro*

Resumen:

Objetivo: Mejorar la calidad, seguridad y trazabilidad de las piezas quirúrgicas, evitando la pérdida de muestras en el procesamiento y orientación adecuada.

Método: Utilización de mesas de tallado adaptadas a la normativa europea de formaldehido, dotadas de fotografía digital, sistema de dictado con reconocimiento de voz y sistemas de trazabilidad. Uso de nuevos sistemas de tallaje de piezas mediante cápsulas de seguridad Paraform (Sakura). Selección de la cápsula adecuada según el tipo de tejido, tamaño y orientación de la muestra. Protocolización de los tiempos de fijación en formaldehido. Procesamiento mediante sistema de microondas sin utilización de formaldehido ni xileno (Procesador XPress 120) y formador automático de bloques (AUTOTEC a 120. Posteriormente, cortes tisulares con el micrótomo automático AUTOSECTION (Sakura)

Resultados: Disminución de la manipulación por el personal técnico Reorganización de los circuitos de trabajo con flujo de trabajo continúo Cumplimento de las normativas de Prevención de riesgos laborales por disminución de la exposición a tóxicos y formaldehido. Obtuvimos mejoras consistentes en la disminución de la manipulación y por ende limitación del error humano. Se reorganizaron los circuitos de trabajo, que mejoraron con la implementación de flujos de trabajo continuo a su vez que permitió la realización de ajustes en tiempo real, esto ultimo en relación a la carga de trabajo a lo largo del día. Se ajustó el servicio a las nuevas normas y directrices en relación a la prevención de riesgos laborales, así como la exposición a tóxicos y formaldehido.

Conclusión: Incremento de la seguridad del paciente con disminución de errores y pérdidas de material al usar capsulas de seguridad, manteniendo la orientación de la muestra hasta la formación del bloque. Control de los tiempos de isquemia, mejora la calidad en la fase preanalítica y preservación del ADN. Disminución de la carga de trabajo del personal. Lecciones aprendidas: Colaboración entre profesionales de distintos estamentos para mejorar los circuitos de trabajo. Incremento de la seguridad del paciente al disminuir la manipulación. Minimización de errores y perdidas de muestras Incremento de la inmunorreactividad tisular

C027/18: ADECUACION DEL DOCUMENTO DE SOLICITUD DE ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Primer autor: *Mª José Cardiel García. Hospital Clinico Universitario Lozano Blesa*

Coautores: *Elaine Mejía Urbáez, Ana Belén Lafuente Mainar, Carlo Bruno Marta Casnova, Hristo Iliev Iliev, Laura Pérez Domingo, Guillermo Muñoz González, Begoma Fuertes Negro*

Resumen:

Objetivos: En el servicio de Anatomía Patológica hemos detectado que la vigente hoja de solicitud de Estudio Anatomopatológico no se ajusta a las necesidades actuales, presentando un formato obsoleto en muchos aspectos. Asimismo carece de datos fundamentales para el trabajo diario del patólogo. Se plantea por todo ello la modificación de dicha solicitud adecuándola a los siguientes objetivos:- Facilitar la cumplimentación de la hoja de solicitud de Estudio Anatomopatológico al médico peticionario. - Mejorar el manejo de la muestra una vez llega al servicio de Anatomía Patológica.- Reducir tiempos y costes derivados de la realización de pruebas innecesarias (que se realizaban por carecer de ciertos datos clínicos relevantes). - Dar prioridad a los casos más urgentes.

Método:- Reunión entre el grupo de control de calidad, el personal técnico y patólogos del servicio, con la finalidad de recabar información e intercambiar ideas para realizar el borrador de la hoja de solicitud. - Una vez realizado el borrador, se aprueba y se envía a la comisión de Historias Clínicas junto con el correspondiente informe justificando la modificación. - Puesta en marcha del proyecto, informando del cambio a todo el personal implicado del Sector III. - Análisis de los problemas surgidos, evaluación de los resultados obtenidos y aplicación de propuestas de mejora en caso de ser necesario.

Resultados: Los datos que se considera imprescindible queden incorporados en la hoja de solicitud son:- "Procedimiento": Hace referencia al método empleado para la obtención de la muestra. - "Hora de extracción": Actualmente es de vital importancia saber con absoluta precisión el tiempo de isquemia fría y/o de fijación en formol que han sufrido las muestras en la fase preanalítica. - "Muestra/s remitida/s": En este caso se ha procedido a la ampliación del espacio disponible. - "Sospecha de patología maligna": Facilita el triaje de las muestras en cuanto al grado de urgencia. - "Antecedentes personales de patología neoplásica": Permite un manejo más eficiente de las muestras.

Conclusiones: La inclusión de estos nuevos ítems mejora los tiempos y el manejo óptimo de las muestras anatomopatológicas, reduciendo además errores en las fases preanalítica y analítica.

C030/18: IMPLANTACIÓN DE LA DETECCIÓN DE RIESGO LITOGÉNICO PARA LA PREVENCIÓN Y DISMINUCIÓN DE LA LITIASIS RENAL Y SU RECURRENCIA.

Primer autor: *Raquel Lahoz Alonso. Hospital Universitario Miguel Servet*

Coautores: *José Luis Bancalero Flores, Rocío Escobar Conesa, Silvia Gorriz Pintado, Cristina Frau Socias, Marta Viridiana Muñoz Rivero, Vicente Compaired Aragües, Esperanza Abadía Sanz*

Resumen:

La litiasis renal es una de las afecciones más comunes de la sociedad moderna, constituyendo un importante problema de salud que además asocia una gran carga económica. La naturaleza de la litiasis varía según la edad y el sexo, viéndose también influenciada por factores dietéticos, climáticos y de estilo de vida. En los últimos años son varios los trabajos que hacen referencia a un aumento en su prevalencia, sobre todo en países desarrollados. A pesar de los avances que se han producido en el manejo de dicha patología, ésta continúa siendo una enfermedad con alta tasa de recurrencia. Se estima que, tras un primer episodio, entre el 30% y el 50% recurrirá en los próximos 5-10 años.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo de los sedimentos urinarios realizados por SEDIMAX (Menarini) de aquellas orinas en las que aparece cristaluria, teniendo en cuenta el tipo de cristales, su combinación, tamaño y forma, informando posteriormente la detección de riesgo litogénico.

Resultados: Durante el periodo de julio a diciembre de 2017 se analizaron un total de 89062 orinas de manera rutinaria. El 45.9% de estas, presentaron tira patológica por lo que se analiza su sedimento. En 881 (2.2%) se observa la aparición de cristaluria asociada a riesgo litogénico por diferentes motivos; en el 41,9% la combinación de cristales de oxalato cálcico monohidrato junto con dihidrato, en el 42,9%, se observan cristales de oxalato cálcico dihidratado con forma dodecaédrica. Respecto al tamaño, 73 sedimentos con cristales de oxalato cálcico dihidrato mayores a 35 µm y 61 con cristales de ácido úrico mayores a 100 µm.

Conclusión: A la vista de estos resultados, aunque dado el gran volumen de muestras que se analizan el porcentaje de pacientes que presentan riesgo no sea muy elevado, se decide para este año 2018 mejorar la calidad asistencial con la implantación en el informe del sedimento urinario el resultado de riesgo litogénico detectado en el mismo, por la valoración clínica de diversos parámetros de la cristaluria procedentes del estudio de la naturaleza química de los cristales, talla de los cristales, tasa de agregación y maclación, y el volumen cristalino global.
Además de informar al médico especialista, se considera necesaria la comunicación con el médico de Atención Primaria y la colaboración por parte de los profesionales de enfermería para la implantación y seguimiento de medidas higiénico dietéticas para mejorar la prevención de la enfermedad litogénica renal.

C132/18: GESTIÓN DE LA DEMANDA DE LAS PETICIONES DE SEROLOGÍA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Primer autor: *Mª Luisa Monforte Cirac. Hospital Ernest Lluch Martín*

Coautores: *Rocío Cebollada Sánchez*

Resumen:

La gestión de la demanda de las peticiones serológicas es una línea de actuación importante en nuestro laboratorio. El coste de las pruebas de serología tiende a aumentar debido al incremento de pacientes, implantación de nuevos protocolos asistenciales, etc.

Objetivo: Analizar el número de determinaciones rechazadas en Serología, por ser innecesarias o improcedentes, mediante la revisión de los datos clínicos del paciente y antecedentes serológicos, consultados a través de nuestro Sistema Informático de Laboratorio (SIL), desde Enero de 2017 a Abril de 2018, con la consiguiente reducción del gasto sanitario.

Método: Revisión diaria por el facultativo de las peticiones recibidas y rechazo de aquellas determinaciones que resulten improcedentes, mediante la consulta de datos previos del paciente en el histórico de la base de datos del SIL y de la revisión de la historia clínica electrónica.

Resultados: Se realizaron 2186 determinaciones de las 2459 que se solicitaron, lo que supuso una disminución del 11,1% de las determinaciones que requirieron una actuación de la gestión de la demanda. Posteriormente se calculó el coste por determinación no realizada y se obtuvo un ahorro aproximado de 800 euros.

Conclusiones: Una óptima gestión dela demanda de las determinaciones realizadas, condujo al rechazo de un número elevado de peticiones por disponer de resultados previos o no cumplir criterios clínicos. Es importante hacer hincapié en este aspecto para optimizar los recursos disponibles y disminuir el tiempo de respuesta desde el laboratorio, así como concienciar a los facultativos de la importancia de la justificación clínica de las peticiones.

C210/18: ¿CUANDO SOLICITAR PCR VIRUS ZIKA? GESTION DE LA DEMANDA Y RESULTADOS DURANTE LOS AÑOS 2016-2017.

Primer Autor: *Ana Milagro Hospital Universitario Miguel Servet (Servicio de Microbiología)*

Coautores:, *Lourdes Roc, Ana Martinez Sapiña, Juan Sahagún, Nieves Felisa Martínez Cameo, Pilar Hernández, Miriam Latorre, Antonio Rezusta.*

Introducción: Zika es un arbovirus cuyo vector principal son los mosquitos del tipo Aedes aegypti, y otras especies como Aedes albopictus (mosquito tigre). Se aisló por primera vez en 1947 en un mono rhesus en el bosque de Zika, durante un estudio sobre la transmisión de la fiebre amarilla. La sintomatología se caracteriza por fiebre moderada, artralgias en manos y pies, mialgias, cefalea, dolor ocular, conjuntivitis, y rash cutáneo. En pocos días los síntomas desparecen y no dejan secuelas. La infección por Zika se ha asociado a síndrome de Guillain-Barré y microcefalia infantil en Brasil. La confirmación de la infección por Zika se basa casi siempre en la detección del ARN del virus en muestras clínicas.

Objetivo: Análisis de las solicitudes y gestión la demanda de PCR de virus Zika en el HUMS de Zaragoza durante los años 2016 y 2017.

Material y métodos: Se recogió la información de las solicitudes de PCR de Zika, para confirmar que cumplen los criterios indicados por el Departamento de Sanidad, en el protocolo de Vigilancia de la enfermedad. Se valoró la presencia de exantema, artralgias, mialgias, conjuntivitis, fecha de inicio, y criterios epidemiológicos como el residir o visitar áreas epidémicas, posibilidad de infecciones y vacunaciones previas, posibilidad de embarazo, y en su caso edad gestacional y signos ecográficos. Se realizó PCR RT en muestras de suero y/o orina de los pacientes que cumplen dichos criterios. En el caso de embarazo se realizó serología en el Centro Nacional de Microbiología.

Resultados: Se recibieron 227 muestras para detección por PCR de Zika: en 58 no se realizó la prueba por no cumplir los criterios, en 141 no se detectó el virus, 28 fueron positivas (19 orina y 9 en suero o plasma). Las muestras positivas corresponden a 20 pacientes que en todos los casos presentaban el cuadro sintomático típico y antecedente de viajes.

Conclusiones: Todos los resultados positivos corresponden a pacientes con episodio agudo de la enfermedad. La información recogida a la recepción de las solicitudes ha permitido optimizar el gasto, ya que en un 25,55 % de los casos no estaba indicada la realización de PCR. Un motivo frecuente de solicitud es el miedo a padecer la enfermedad, incluso en ausencia de clínica y antecedente de viaje. Estos resultados denotan una falta de información por parte de los solicitantes sobre los casos en los que está indicado realizar el estudio de detección de Zika por PCR.

C211/18: VALIDACION VIASURE ZIKA® PCR-RT PARA DETECCIÓN DEL VIRUS ZIKA.

Primer Autor: *Ana Milagro Hospital Universitario Miguel Servet (Servicio de Microbiología)*

Coautores: *Nieves Felisa Martínez Cameo, Pilar Hernández, Ana Martínez Sapiña, Yolanda Gracia y Silvia Pina*

Resumen:

El virus Zika es un arbovirus patógeno emergente transmitido por mosquitos. La infección es leve, en el 75% de los casos asintomática. En los sintomáticos se caracteriza por fiebre moderada, artralgias, mialgias, cefalea, dolor retroorbital y conjuntivitis, y rash cutáneomaculopapular. La infección por Zika se ha asociado a un aumento de casos del síndrome de Guillain-Barré y de microcefalia infantil. La confirmación de la infección por Zika se basa casi siempre en la detección del ARN del virus en muestras clínicas usando la PCR de transcripción reversa.

Objetivo: Evaluar el kit VIASURE-ZIKA por PCR-RT determinando su precisión diagnósticapara la detección cualitativa del Zika en muestras clínicas, y validar su procedimiento de uso.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en muestras de suero y orina de pacientes adultos con sospecha clínica de infección por Zika (recogiendo información clínica y epidemiológica de los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión). La evaluación se realizó en el Servicio de Microbiología del HUMS, durante los meses de febrero a mayor de 2017comparando el test en estudio (Viasure-Zika) con el kit de PCR-RTRealStar® (AltonaDiagnostics) como referencia, determinando la infección por Zika por un resultado positivo en la PCR.Las extracciones de ARN se realizaron de las muestras almacenadas y congeladas a -80ºC, usando un sistema automático de extracción de ADN/ARN (EZ1, Qiagen). Se utilizó el CFX96 Bio-Rad Cycler para todos los ensayos. Se procesaron 18 muestras (10 de orina y 8 de suero), que se agruparon en dos grupos: uno con 12 y otro con 6.

Resultados: El kit VIASURE-Zika de detección por PCR en tiempo real detectó el virus zika en todas las muestras clínicas de los pacientes del grupo 1 (>99 de sensibilidad, >99especificidad). Todas las muestras del grupo 2 resultaron negativas para los dos ensayos de PCR en tiempo real.

Conclusiones: Obtuvimos resultados válidos para todas las muestras de suero y orina. El método VIASURE-Zika es un ensayo sencillo y rápido para la detección de virus Zika en muestras clínicas. Los reactivos listos para su uso (liofilizados) y la temperatura de almacenado (temperatura ambiente) facilitan el uso, transporte y almacenaje del kit.

C212/18: OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS Y DIAGNÓSTICO DEL VIRUS DEL PAPILOMA. EXPERIENCIA DEL S. DE MICROBIOLOGIA DEL HUMS DURANTE LOS AÑOS 2016/2017.

Primer Autor: *Ana Milagro Hospital Universitario Miguel Servet (Servicio de Microbiología)*

Coautores: *Juan Sahagún, Nieves Felisa Martínez Cameo, Pilar Hernández, Yolanda Palacios, Antonio Rezusta y Elena Morilla.*

Resumen:

El virus del Papiloma humano (VPH) es una de las infecciones de transmisión sexual más frecuente en el mundo. La detección de los genotipos de alto riesgo oncogénico (AR) es una condición necesaria para la aparición de lesión intracelular y progresión a cáncer de cérvix. El algoritmo de cribado para su prevención se basa en la detección de VPH-AR. El genotipado de los VPH 16 y 18 es una información adicional importante dado el potencial oncogénico. Esta información permite tomar decisiones clínicas como derivar para colposcopia diagnóstica. En el caso de los otros VPH-AR se mantiene una actitud más conservadora en el caso de cribado de VPH-AR negativo.

Objetivo: Conocer la prevalencia de infección por VPH-AR en las mujeres del Área de Salud del HUMS, los genotipos de VPH-AR más frecuentes y la contribución de esta detección a la disminución del gasto, contabilizando el número de citologías que se han dejado de hacer en los años 2016-2017 por ausencia de infección por VPH-AR.

Métodos: Se incluyeron las muestras endocervicales recibidas durante los años 2016 y 2017, recogidas en medio de citología líquida. Se diseñó un volante de petición, en los que el personal de Ginecología solicita: solo citología, solo VPH-AR, citología y VPH-AR, o citología condicionada a un resultado positivo de VPH-AR. La detección se realizó con sistema Roche Cobas HPV test 4800 que detecta simultáneamente 14 VPH-AR y ofrece 4 resultados: no se detecta VPH-AR, se detecta VPH-16, se detecta VPH-18, se detectan VHP-AR-OTROS (31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68). Esta técnica está aprobada por la FDA para el cribado primario y se encuentra acreditada, en Microbiología, por la NORMA UNE EN ISO 15189.

Resultados: Se recibieron 6323 muestras correspondientes a 5569 pacientes con los resultados siguientes: 4.394 pacientes (78,9%) fueron negativos, 785 (14,1%) positivos para otros, 33(0,6%) positivo para VHP 18, y 195 (3,5%) positivo para VHP-16, en 162 pacientes (2,9%) fueron mixtas.

Conclusiones: La prevalencia de la infección de VPH en nuestra serie es del 21,09%. El 14% de los casos se detectan VPH-AR-OTROS, 3,5% VHP-16 y 0,6% VPH-18. El 2,9% son confecciones siendo el grupo más frecuente el que asocia VHP-16 y OTROS. El algoritmo aplicado supone un ahorro del 91,39% de las citologías condicionadas durante el periodo de estudio.

C213/18: ANALISIS INCIDENCIAS PREANALITICAS DE LAS MUESTRAS PROCEDENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN MICROBIOLOGÍA DEL HUMS.

Primer Autor: *Ana Milagro Hospital Universitario Miguel Servet (Servicio de Microbiología)*

Coautores: *Juan Sahagún, Elena Morilla, Pilar Hernández, Nieves Felisa Martínez Cameo, Yolanda García, Jesús Viñuales.*

Resumen:

La parte más decisiva de un estudio microbiológico es la adecuada recogida de las muestras, su conservación y envío, acorde a las pruebas solicitadas para el diagnóstico. Los Centros de Atención Primaria (AP), son fundamentales en este proceso, por el volumen, calidad y características de las muestras, muchas veces irrepetibles (debido tratamiento antibiótico inmediato). El Servicio de Microbiología del HUMS está acreditado en la NORMA UNE EN ISO 15189 y una parte importante es la dedicada al área de preanalítica. Las muestras mal recogidas, deficientemente identificadas y/o transportadas generan la emisión de informes con información errónea y resultados no fiables, puede conducir a un diagnóstico incorrecto y a un tratamiento inapropiado, además del consiguiente coste económico inútil. Es primordial realizar un análisis de las incidencias generadas e implementar las medidas correctoras necesarias.

Objetivo: Analizar las incidencias preanalíticas de las muestras procedentes de AP durante el año 2017, para implantar las acciones preventivas y correctoras adecuadas.

Métodos: El Laboratorio elaboró unos procedimientos preanalíticos (que recogen cómo realizar la toma de muestras y envíos) disponibles en intranet para AP. En el Sistema informático del Laboratorio se recogieron las incidencias de las muestras que no cumplían los criterios de aceptación, codificadas para realizar un tratamiento estadístico.

Resultados: En el año 2017 se recibieron214.915 muestras, 64.877 de estas procedían de AP. Este grupo de muestras generó 1595 incidencias preanaliticas (392 de suero y 1203 para cultivo). En 963(60,4%) se resolvió la incidencia; el resto se rechazaron debido a no llegar a recibirse (27,9%), recibirse en un envase inadecuado (8,7%) o sin identificación (3%).

Conclusiones: El análisis de las incidencias preanaliticas en nuestro laboratorio evidencia la necesidad de formación en AP en la toma y envío de muestras (en el 39,6% de las incidencias no pudieron ser resueltas ni las muestras estudiadas). Es necesario establecer indicadores prenalíticos que detecten las prácticas inadecuadas y corregirlas, para mejorar la seguridad del paciente y disminución de costes económicos, ya que el gasto medio entre contenedores, material, solicitud y tiempo empleado en la recogida, etiquetado, transporte, recepción y comprobación de muestras se estima en 17 euros/muestra, además del inconveniente que plantea al médico solicitante y al paciente expectante de los resultados.

COMUNICACIONES MESA 20

COD	Título de la Comunicación	Nombre	Centro	Mesa	Día
C020/18	PROCEDIMIENTO ENFERMERO EN TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO IV DOMICILIARIO (TAIVD) DE EXACERBACIONES INFECCIOSAS RESPIRATORIAS.	Gloria Victoria Palacios Torrellas	Hospital Universitario Miguel Servet	20	14
C045/18	JORNADA DE ACOGIDA Y FORMACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y TCAE A LA UCI DE POSTOPERATORIO CARDIACO.	Antonina Klimenko Klimenko	Hospital Universitario Miguel Servet	20	14
C056/18	INFORME DE ENFERMERÍA NEFROLÓGICA	Asuncion Morte Romero	Hospital Ernest Lluch Martín	20	14
C084/18	NUEVAS TECNOLOGIAS APLICADAS A LOS PROCESOS DE COORDINACION DE ACTIVIDADES EMPRESARIALES EN EL SECTOR ZARAGOZA III.	Alberto Puente Colina	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa	20	14
C086/18	SISTEMAS CERRADOS Y DISPOSITIVOS EN LA PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE CITOSTÁTICOS POR VÍA INTRAMUSCULAR Y SUBCUTÁNEA	Alberto Puente Colina	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa	20	14
C134/18	GESTIÓN POR COMPETENCIAS: UN ENFOQUE CUALITATIVO	Delia Gonzalez De La Cuesta	Hospital Universitario Miguel Servet	20	14
C135/18	ANÁLISIS DE PUESTOS DE TRABAJO Y GESTIÓN POR COMPETENCIAS	Delia Gonzalez De La Cuesta	Hospital Universitario Miguel Servet	20	14
C192/18	ANÁLISIS DE LAS INCIDENCIAS DETECTADAS POR LOS SUPERVISORES DEL HOSPITAL CLÍNICO LOZANO BLESA MEDIANTE APLICACIÓN WEB	David Ríos Faure	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa	20	14

C020/18: PROCEDIMIENTO ENFERMERO EN TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO IV DOMICILIARIO (TAIVD) DE EXACERBACIONES INFECCIOSAS RESPIRATORIAS.

Primer Autor: *Gloria Victoria Palacios Torrellas. Hospital Universitario Miguel Servet*

Coautores*: Justa Fondevila Monge, Carmen González López, Carlos Prado Monge, Ana Nuez Sebastián, María Pilar Hernández Sánchez, María Inés Herrero Labarga*

Resumen:

La Fibrosis Quística Es La Enfermedad Genética Letal Más Frecuente En Nuestro Medio. Las Secreciones Bronquiales Son Más Espesas Y, Por Lo Tanto, Se Producen Numerosas Infecciones Que Requieren Ciclos De 14-21 Días De Tratamiento Antibiótico. En Nuestra Práctica Clínica Habitual, En Casos Seleccionados, Se Administra De Forma Ambulatoria, Taivd.

Objetivos: Unificar Criterios En El Proceso De Enfermería De Taivd. Creación De Un Circuito Asistencial Dinámico Y Comprensible. Elaboración De Un Procedimiento Común De Enfermería: Canalización Y Manejo Especial De La Vía Periférica. Conexión Al Sistema De Dispensación Del Antibiótico Preparado Por El Servicio De Farmacia. Adiestramiento Del Paciente En El Manejo Y Cuidado De La Vía, Administración De Sucesivas Dosis En El Domicilio. Sustitución De La Vía En Caso Necesario. Detectar Y Prevenir Posibles Complicaciones. Disminuir La Ansiedad Del Paciente Y Familiares. Evaluación De Los Resultados.

Material Y Métodos: En Caso De Exacerbación Infecciosa, Valorado El Paciente En Consultas De Neumología, Unidad De Fibrosis Quística, Se Determina Comienzo De Taivd. Se Entrega El Consentimiento Informado (Ci) Para Firmar, Prescripción Y Un Díptico Con Datos Identificativos, Alergias, Vía Periférica Utilizada Para Colocación Del Catéter, Día De Comienzo Y Dificultades Con La Primera Dosis. Entrega De La Medicación Y Material Necesario. Se Realiza Adiestramiento En El Cuidado De La Vía. Atención Al Paciente Que Requiera Sustitución De La Vía Durante El Periodo De Tratamiento. Registro De Las Complicaciones. Encuesta Que Valore La Eficacia Y El Grado De Satisfacción.

Resultados: En El Año 2017 Se Instauraron 17 Ciclos Taivd. Todos Los Pacientes Firmaron Ci Y Finalizaron Correctamente El Tratamiento. No Se Produjo Ninguna Reacción Alérgica Ni Complicaciones Médicas, Sólo Locales En Número De 3, Flebitis.
En La Encuesta Se Comprueba Que El 60% De Los Pacientes Tiene Un Grado De Satisfacción De 4 Sobre 5 Y El 40% De 5 Sobre 5. El 80% De Los Pacientes No Cambiaría Nada Y El 20% Propone Utilizar Alargaderas De Mayor Longitud, Añadir Al Díptico Un Apartado Con Observaciones Del Paciente Y Utilizar Un Papel Más Resistente. Se Comprueba Que, Con La Toda La Información, Educación Y Circuito Asistencial Disminuye La Ansiedad Del Paciente Y Familiares.

Conclusiones: La Evolución Clínica, Resultados Médicos, Procedimiento De Enfermería Bien Establecido Y Grado De Satisfacción Del Paciente Nos Animan A Continuar Con Esta Línea Y Aplicar Los Cambios Sugeridos

C045/18: JORNADA DE ACOGIDA Y FORMACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y TCAE A LA UCI DE POSTOPERATORIO CARDIACO.

Primer autor: *Antonina Klimenko Klimenko. Hospital Universitario Miguel Servet*

Coautores: *María Dolores Gil Bernal, Carmen Martínez Soriano, Elvira Joven Casaucau, María Julia Villabona Resano, Belén Orihuela Marín, Cristina García Laborda, Francisco Olmos Pérez*

Resumen:

Objetivo: La creación de este Proyecto de Mejora parte de la necesidad de formación del personal de enfermería y de auxiliares de enfermería de nueva incorporación a la Unidad de Cuidados Intensivos de Postoperatorio Cardiaco. Fue puesto en marcha el año 2017 y se sigue realizando en la actualidad. 1. Reducir el estrés del personal de enfermería y auxiliar de enfermería relacionado con la incorporación a un nuevo puesto de trabajo en una UCI 2. Proporcionar la continuidad de cuidados al paciente crítico mediante la formación específica sobre el material y técnicas de enfermería en una UCI. 3. Proporcionar la información y formación sobre los cuidados de enfermería al paciente crítico

Método: 1. Organización de Jornada de Acogida y formación al personal de nueva incorporación para explicar el funcionamiento de la Unidad y características específicas de los pacientes. 2. Elaboración y presentación de la Guía de consulta rápida de material y técnicas específicas de la UCI. 3. Elaboración y presentación de la Guía de consulta rápida de medicación específica de UCI.

Resultados: Para la realización de este Proyecto se marcó el indicador Nº 120 Formación continuada con estándar ≥75%; y el indicador nº 112 Plan de acogida y formación, estándar 100%, según los Indicadores de Calidad en el enfermo crítico, disponibles en SEMICYUC Ambos estándares se alcanzaron en su totalidad.

Lecciones Aprendidas: El contenido formativo, así como la duración de la actividad (4 horas) fueron suficientes para la actualización de conocimientos para el personal que estuvo trabajando previamente en alguna Unidad de Cuidados Intensivos. Sin embargo, para el personal que nunca estuvo trabajando y no tuvo ningún contacto con UCI, la Jornada sirvió para un primer contacto y una visión global sobre la UCI, pero no fue suficiente para que un profesional sin ninguna experiencia previa pudiera desarrollar su labor de manera autónoma. Por esa razón el equipo decidió introducir una mejora, ampliando el formato de la Jornada. Se decidió añadir 7 horas de taller práctico a las 4 horas de formación teórica ya existente. Se acreditó como un curso de formación inicial por la Comisión de Formación Continuada. En cuanto a las Guías, su elaboración fue y sigue siendo de gran utilidad para el personal de UCI, además sirvieron como punto de partida para otras iniciativas y elaboración de otros documentos en la UCI PC. Las Guías, en su caso, se mostrarían en las Jornadas de Calidad.

C056/18: INFORME DE ENFERMERÍA NEFROLÓGICA.

Primer autor*: Asunción Morte Romero. Hospital Ernest Lluch Martín*

Coautores: *Cruz Esteban Guajardo, Mª Jesús Forcén Casado, Mª José Rubio Montuenga, Marta Júlvez Cabrerizo, Miriam Arenas Martínez*

Resumen:

Objetivos:
-Interoperabilidad entre sistemas de información.
-Recoger la información clínica estandarizada
-Garantizar una homogeneidad en los contenidos de los documentos clínicos en el sistema sanitario público que facilita su comprensión y una mas rápida localización de la información.

Metodo: Al principio realizabamos informes de enfermería que no respetaban los contenidos mínimos establecidos y lo hacíamos junto con el médico cuyo inconveniente era la no realización del informe de enfermería. Para la elaboración de este documento fueron consultados todos los profesionales, sociedades científicas de diferentes especialidades médicas y de enfermería y tambien las CCAA. Los informes de enfermería pueden ser conjuntos del equipo médico, enfermero, siempre respetando los contenidos mínimos establecidos

Resultados: Comenzamos a recibir informes de enfermería de otras comunidades cuando nos llegaban pacientes vacacionales. Esto junto con lo anterior nos motivo a realizar un informe propio en el que se reflejaran los datos que creíamos más relevantes para enfermería. Este informe fue consensuado con los centros de nuestra comunidad autónoma para tenerlo unificado como modelo.

Conclusiones: Nos ha sido muy útil para nuestro trabajo diario para conocer los cuidados de enfermería que precisan los pacientes de hemodiálisis cuando van a otros centros.

Lecciones Aprendidas: Gracias a esta herramienta, hay mejor comunicación entre los profesionales de enfermería de diferentes centros lo cual garantiza una mejor asistencia al paciente.

C084/18: NUEVAS TECNOLOGIAS APLICADAS A LOS PROCESOS DE COORDINACION DE ACTIVIDADES EMPRESARIALES EN EL SECTOR ZARAGOZA III.

Primer autor: *Alberto Puente Colina. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

Coautores: *Concepción Ingles García De La Calera, Mª Teresa González Barriga, Yolanda Marquesan Celaya, María Del Mar Pérez Cadenas, Álvaro Pérez Cires, Lucia Santamaría Moreno, Elena Zueco García*

Resumen:

Objetivos: Las nuevas tecnologías aplicadas a la COORDINACION de ACTIVIDADES EMPRESARIALES, en adelante CAE, han de ayudarnos a controlar de manera eficiente y eficaz la actividad de empresas y trabajadores ajenos que acceden diariamente a nuestros centros, servicios y establecimientos sanitarios. Tenemos la obligación legal de hacerlo como EMPRESA TITULAR de nuestros centros de trabajo en virtud de lo establecido por el RD 171/2004, de 30 de enero, por el que se desarrolla el artículo 24 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, en materia de CAE. Sin embargo, dar cumplimiento a este requisito legal puede conllevar una elevada cantidad de recursos y horas de trabajo, que sin la ayuda de herramientas informáticas especificas hace que el trabajo sea arduo, poco gratificante y, en último término, ineficaz.

Metodología: Se constituye el Grupo de Trabajo CAE, formado por representantes de la Unidad Básica de PRL y representantes de los servicios con mayor volumen de empresas y trabajadores subcontratados (servicios técnicos, electromedicina, cocinas, lavandería y suministros). Se analiza el volumen actual de empresas y trabajadores subcontratados así como los procedimientos de CAE actualmente implementados. Realizado el análisis se presenta los resultados.

Resultados: Actualmente, se realiza una CAE mediante herramientas de control documental obsoletas que conllevan una gran carga de trabajo y papel (Excel, Word y Acces). Se detectan errores en los procedimientos de control documental y operacional que aplicamos a nuestros subcontratistas.
Los procedimientos aplicados generan rechazo tanto para el personal propio que los implementa como para el personal externo receptor de los mismos.
Conclusiones: Analizados los resultados y tomando como modelo casos de éxito consolidados en la gestión de la CAE de otras organizaciones, tanto del sector sanitario (Hospital MAZ, Hospital SAN ROQUE – Las Palmas, etc.) y no sanitario (IKEA, ACCIONA, TELEFONICA, etc.), se apuesta por la selección de una herramienta informática que “dulcifique” el proceso de control documental asociado a la CAE, haciendo esta gestión sencilla, directa, sin errores y, por ende, más eficaz. Mediante la implemente de esta herramienta se demuestra que el tiempo de dedicación, en horas de trabajo destinado al control documental de empresas y trabajadores ajenos se reduce en un 75% y se consigue garantizar la seguridad jurídica de nuestra Organización.

C086/18: SISTEMAS CERRADOS Y DISPOSITIVOS EN LA PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE CITOSTÁTICOS POR VÍA INTRAMUSCULAR Y SUBCUTÁNEA.

Primer autor: *Alberto Puente Colina. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

Coautores: *Beatriz Acha Aibar, Sandra Dueñas Jollard, Mª Teresa González Barriga, Álvaro Pérez Cirés, Mª del Mar Pérez Cadenas, Lucía Santamaría Moreno, Laura Serrano Barcos*

Resumen:

Objetivos: Garantizar la ausencia de aerosoles en la preparación y administración de citostáticos por vía intramuscular y subcutánea, evitando la contaminación ambiental y minimizando al máximo la exposición de los trabajadores.
Metodología: Se crea un equipo multidisciplinar (farmacia, hospital de día oncohematológico, recursos materiales y prevención de riesgos laborales) para abordar la preparación y administración de citostáticos por vía intramuscular y subcutánea.
Se procede a realizar un análisis de las distintas áreas de administración y las actividades que pueden dar lugar a exposición así como la metodología de trabajo y dispositivos y medios utilizados evaluando las distintas situaciones.
Una vez realizada la evaluación, se procede a analizar los diferentes equipos de sistemas cerrados existentes en el mercado.
Resultados: Se ha procedido al cambio de dispositivos semicerrados sustituyéndolos por sistemas CSTD, sistemas cerrados de forma estanca con código ONB de FDA y certificado USP 800, lo que garantiza el cumplimiento de 3 aspectos:
-No permite la salida o entrada de vapores
-No permite la salida o entrada de aerosoles
-Evita que se puedan producir goteos o pérdidas de fármaco

Conclusiones: El sistema cerrado CSDT con certificado USP 800 implementado es un dispositivo cerrado de forma estanca y certificado, que cubre más vías de exposición que otros sistemas y protege de la exposición a los residuos de medicamentos peligrosos que se encuentran en los émbolos de jeringas convencionales después de su uso. La implementación ha sido rápida, segura y fácil al no tener que cambiar las técnicas habituales de trabajo.
Actualmente, los dispositivos utilizados son estancos lo que permite trabajar en condiciones seguras, protegiendo al personal sanitario que manipula el citostático.

C134/18: GESTIÓN POR COMPETENCIAS: UN ENFOQUE CUALITATIVO**.**

Primer autor: *Delia González de la Cuesta. Hospital Universitario Miguel Servet*

Coautores: *Nieves López Ibort, Teresa Antoñanzas Lombarte, María Andión García Berrechegure, María José del Castaño Cardona, María Jesús Gracia Casado, Mercedes Ferrando Margeli, Eva Gálvez Álvarez*

Resumen:

Objetivos: Conocer cómo se ha vivido el proyecto "Gestión por competencias" desde el punto de vista de los participantes. Conocer la repercusión que ha tenido el proyecto en los participantes. Saber cómo evolucionará el proyecto desde los agentes del cambio.

Material Y Métodos: Se realizó un análisis cualitativo mediante un focuss group2. Participaron doce enfermeros referentes como panelistas en el proyecto. En la convocatoria se les incluyó las preguntas de investigación. Estas preguntas estaban dirigidas a conocer la experiencia que han vivido en el proyecto en el que han participado. La técnica fue dirigida por una persona externa al proyecto, se pidió permiso y se grabó la sesión para poder extraer conclusiones más adelante.

Resultados: El proyecto se ha vivido desde una perspectiva de inseguridad, miedo, pensar que era demasiado grande y complejo a verlo como una oportunidad al poder definir el rol de la supervisora actual frente al tradicional. El proyecto sirve para aumentar conocimientos y aprender al mismo tiempo de las experiencias y conocimientos de los demás. Refieren sentir el apoyo de la dirección a la vez que la responsabilidad por ser elegidas para realizar este proyecto. Se valoran las acciones complementarias al proyecto que se van ejecutando por parte de la dirección: cursos, espacios competenciales…

Lecciones Aprendidas: El proyecto ha permitido a los participantes tomar conciencia del nivel competencial en que se encuentran cada uno de ellos. Se ha conseguido una mayor motivación y empoderamiento de estos profesionales al erigirse como referentes de sus compañeros en la gestión del cambio. Es un beneficio para la organización la consolidación a lo largo del tiempo de profesionales competentes.

C135/18: ANÁLISIS DE PUESTOS DE TRABAJO Y GESTIÓN POR COMPETENCIAS**.**

Primer autor: *Delia González de la Cuesta . Hospital Universitario Miguel Servet*

Coautores: *Nieves López Ibort, Teresa Antoñanzas Lombarte, Pilar Paúl Garasa, Ana Vecino Soler, Inmaculada Mínguez Moreno, Silvia Garcés Horna, Eva Gálvez Álvarez*

Resumen:

Objetivos:
1. Analizar y describir los puestos de trabajo para diseñar un catálogo de "puestos tipo" de la organización.
2. Valorar los puestos de trabajo en virtud de la complejidad y dificultad que tengan las competencias necesarias para cubrir esa posición
3. Seleccionar a personas que tengan las características de los mejores
4. Gestionar el cambio.

Material Y Métodos: Se configura un panel de expertos en enero de 2017, con 20 enfermeras: 10 supervisoras y 10 enfermera asistenciales. Se impartieron 8 horas de formación en gestión por competencias, y 20 sesiones de trabajo de dos horas cada una. Se utilizó el diccionario de competencias2 y el de comportamientos de Martha Alles3. Previamente todas las supervisoras del hospital describieron en un cuestionario elaborado "ad hoc", sus puestos de trabajo. Las sesiones del panel analizaron esos puestos, describiendo primero los "puestos tipo", y posteriormente se seleccionaron las competencias, se perfilaron y se definieron los comportamientos para cada nivel competencial requerido para cada "puesto tipo".

Resultados:

•Hubo un 76% de asistencia a las sesiones.

•Se describieron las competencias y perfiles de los líderes del área de enfermería.
•Se identificaron nueve puestos tipo de supervisores de enfermería.
•Se contribuye a la elaboración de dos Catálogos: de puestos tipo del hospital y de competencias.

Lecciones Aprendidas: La gestión por competencias es una herramienta óptima para alcanzar la excelencia en la práctica diaria y genera un cambio en la cultura organizacional y una trasformación desde dentro

C192/18: ANÁLISIS DE LAS INCIDENCIAS DETECTADAS POR LOS SUPERVISORES DEL HOSPITAL CLÍNICO LOZANO BLESA MEDIANTE APLICACIÓN WEB.

Primer Autor: *David Ríos Faure, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

Coautores: *Miriam Martínez Vera, Rosa Muñoz Aliaga, José Antonio Ortigas Cinca, Yolanda Ruiz de Borau, Myriam Sáez de Guinoa y Pilar Nieves Crespo.*

Resumen:

Objetivos: Mejorar la comunicación e información entre los supervisores generales, supervisores de unidades y Dirección del Hospital. Disponer de un sistema informatizado de registro para gestionar las incidencias. Identificar las incidencias, analizar los motivos y las soluciones aportadas por los responsables de enfermería de la guardia.

Métodos: Estudio descriptivo longitudinal de las incidencias registradas en 45 unidades del HCU Lozano Blesa. Fases del estudio: I. Elaboración del registro de incidencias. Se crea una hoja de cálculo con opciones categorizadas dónde se identifica autor del registro, fecha, turno, unidad, motivo (ausencia, solicitud de refuerzo, material, farmacia, accidentes de trabajo, reboxes, etc), categoría laboral, descripción de la incidencia, solución inmediata y cierre II. Recogida de datos durante los turnos de tarde, noche y fines de semana III. Análisis y evaluación de los datos IV. Presentación de los resultados al personal implicado.

Resultados: En 2017 se registraron 5.206 incidencias, el mayor número de ellas sucedieron durante el turno de noche. Los motivos de las incidencias por orden de frecuencia fueron: 1º. 30,67% AUSENCIA (n=1597) 2º 21,76% SOLICITUD DE REFUERZO (n=1133) 3º 8,91% MATERIALES (n=464) La Unidad con mayor número de incidencias detectadas fue la Unidad de Urgencias (n=531). La categoría profesional más frecuentemente implicada en las incidencias fueron las enfermeras (n=1946) Respecto a su presentación en el tiempo, varió entre 359-685 incidencias, siendo el mes de enero el mayor generador de incidencias (n=685).

Conclusiones: Ha aumentado la comunicación y garantizado la continuidad de la información entre las diferentes supervisiones y la Dirección del Hospital. Ha disminuido el número de llamadas telefónicas de las supervisoras a la secretaría de Dirección solicitando aclaraciones sobre lo ocurrido en los turnos de tarde, noche y fines de semana. Han sido identificadas las unidades con mayor solicitud de personal de pool con motivo de ausencias y refuerzo permitiendo mejorar su gestión. Ha asegurado una solución de las incidencias mediante su revisión y cierre por parte de las coordinadoras de área y directivas responsables. Ha mejorado la adecuación de los recursos materiales y de farmacia a las necesidades de las unidades.

COMUNICACIONES MESA 21

COD	Título de la Comunicación	Nombre	Centro	Mesa	Día
C004/18	PROTOCOLO PARA PRIORIZACIÓN DE ESTUDIOS DE SUEÑO SEGÚN EL CUESTIONARIO STOP-BANG DE SCREENING DE APNEA DE SUEÑO	Cristina Aguilar Paesa	Hospital San Jorge	21	14
C014/18	SÍNDROME BOLSA URINARIA PÚRPURA EN UN PACIENTE PALIATIVO DOMICILIARIO A PROPÓSITO DE UN CASO.	Sergio F. Andreu Gracia	Centro de Salud Romareda	21	14
C039/18	IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DIGITAL DE EVALUACIÓN PARA MEJORAR LA GESTIÓN DE LAS PRÁCTICAS FORMATIVAS UNIVERSITARIAS	Marta Charlo Bernardos	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa	21	14
C049/18	OPTIMIZAR LA ADHERENCIA A INHALADORES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ASMA BRONQUIAL PERSISTENTE SEVERO	Elisabet Vera Solsona	Hospital Universitario Miguel Servet	21	14
C075/18	PROCESO DE CERTIFICACION ISO:9001 (2008/2015). SECCIÓN DE REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA. SERVICIO DE REHABILITACIÓN (HUMS)	Ricardo Jariod Gaudes	Hospital Universitario Miguel Servet	21	14
C117/18	VACUNA MENINGITIS B: FOTO FIJA DE UN CENTRO DE SALUD JOVEN	Verónica Martín-Albo Francés	Dirección de Atención Primaria Z-II	21	14
C156/18	GUÍA DE ABORDAJE DE LA DISFAGIA ORO-FARÍNGEA EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS DE HUESCA	Mónica García Cortés	Hospital San Jorge	21	14
C167/18	UTILIZACIÓN DEL CUESTIONARIO DE EPHWORTH EN MATERIA PREVENTIVA EN ÁMBITO SANITARIO	Jose Angel Ayensa Vazquez	Hospital General de la Defensa	21	14

C004/18: PROTOCOLO PARA PRIORIZACIÓN DE ESTUDIOS DE SUEÑO SEGÚN EL CUESTIONARIO STOP-BANG DE SCREENING DE APNEA DE SUEÑO

Primer autor: *Cristina Aguilar Paesa. Hospital De San Jorge Huesca*

Coautores: *Laura Benedicto Puyuelo, María Teresa Martín Carpi, Elisabeth Vera Solsona, Dinora Polanco Alonso, Andrés Sánchez Barón, María Carmen Gallego Bermejo, Salvador Bello Dronda.*

Resumen:

El síndrome de apnea-hipopnea de sueño (SAHS) es un problema sanitario de primer orden. Para evitar su infradiagnóstico se crearon cuestionarios sencillos, como STOP-BANG. Son 8 preguntas con respuestas dicotómicas (si/no), engloban aspectos clínicos, antropométricos, edad y género. A mayor puntuación, más probabilidad de presentar SAHS y más severidad y necesidad de tratamiento. Presenta gran sensibilidad, puntuación =3 alta probabilidad de SAHS moderado-severo. La gran demanda asistencial en nuestro medio para la realización de un procedimiento diagnóstico como la Poligrafía Cardiorrespiratoria Domiciliaria, nos obliga a establecer estrategias de priorización de la misma. Proponemos, como línea de mejora, la aplicación en las consultas de neumología del cuestionario, así como su categorización. Según la puntuación establecemos diferentes prioridades: entre 5-8, alta, con un plazo para el diagnóstico de menos de 6 meses; entre 3-4, intermedia, plazo de 9 meses; 0-2, plazo de 12 meses.

En la solicitud de realización de estudio de sueño se adjunta, además de la clínica, patologías asociadas y situación socio-laboral, el cuestionario STOP-BANG. El ámbito de realización son las consultas de neumología de los centros médicos de especialidades. Estas solicitudes llegan a la unidad de trastornos del sueño y se categorizan

Resultados: De las 906 solicitudes de PCRD recibidas durante 2017 de todas las consultas de neumología, 604 presentaban el cuestionario. Se ordenan según puntuación: puntos 8: 95 (15.7%); puntos 7: 135 (22.3%); puntos 6: 130 (21.5%); puntos 5: 134 (22%); puntos 4: 65 (10.74%);puntos 3: 45 (7.43%);puntos 0-2: no se han remitido. En primer lugar, se han seleccionado las solicitudes con 7-8 puntos, realizándose 184 (80%), con una demora de 165 días de media (5.5 meses). 5-6 puntos, 86 pacientes (32%) con demora de 326 días (10.8 meses) y 3-4 puntos, 23 pacientes (21%) con demora de 385 días (13 meses). Respecto a los 184 pacientes con puntuación 7-8, SAHS severo son 164 (89%). 5-6 puntos son 42 pacientes SAHS severo (42%). 3-4 puntos son 3 pacientes SAHS severo (13.6%).

Conclusiones: Los resultados demuestran el esfuerzo para categorizar la severidad de SAHS y la necesidad de diagnóstico y tratamiento. Para los pacientes con alto valor predictivo de severidad (7-8) se han cumplido los plazos. La ingente cantidad de solicitudes hace más difícil la selección para el resto de puntuaciones. Una vez establecido el protocolo, se continuará con el sistema en la práctica diaria asistencial

C014/18: SÍNDROME BOLSA URINARIA PÚRPURA EN UN PACIENTE PALIATIVO DOMICILIARIO A PROPÓSITO DE UN CASO.

Primer autor: *Sergio F. Andreu Gracia. Centro De Salud Romareda (Seminario)*

***Coautores**: Gabriela Clemente Jimenez, Irene Celimendiz Ferrandez, María Sarvise Mata, María Teresa Verdú García, José Luis Sanz Racio, Rosa Miguelez Fernandez, Roberto Moreno Mateo.*

Resumen:

El síndrome de bolsa de orina color púrpura es poco frecuente pero muy llamativo debido al color entre rojizo y purpúreo que adopta la orina. Descrito en la literatura médica por primera vez en 1978 , es debido a una serie de reacciones químicas entre la orina, el plástico de la bolsa, y enzimas productoras de fosfatasas y sulfatasas. Se presenta el caso clínico de una paciente de 83 años con demencia avanzada, GDS7 con trastornos de conducta, HTA, DLP,Cardiopatía Isquémica. Intervenida de mastectomía derecha en 2006.Paciente totalmente dependiente para las ABVD, Sd. de inmovilidad, doble incontinente y portadora de sondaje vesical. Durante su seguimiento domiciliario presenta un episodio llamativo de orina de color purpúreo que genera gran preocupación en la familia de la paciente.

Objetivo: Dar a conocer el caso por las circunstancias especiales de ocurrir en el entorno domiciliario.

Metodología: El hallazgo se realiza durante la visita del equipo de cuidados paliativos domiciliarios tras la llamada de la familia alertando del color inusual de la bolsa de orina. Se realiza anamnesis y exploración física de la paciente. Se realiza documentación gráfica del caso y se consulta con el servicio de medicina interna del hospital de referencia. Realizamos intervención sobre la familia informando de la excepcionalidad del caso pero de la banalidad del mismo.

Resultados: Paciente consciente, desorientada, caquexia. Hidratada. Ulceras por presión grado I-II en zona de sacro. AP: normoventilación. AC: tonos rítmicos sin soplos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso con peristaltismo conservado. Tacto rectal: fecaloma. No edemas ni signos de TVP. Asintomática. La interconsulta y la búsqueda bibliográfica realizadas muestra que se debe a la interacción del indoxil sulfato , producto de la degradación del triptófano intestinal, con las enzimas de las bacterias productoras de infecciones del tracto urinario y que a su vez lo degradan a indoxil que en un medio básico reacciona con el plástico de la bolsa colectora de orina.

Conclusiones:Diagnóstico de visu: síndrome de la bolsa de orina púrpura. Lecciones aprendidas Aunque se de en contexto de infecciones urinarias, no requiere tratamiento si son asintomáticas. La aparición de este síndrome en el paciente paliativo domiciliario puede ser un motivo de preocupación para paciente, familia y profesionales. Se debe enseñar un correcto manejo del estreñimiento e higiene de sonda.

C039/18: IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DIGITAL DE EVALUACIÓN PARA MEJORAR LA GESTIÓN DE LAS PRÁCTICAS FORMATIVAS UNIVERSITARIAS.

Primer autor: *Marta Charlo Bernardos. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

Coautores: *Elena Altarribas Bolsa, Myriam Sáez de Guinoa Sentre, Marta Palacios Laseca, Julia Guillén Antón, Mª Pilar Cascán Herreros, Isabel Baselga Soriano, Carmen Rebollo Pina*

Resumen:

Objetivos: .General: .Diseñar una estrategia de evaluación sistemática de las prácticas curriculares universitarias de enfermería de alumnos y profesores asociados .Específicos: Diseñar el proceso de prácticas universitarias de enfermería basado en la normativa universitaria: Acogida, Prácticas y Evaluación. Desarrollar un plan de acción con los profesores asociados de las actividades relevantes para su posterior evaluación

Metodología: La metodología se llevó a cabo en 4 fases: 1ª: Diseño del proceso de prácticas formativas con los profesores asociados 2ª: Desarrollo de un plan de acción en cada una de las áreas 3ª: Desarrollo e implantación de un registro de incidencias del proceso de prácticas formativas. 4º: Elaboración de un sistema de evaluación trimestral mediante el diseño de formularios digitales

Resultados: El porcentaje de profesores asociados que no han recibido los listados de los alumnos con 15 días de antelación alcanza un 62,5%. El porcentaje de profesores asociados que han dirigido las prácticas en su unidad han sido 77,55% .El porcentaje de profesores asociados que no tienen ajustado el sistema de reparto de los alumnos acorde a los flujos previstos en los diferentes servicios alcanza un 20,88%. .La evaluación docente se realiza en de acuerdo a la normativa universitaria en todos los casos: 100% .Las incidencias relacionadas con los accidentes biológicos y efectos adversos han sido respectivamente: 0,7% y 1,4% .Elevado índice de satisfacción global de los alumnos: 9,1 sobre 10, para el profesor asociado: 8,8 y para el profesor colaborador: 9,07

Conclusiones: La implementación de un sistema de evaluación de prácticas formativas ha facilitado la gestión de las prácticas formativas con las universidades y los profesores asociados, mejorando el ciclo de comunicación entre ambas entidades y los alumnos.
La comunicación con suficiente antelación de los alumnos participantes por parte de las universidades permitiría organizar mejor la acogida, revisar las asignaciones y evitar sobrecargas. Las incidencias relacionadas con los accidentes biológicos y efectos adversos aunque son minoritarios debería plantearse como objetivo "0" incidentes.
La mejora en la satisfacción de los alumnos a lo largo de los módulos con respecto a la media de los mismos podría ser debido a la influencia que se ejerce sobre el comportamiento del profesor asociado en la condición de ser observado.

C049/18: OPTIMIZAR LA ADHERENCIA A INHALADORES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ASMA BRONQUIAL PERSISTENTE SEVERO.

Primer autor: *Elisabet Vera Solsona. Hospital Universitario Miguel Servet*

Coautores: *Jose Angel Carretero Graca, Teresa Martin Carpi, Sara Gomara De La Cal, Erica Subias Leon, Maria Soriano, ,*

Resumen:

El asma bronquial es una enfermedad respiratoria crónica de elevada prevalencia. La mala adherencia al tratamiento es una de las principales causas de mal control de la enfermedad. Objetivo: Valorar la adherencia a los inhaladores habituales en la Unidad de Asma grave del HUMS y determinar si existe relación entre la adherencia y el control de la enfermedad a través de los cuestionarios TAI y ACT.

Métodos: Se inicia un programa de educación sanitaria y adherencia a inhaladores desde diciembre del 2016 hasta junio del 2017 en todos nuestros pacientes procedentes de la Unidad de Asma grave. Las variables a estudio fueron: -El grado de control del asma mediante el cuestionario Test de Control del Asma (ACT) en pacientes tratados en una Consulta de Asma de Difícil Control. - Dosis de B-2 de rescate, necesidad de corticoides orales, visitas a urgencias e ingresos hospitalarios. - Asi como el cuestionario TAI (test de adherencia a inhaladolares) al inicio del programa y a los 6 meses. Los indicadores utilizados fueron: -Cuantificación de los cambios producidos tanto en el Control del Asma como en la Adherencia al Tratamiento. - Correlación entre el grado de mejoría del paciente asmático y su adherencia al tratamiento.

Resultados obtenidos: Se analiza en 40 pacientes los modificaciones producidas tanto en el TAI como en el grado de control de síntomas medidos por ACT tras el programa de educación. Atendiendo a la cuantificación de los cambios producidos en el TAI, se consigue una mejoría en la adherencia a inhaladores pasando de una adherencia parcial (media de 48.81) a una adherencia completa (media de 51). Sin embargo, no se observa este cambio en el control de síntomas existiendo incluso un empeoramiento clínico pasando de un ACT de 17.5 a un ACT 16.9. Tras realizar un modelo de regresión lineal entre ACT y TAI, no existe correlación entre las 2 variables.

Conclusiones y lecciones aprendidas: En general, la falta de adherencia al tratamiento suele ser la primera causa de mal control del asma, sin embargo, en pacientes con asma grave es preciso determinar también otras potenciales causas y/o mecanismos fisiopatológicos de un mal control de la enfermedad entre los que se incluyen las infecciones respiratorias asi como las comorbilidades asociadas a asma.

C075/18: PROCESO DE CERTIFICACION ISO:9001 (2008/2015). Sección de REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA. SERVICIO DE REHABILITACIÓN (HUMS).

Primer autor: *Ricardo Jariod Gaudes. Hospital Universitario Miguel Servet*

Coautores: *Carlos Aragües Bravo, Juan Carlos Ariza Lahuerta, José Ignacio De Miguel Salvador, Mercedes Ferrando Margeli, Elena Cercadillo Isla, Begoña Hidalgo Mendía, Elena Martitegui Jimenez*

Resumen:

Objetivo: Ofrecer la máxima satisfacción del paciente con lesión neurológica que precisa de la atención del Servicio de Rehabilitación, mediante una asistencia basada en la mejora continua, analizando la actividad, corrigiendo las desviaciones y evaluando los resultados, a través de un sistema de aseguramiento de calidad como es la ISO:9001.

Material Y Métodos : Constitución en 2014 del grupo de mejora. Los pasos fueron: Confección del mapa de procesos. Definición de procedimientos generales y operativos. Elaboración de instrucciones técnicas, y formatos (internos y externos). Diseño de un sistema de recogida de incidencias, no conformidades y reclamaciones. Elaboración y entrega de una encuesta de satisfacción del paciente. Procesamiento de datos. Establecimiento de indicadores y objetivos. Sometimiento del sistema a auditoria interna, externa y revisión por la Dirección en 2016, 2017 y 2018. Certificación inicial en 2016 a la Unidad de Lesionados Medulares. Extensión de certificación en 2017 a la Sección de Rehabilitación Neurológica del Servició de Rehabilitación. Adaptación a la versión 2015 en 2018.

Resultados: La certificación ISO-9001:2008/2015 ha supuesto la confección de 7 procedimientos generales y 6 operativos, 11 instrucciones técnicas, 47 formatos internos y el uso de 47 documentos externos. Durante el ejercicio 2016 se registraron 54 incidencias y 6 no conformidades. El valor global de satisfacción de los pacientes osciló entre el 8.78 de 2015 y el 9.2 del primer semestre de 2017. En Lesionados Medulares, la mejoría media en 2017en el SCIM-III fue de 46.5 puntos respecto de una estancia media de 54 días, lo que da una ratio de 0.86 puntos SCIM-III ganados por día. En Daño cerebral, la mejoría media en 2017 en Índice de Barthel fue de 45.5 puntos respecto de una estancia media de 41.5 días, lo que da una ratio de 1.09 puntos Barthel ganados por día.

Conclusiones: La mejora continua (certificación ISO-9001:2008/2015) supone la implicación activa de los profesionales y el registro de la percepción del paciente sobre la asistencia recibida. El Sistema Sanitario obtiene el resultado (disminución de la discapacidad) y la eficiencia de la atención prestada (en relación a la estancia media).

C117/18: VACUNA MENINGITIS B: FOTO FIJA DE UN CENTRO DE SALUD JOVEN.

Primer autor: *Verónica Martín-Albo Francés. Dirección de Atención Primaria De Zaragoza II*

Coautores: *Nuria Pilar Lázaro Compaired, Ana Guillen caballero, Carmen Oñate Calvo, Elena Laín Miranda, Jesus Nosti Escarrilla, ,*

Resumen:

La vacuna de Neisseria meningitidis serogrupo B está indicada para la inmunización activa a partir de los 2 meses de edad hasta la edad adulta. Es una vacuna no incluida en el calendario sistemático de vacunaciones pero está disponible en venta libre en las farmacias desde octubre de 2015. La población pediátrica del centro de salud de Valdespartera consta de 7927 niños (0-13años), lo que supone un 4'75% de la población infantil de Aragón y un 6'14% de la de Zaragoza, siendo el centro de salud de la provincia de Zaragoza que más crece en su población infantil.

Objetivos: General: Analizar la vacunación en relación al Neisseria meningitidis serogrupo B en la población infantil en el centro de salud de Valdespartera.

Objetivos Específicos: Determinar el porcentaje de población pediátrica vacunada. Determinar el porcentaje de población pediátrica vacunada por grupos de edad. Analizar la cobertura vacunal según el nivel socioeconómico.

Metodología: Estudio descriptivo restrospectivo de la vacunación en la población pediátrica (0-13 años) en el periodo comprendido entre marzo de 2017 y febrero de 2018. Los datos se han obtenido de la historia clínica de OMI AP. Las variables a estudio son: Inicio de vacunación Meningitis B (si/no). Grupos de edad (0-2 años, 3-6 años, 7-13 años). Nivel socioeconómico en base a TSI

Resultados: Durante el periodo de estudio fue vacunado el 33'15% de la población pediátrica del centro de salud de Valdespartera. Por grupos de edad se observó la siguiente cobertura vacunal: 0-2 años está vacunado el 54'44%, 3-6 años el 29'50% y 7-13 años el 15'53%. Según el nivel socioeconómico, con TSI 001 está vacunado el 7'58%, TSI 002 el 26'17%, TSI 003 el 30'92%, TSI 004 el 35'37%, TSI 005 el 26'26% y TSI 006 el 43'96%.

Conclusiones: El mayor porcentaje de vacunación pertenece al rango de edad 0-2 años y el menor al rango de edad 7-13 años. Esto podría ser debido a la información que se da sobre esta vacuna en la revisión de los 15 días. El porcentaje de vacunación aumenta conforme lo hace el nivel socioeconómico. Este hecho se observa del TSI 001 al TSI 004. Sin embargo, el porcentaje de vacunación en la población de mayor renta, es inferior que en niveles socioeconómicos menores. Esto puede ser debido a que estos pacientes reciben asistencia privada acudiendo poco al centro de salud, por lo que podrían estar vacunados aunque no consta en la historia clínica de OMI AP.

C156/18: GUÍA DE ABORDAJE DE LA DISFAGIA ORO-FARÍNGEA EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS DE HUESCA.

Primer autor: *Mónica García Cortés. Hospital De San Jorge*

Coautores*: Marta Charte Gascón.*

Resumen:

La disfagia oro-faríngea es una de las principales causas de neumonía en la ancianidad, así como de desnutrición y deshidratación. Desde la unidad de Logopedia del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca, se evidencia la necesidad de mejorar el abordaje de este trastorno, tanto durante la hospitalización como al alta. A través de la Guía de abordaje de la disfagia oro-faríngea en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca, se busca: mejorar la formación del personal sanitario en disfagia, mejorar la coordinación entre servicios, mejorar la detección de los pacientes con disfagia, mejorar el tratamiento de la disfagia, y reducir las complicaciones derivadas por la disfagia. La Guía es una herramienta que persigue reducir el impacto de la disfagia en la salud de nuestros pacientes, pero también es una herramienta que ayudará a la comunicación entre profesionales y facilitará el desempeño de las funciones de cada uno de los grupos profesionales implicados. De cara a la implementación de la mejora, se ofrecieron sesiones formativas a enfermeras y auxiliares de enfermería, en las que las logopedas impartieron formación sobre la disfagia, y presentaron la Guía. La Guía incluye una hoja de ruta, en la que se plasman todas las actuaciones de los diferentes grupos implicados, de cara a la detección, exploración, tratamiento y comunicación de las medidas compensatorias y medidas de prevención de complicaciones secundarias a la disfagia. Así mismo, se incluyen una serie de documentos que, a modo de plantilla, serán cubiertos por las logopedas para informar en relación a las medidas compensatorias de cada paciente, tanto al personal del hospital como al propio paciente y sus familiares. De cara a la valoración de la implementación de dicha mejora, las auxiliares de enfermería y las enfermeras responden a un cuestionario sobre el grado de conocimiento en torno a la disfagia y su manejo intra-hospitalario, antes y después de la realización de las sesiones formativas, para constatar el aprovechamiento de las acciones formativas. Se ha evidenciado una mejora en más de un 20% de las puntuaciones de ambos grupos profesionales, habiendo cumplido, por tanto, el objetivo propuesto. Por otra parte, dentro de un año se computará el número de familias que recibieron información, de cara al alta hospitalaria, de las dificultades de deglución de sus familiares afectos y de como abordarlas; y se comparará con el número de familias que recibieron información en el último año.

C167/18: UTILIZACIÓN DEL CUESTIONARIO DE EPHWORTH EN MATERIA PREVENTIVA EN ÁMBITO SANITARIO.

Primer Autor: *José Ángel Ayensa Vázquez*

Coautores: *Mercedes Moreno Moreno, María Leclere Jiménez, Mª Pilar García Vázquez.*

Resumen:
La prevalencia del síndrome de apnea obstructiva durante el sueño (SAOS) en población adulta se sitúa entre un 5-10% según recientes estudios.

Objetivos: Valorar las cifras que registran los trabajadores mediante el cuestionario de Epworth. Fijar criterios de derivación hacia unidades especializadas de referencia estableciendo estándares.

Método: Se realiza un estudio descriptivo transversal con una muestra de 84 trabajadores hospitalarios al que se le aplica cuestionario de Epworth: Variables sociodemográficas (edad, sexo, antigüedad en la empresa, nivel educativo, tipo de trabajo). Si padece una enfermedad cardiovascular. Si padece cansancio matutino habitual (al menos 5 veces de cada 10 mañanas) Si tiene somnolencia al conducir (NUNCA: 0 veces; A VECES: Al menos 3 veces de cada 10; FRECUENTEMENTE: Al menos 5 de cada 10; SIEMPRE: en todas las ocasiones. Tiempo trabajando en su actual puesto. Si está realizando trabajo a turnos. Se aplica el cuestionario de EPWORTH que consta de ocho preguntas para valorar el nivel de somnolencia con una escala tipo Likert.

Resultados: El reparto por sexos es de 60 hombres (71.42%) y 24 mujeres (28. 57%).La media de edad se sitúa en los 40.3 años en el caso de los hombres y 38.2 en mujeres. La antigüedad en la empresa es de 18.6 años. El reparto por nivel educativo es el siguiente: 18 (21.42%) tienen estudios primarios, 62 (73.8%) BUP/FPII o equivalente y 4 (4.76%) estudios universitarios. El tipo de trabajo que desempeñan es manual en un 100%. Respecto a la pregunta si padecen una enfermedad cardiovascular 2 personas (2,38%) responden afirmativamente y 82 (97,62%) de forma negativa. Respecto a somnolencia al conducir responden: NUNCA 66 (78.57%); A VECES 15 (17.84%); FRECUENTEMENTE:3 (3.57%); SIEMPRE 0(0%) La media de tiempo en el trabajo actual se sitúa en 16.2 años. Respecto a la realización o no de turnos 24 (28.57%) no realizan; 37(44%) sí realizan sin noches y 23(27.43%) realizan turnos con noche. La media EPWORTH es de 8.59 ptos.

Conclusiones: Se establece como criterio de derivación aquellos trabajadores cuyas cifras igualen o superen los 12 puntos o que manifiesten somnolencia habitual (más de cinco veces cada diez) al conducir. Los trabajadores situados entre 9 y 11 puntos con somnolencia al conducir (entre tres y cuatro veces de cada diez) o con presencia de enfermedad cardiovascular. Llama la atención la media cercana a 9 ptos. que justifica un programa de intervención.

COMUNICACIONES MESA 22

COD	Título de la Comunicación	Nombre	Centro	Mesa	Día
C017/18	DERIVACIÓN INVERSA DESDE TRIAJE, UNA PROPUESTA DE TRABAJO	Inés Laborda Garcia	Hospital Universitario Miguel Servet	22	14
C018/18	IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE TRIAJE AVANZADO PARA EL SÍNDROME MICCIONAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS	Hector Sanmartin Allue	Hospital Universitario Miguel Servet	22	14
C108/18	PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS	Francisca Martínez Lozano	Centro de Salud Sagasta Ruiseñores	22	14
C166/18	ENCUESTA A LOS PADRES: ¿POR QUÉ VIENEN A URGENCIAS SI TIENEN UN PEDIATRA EN EL CENTRO DE SALUD?	Álvaro Navarro Rodríguez-Villanueva	Hospital Universitario Miguel Servet	22	14
C168/18	ACTUALIZACIÓN DE PROCOLO DE INTOXICACIÓN POR PARACETAMOL. REVISIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA URGENCIA EN 2015-2016	Álvaro Navarro Rodríguez-Villanueva	Hospital Universitario Miguel Servet	22	14
C170/18	ATENCIÓN DE PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN LA URGENCIA PEDIÁTRICA	Ana Laura Martínez De Morentin Navarcorena	Hospital Universitario Miguel Servet	22	14
C176/18	LA PRESENCIA DE LOS PADRES PODRIA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS PROCEDIMIENTOS INVASIVOS EN LAS URGENCIAS PEDIATRICAS	Inés Félez Moliner	Hospital Universitario Miguel Servet	22	14
C197/18	¿QUE PACIENTES SON CITADOS A CONTROL EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL TERCIARIO?	Aída María Gutiérrez Sánchez	Hospital Universitario Miguel Servet	22	14

C017/18: DESDE DERIVACIÓN INVERSA TRIAJE, UNA PROPUESTA DE TRABAJO

Primer Autor: *Inés Laborda García. Hospital Universitario Miguel Servet*

Coautores: *Héctor Sanmartín Allué, Jessica Perna Suriana, Blanca Beatriz Miguel Baigorri, Beatriz García Langoyo, Fernando Luis Gracia Federio, Ana Pérez Calvo, Verónica Noguera Fernández*

Resumen:

Introducción: La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH), se produce frecuentemente por la llegada de pacientes de bajo nivel de urgencia y complejidad, que mediante un protocolo de derivación inversa y tras el consentimiento informado del paciente, derivaría al mismo hacia un recurso de atención primaria disponible, que podría gestionar eficientemente dicho episodio.

Objetivo: Conocer el porcentaje de pacientes potencialmente derivables desde el SUH al Punto de Atención Continuada (PAC) en relación con el Grupo Relacionado con la Urgencia, el Destino y la Edad (GRUDE) al que pertenecen y sus características clínicas. Conocer si existe una relación entre los GRUDE, de baja urgencia y baja complejidad y la derivabilidad en la muestra observada.

Método: Se realizó un análisis descriptivo, retrospectivo de los pacientes clasificados con bajo nivel de urgencia, atendidos en nuestro SUH, durante abril de 2017 y cuya llegada coincidió con los horarios apertura del PAC del sector. Se clasificó a dichos pacientes en función del GRUDE y su categoría sintomática. Las variables se expresaron mediante frecuencias absolutas y porcentajes y se compararon mediante el test de Chi Cuadrado, asumiendo como diferencias estadísticamente significativas si $p<0,05$ para un intervalo de confianza del 95%. Resultados: De los 11903 episodios del mes estudiado, 688 (5,78%) correspondieron a episodios de bajo nivel de urgencia derivados a las áreas de consulta ambulatoria y boxes general, resultando potencialmente derivables el 64,53% de ellos (63,93% de nivel IV y 73,81% de nivel V). Cuatro categorías sintomáticas agruparon más de la mitad de los episodios, Dolor (23,98%), Inflamación-fiebre (12,06%), Alergia-reacciones cutáneas (9,88%) y Problemas abdominales y digestivos (9,45%). Los GRUDES de baja urgencia y baja complejidad fueron 86,62%. Siendo el más frecuente el 29 (Alta en paciente entre 35 y 64 años de nivel IV) con 277 episodios (63,54% derivables) y el de menor derivabilidad el 30 (Alta en pacientes mayores de 64 años) con 104 visitas (47,12% derivables), siendo la diferencia por grupos de edad, estadísticamente significativa $p < 0,001$.

Conclusiones: La implantación del protocolo de derivación inversa en nuestro sector, permitiría dedicar los recursos del SUH a pacientes de mayor urgencia y complejidad, redundando en la calidad de sus cuidados.Aunque se asocia la derivabilidad a la edad de los pacientes, no descartamos incluir a los de mayor edad, debido al alto porcentaje de pacientes derivables hayado.

C018/18: IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE TRIAJE AVANZADO PARA EL SÍNDROME MICCIONAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Primer autor: *Hector Sanmartin Allue. Hospital Universitario Miguel Servet*

Coautores: *Inés Laborda García, Teresa Barcelona Tambo, Fernando Luis Gracia Federio, Beatriz García Langoyo, Óscar Morales González, Abel David Antón Basalo, Almudena Marcos Íñiguez*

Resumen:

Los protocolos de triaje avanzado (PTA) son protocolos y circuitos, para procedimientos o intervenciones, que pueden ser aplicados por personal de enfermería, de forma autónoma, una vez clasificados los pacientes. Estos protocolos, que sólo se pueden aplicar en ciertos tipos de pacientes y bajo criterios y circunstancias específicas, son un elemento clave en la gestión eficaz del tiempo de espera hasta el inicio de la asistencia de los pacientes en los servicios de urgencia hospitalarios (SUH).

Objetivos: Verificar la validez del PTA del síndrome miccional en la reducción del tiempo de decisión clínica (TDC), lo cual debería redundar en una menor estancia del paciente en el SUH.

Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo durante los cuatro primeros meses de aplicación del PTA de Síndrome miccional (de junio a septiembre de 2017), que incluyó la revisión de historia clínica electrónica, de todos los pacientes que acudieron al SUH y fueron triados con alguno de los 6 motivos de consulta, según el Sistema Español de Triaje, que podrían activar el PTA.

Resultados: De los 482 episodios, se descartaron 40, por haber continuado parte de su proceso asistencial en el SUH en una sala de observación, al considerarse estos episodios como complejos, los cuales no son el objeto de la implantación de éste PTA.
Había sido procedente su activación en 322 (72,85%), en los cuales, efectivamente se realizó en 209 (64,90%) y se llegó a registrar la realización del CT en 108 (51,67%).
El motivo de consulta más frecuente en aquellos que procedía la activación del PTA fue la disuria, con un 51% de episodios, seguido del síndrome miccional sin fiebre 39%.
En los tres grupos, el nivel de triaje más utilizado fue el nivel IV (51-54%), siendo la mayor parte mujeres (71-76%). Al comparar el TDC, en el grupo de los pacientes en los que no se realizó el PTA siendo procedente, con el que se activó y se cumplimentó el CT, se halló una diferencia estadísticamente significativa ($p<0,0001$). La comparación del tiempo asistencial (TA), entre los mismos grupos, también demostró su significación estadística ($p=0,026$) aunque con menor asociación.
Conclusiones: Consideramos el PTA del SM un medio eficaz de reducir el TDC, el cual debería facilitar la reducción del TA y por lo tanto la estancia del paciente en el SUH, aunque el TA está influenciado además por otros factores como el bajo nivel de triaje, la disponibilidad de personal en el área asistencial o los flujos de llegada de pacientes al propio SUH.

C108/18: PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS.

Primer autor: *Francisca Martínez Lozano. Centro de Salud Sagasta-Ruiseñores*

Coautores: *Melchor Solano Camón, Pilar Ortiga Fernández, Mariel Madrigal Ybarro, Mari Luz Salvador Visiedo, Amparo Mendoza Artal, Cristina Vázquez Sancho, José Trasmontan Gálvez*

Resumen: La seguridad de los pacientes se ha convertido en una de las prioridades de los sistemas sanitarios en los últimos años. En España, según el Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS), la incidencia de efectos adversos, relacionados con la asistencia sanitaria es del 9,3% de los que casi el 43% serían evitables1. La elevada frecuentación de las consultas de Atención Primaria en España hace que aun siendo relativamente baja la frecuencia de EA, de manera absoluta sean numerosos los pacientes afectados. Si generalizáramos los resultados al conjunto de la población, podrían verse afectados de media 7 de cada 100 ciudadanos en un año2. La prevención de los EA en Atención Primaria se perfila como una estrategia prioritaria dado que el 70% de los EA son evitables2. Las urgencias médicas que entrañan un riesgo vital inmediato son frecuentes. La American Heart Association establece el término "cadena de supervivencia" refiriéndose a la secuencia de actuaciones encaminadas a disminuir la mortalidad en las situaciones de compromiso vital. Podría considerarse como la concurrencia de circunstancias favorables, que, de darse en las situaciones de emergencia médica, determinan un aumento de las posibilidades de supervivencia de la persona afectada3.

Objetivo: Conseguir mayor eficiencia en una emergencia

Método: El Sector II de Aragón presta asistencia sanitaria en 18 centros de salud urbanos, es imprescindible un Protocolo de montaje, revisión y mantenimiento de un carro y un maletín de emergencia, que pueda ser extensible a todos los centros urbanos que conforman el Área II de Zaragoza. Realizar un Protocolo de aprovisionamiento de material para el carro de emergencia de Atención Primaria, estableciendo un método de pedido con el Almacén de material, eliminando la mayor debilidad y bajando costes

Resultado:
El 100% de la plantilla sigue el Protocolo realizado Estamos creando un protocolo de pedido de material con el Servicio de almacén

Conclusión:
1- Aumentar de forma más eficiente la respuesta adecuadamente a la emergencia independientemente del centro de salud en el que se este prestando el servicio
2-Mejorar la calidad asistencial
3-Disminuir la probabilidad de errores
4-Aumentar la seguridad del usuario al evitar factores adversos
5- Abaratar costes

C166/18: ENCUESTA A LOS PADRES: ¿POR QUÉ VIENEN A URGENCIAS SI TIENEN UN PEDIATRA EN EL CENTRO DE SALUD?

Primer Autor: *Álvaro Navarro Rodríguez-Villanueva, Hospital Universitario Miguel Servet.*

Coautores: *Marcos Clavero Adell, Laura Sala Fernández, Myriam López Rojo, Aída Gutiérrez Sánchez, Inés Félez Moliner, Virginia Gómez Barrena, Carmen Campos Calleja*

Resumen:

El triaje es el proceso de valoración clínica que clasifica a los pacientes en función de su urgencia, antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa en el servicio de Urgencias. Este estudio tiene como objetivo dar a conocer el funcionamiento de las urgencias pediátricas, ofrecer a la población información e instrucciones para su buen uso, además de indagar en los motivos de la asistencia al servicio de urgencias en detrimento del centro de salud para poder establecer unas líneas de mejora.

Método y Resultados: Se elaboró una hoja de información con encuesta multirrespuesta, entregada a los usuarios de la urgencia pediátrica de un hospital terciario durante el horario matinal de los días laborables de diciembre de 2017, siendo criterio de exclusión aquellos pacientes que ingresaban en planta o en la sala de observación. De las 400 encuestas que fueron entregadas, se recogieron 121 contestadas, con una edad media de paciente de 5.4 años. 95 pacientes (79.8%) acudieron sin ser remitidos, argumentando como principal motivo la percepción de necesidad de atención inmediata (39.58%), la mayor solicitud de pruebas complementarias (29.17%) y la falta de disponibilidad de cita en su centro de salud próximamente (28.12%). 81 de ellos (85.3%) obtuvieron un nivel de triaje de IV-V. El motivo por el que percibían más urgencia eran los cuadros respiratorios (11/24; 45.8%), y los procesos febriles (8/21; 38%). Los que acuden por la mayor solicitud de pruebas complementarias son principalmente los procesos febriles (9/21; 42.9%), y los traumatismos (8/27; 29.6%). En observaciones, el comentario más repetido fue la importancia de haber especialistas en la urgencia. En cinco encuestas (4.1%) se obtuvo como respuesta que el motivo de acudir a urgencias era por comodidad, ya fuera por cercanía o la flexibilidad de horario.

Conclusiones: Existe una clara disociación entre la percepción de gravedad que tienen los padres y la que se tiene en triaje. Los síntomas respiratorios y la fiebre son los síntomas que más inquieta a los padres. El 80.2% de los pacientes que acuden a urgencias en horario laboral presentan patología no urgente, acudiendo el 83.5% de ellos sin ser derivados por otro profesional sanitario. En consecuencia, se ha decidido establecer como plan de mejora la priorización de aquellos pacientes derivados a igualdad de nivel de triaje, respecto a los no derivados. Como limitaciones, destacamos la ausencia de seguimiento para valorar los resultados de la intervención y el escaso tiempo de realización.

C168/18: ACTUALIZACIÓN DE PROCOLO DE INTOXICACIÓN POR PARACETAMOL. REVISIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA URGENCIA EN 2015-2016.

Primer Autor: *Álvaro Navarro Rodríguez-Villanueva, Hospital Universitario Miguel Servet.*

Coautores: *Raquel Bernadó Fonz, Marta Marín Andrés, Marcos Clavero Adell, Ana Laura Martínez De Morentin Navarcorena, Laura Sala Fernández, Virginia Gómez Barrena, Carmen Campos Calleja*

Resumen:

A día de hoy, el acetaminofén continúa siendo uno de los analgésicos más utilizados en la edad pediátrica y, por su fácil acceso, es causa frecuente de intoxicación. Durante los últimos años se está viendo una tendencia al aumento de la media de edad en estos casos, debido generalmente a un perfil de adolescente con clara intencionalidad de la ingesta. Con este estudio se pretende analizar las características de esta intoxicación en nuestra población.

Métodos y Resultados: Se lleva a cabo una revisión de todas las consultas por sobredosificación de paracetamol a urgencias de un hospital terciario durante los años 2015 y 2016, obteniendo una muestra de 23 pacientes. Existían dos picos en la distribución por edades, con clara relación con el motivo de la ingesta: en niños de 0-4 años (16), el motivo es accidental (100%); en pacientes entre 13-14 (7), había clara intencionalidad (100%). En los 7 casos de adolescentes (100%) se describía ingesta asociada de otros fármacos, principalmente benzodiacepinas u otros AINEs. 4 de los 7 casos adolescentes (57.1%) acudieron a urgencias más tarde de las 4 horas postingesta, recibiendo 5 de ellos carbón activado a su llegada. En 3 de ellos (42.9%) se calculó una dosis tóxica y en los otros 4 (57.1%) se desconocía la dosis ingerida, por lo que en un 100% hubo que realizar niveles de paracetamol en sangre, requiriendo uno de ellos (14.3%) completar la dosis completa de NAC una vez calculados los niveles en sangre. 3 (42.9%) fueron valorados por psiquiatría en urgencias. 3 (42.9%) quedaron ingresados en planta, mientras que otros 2 (28.6%) fueron dados de alta desde urgencias con control posterior en consultas externas de psiquiatría.

Conclusiones: La intoxicación por paracetamol sigue siendo un motivo frecuente de consulta a urgencias, pudiendo apreciar una clara diferencia entre las causas de la intoxicación por paracetamol en función de la edad del paciente. El nuevo perfil que vemos es el del adolescente que presenta algunas peculiaridades: ingiere voluntariamente paracetamol junto a otros medicamentos, muchas veces sedantes que dificultan la anamnesis de cara a calcular la dosis ingerida; no avisa hasta horas después. Se trata de un paciente más complejo en el que se requiere con más frecuencia valoración por psiquiatría, ingreso en planta para control o para completar la pauta de tratamiento con NAC.

C170/18: ATENCIÓN DE PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN LA URGENCIA PEDIÁTRICA**.**

Primer Autor: *Ana Laura Martínez de Morentin Navarcorena, Hospital Universitario Miguel Servet.*

Coautores: *Raquel Bernadó Fonz, Myriam López Rojo, Aída María Gutiérrez Sánchez, Inés Félez Moliner, Marta Marín Andrés, Virginia Gómez Barrena, Carmen Campos Calleja*

Resumen:

La patología psiquiátrica en la infancia-adolescencia es motivo de consulta frecuente en Urgencias de Pediatría y es una causa importante de consumo de recursos y uso de dispositivos sociales. Existe una marcada relación entre los trastornos de conducta y aspectos esenciales en la vida de los niños; como son el rendimiento escolar, la dinámica familiar o las relaciones sociales. Los servicios de Urgencias de Pediatría deben cumplir la triple función de identificar pacientes con patología psiquiátrica, intervención breve y derivación a unidades especializadas. Nuestros objetivos son conocer el perfil de estos niños y el manejo realizado en Urgencias por parte de Pediatría y/o Psiquiatría.

Métodos y Resultados: Se recogen 131 consultas a Urgencias de un hospital terciario por patología psiquiátrica con edades comprendidas entre 12 y 15 años, entre octubre de 2016 y octubre de 2017. La edad media es de 13.9 años, con ratio mujer-hombre 2.17/1. El 52.7% presentaba comorbilidad psiquiátrica previa y 21.8 % ya estaba con tratamiento farmacológico de base. Presentaba problemática social un 63.8%. El 18.1% fue traído en ambulancia. En el 37% se realizó interconsulta a Psiquiatría, mientras que el 63% fue atendido sólo por pediatra. Un 14.9% recibieron tratamiento con psicofármacos durante su estancia en Urgencias. Los diagnósticos al alta fueron; ansiedad 42.5%, agresión 17.3%, intoxicación alcohólica aguda 11.8%, intoxicación por fármacos-drogas 13.3%, circunstancias médico-legales 3.9%, trastornos de conducta 3.1%, trastorno depresivo 1.5%, ideas suicidas 1.5%, conducta explosiva 1.5%, agitación 1.5%, alucinaciones 0.78%. La estancia media en Urgencias fue de 4 horas y 25 minutos, siendo por intoxicación etílica 6 horas y 26 minutos. Un 7% ingresó en el hospital, 3.9% requirió traslado a otros centros y el 88.2% fue dado de alta a domicilio. De los enviados a domicilio, 54.4% fueron derivados a salud mental infanto-juvenil.

Conclusiones: Se ha encontrado un elevado porcentaje de niños con patología psiquiátrica que presenta problemática social acompañante. El abordaje adecuado de estos niños requiere la utilización de recursos y tiempo prolongado. Este manejo presenta un reto para los pediatras en Urgencias; por su complejidad, falta de formación y consumo importante de tiempo. Planteamos como línea de mejora disponer de protocolos consensuados que unifiquen las pautas de actuación en Urgencias y mejoren la atención de niños con patología psiquiátrica en este servicio.

C176/18: LA PRESENCIA DE LOS PADRES PODRÍA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS PROCEDIMIENTOS INVASIVOS EN LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS.

Primer Autor: *Inés Félez Moliner, Hospital Universitario Miguel Servet.*

Coautores: *Ainara Ríos Martínez, Samuel Leciñena Soro, Irene Baquedano Lobera, Raquel Bernadó Fonz, Laura Sala Fernández, Carmen Campos Calleja y Virginia Gómez Barrena*

Resumen:

Objetivos: Se ha visto que la presencia de familiares durante los procedimientos invasivos (PI) en urgencias pediátricas conlleva grandes beneficios, sin embargo, su práctica no está extendida. Por ello, queremos estudiar la opinión del personal sanitario de nuestro centro y de los familiares, cuando se realiza un PI en su presencia; así como el tipo de PI que ofertaría el personal o aquellos que les gustaría presenciar a los familiares.

Métodos: Estudio descriptivo observacional prospectivo, mediante recogida de datos a través de dos encuestas (una al personal sanitario que realiza el PI y otra al familiar acompañante) durante las mañanas de días laborables de octubre y noviembre de 2017. Resultados: Se registraron un total de 61 procedimientos. En 15 casos, el personal se negó a la presencia de familiares. De los 46 PI analizados, 4 familiares no quisieron presenciarlo y 3 no realizaron la encuesta a pesar de presenciar el PI, recogiendo en total 43 encuestas familiares. En cuanto al tipo de PI los resultados fueron: 44 venopunciones (72.1%), 8 gasometrías capilares (13.1%), 8 suturas (13.1%) y 1 reducción de fractura (1.6%). El 96.8% de los PI fueron realizados por enfermería y 3.2% por pediatras. La presencia de familiares se denegó en 7 venopunciones (16.27%) y 8 suturas (100%), argumentando como principales razones la ansiedad de los padres (55.6%) y la vulneración de esterilidad (44.4%). Tras presenciar el PI, el 89.8% de los familiares y el 88.1% del personal sanitario consideraron que favorece la tranquilidad del niño; el 61.5% y el 52.4% respectivamente opinaron que facilita la realización del PI. Además 82.1% de los familiares consideraron que disminuye su ansiedad. El 83,7% de los familiares (n=36) querrían estar presentes en futuros PI. De ellos, el 100% presenciarían una venopunción, el 33.3% reducción de fractura, 27.8% punción lumbar y 7.7% RCP. En cuanto a la oferta de presenciar PI por parte del personal que respondió a la pregunta (n=48), no ofertarían presenciar venopunciones el 8.3%, reducción de fractura el 41.7%, punción lumbar el 50% y RCP el 100%. Argumentando angustia familiar en el 71.1%.

Conclusiones: Según nuestra experiencia, la presencia de familiares durante los PI disminuye la ansiedad, tanto de niños como familiares, y facilita la realización del PI. La oferta y la predisposición de los padres de presenciar el PI disminuye cuanto más agresivo es éste, siendo la ansiedad de los familiares la principal razón argumentada para no ofertarlo.

C197/18: ¿QUE PACIENTES SON CITADOS A CONTROL EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL TERCIARIO?

Primer autor: Aída María Gutiérrez Sánchez

Coautores: Marta Marín Andrés, Myriam López Rojo, Laura Sala Fernández, Ana Laura Martínez de Morentin Navarcorena, Raquel Ana Bernadó Fonz, Beatriz Castán Larraz, Carmen Campos Calleja

Resumen: El objetivo de nuestro trabajo es determinar las circunstancias que llevan a los médicos que trabajan en Urgencias de Pediatría a citar pacientes para ser reevaluados en Urgencias en lugar de en los Centros de Salud y valorar el grado de adecuación a las pautas de actuación vigentes.

Metodología y resultados:

Estudio prospectivo, descriptivo, realizado entre el 24 Octubre y 31 Diciembre 2017. Para la recogida de datos se situó un fichero para depositar los informes de alta de aquellos niños que eran citados a control en Urgencias. En total en ese periodo se atendieron 6407 consultas en Urgencias y se citaron 53 pacientes, 31 varones y 22 mujeres. La edad media fue de 1,38 años (intervalo 3 días - 13 años). De los 53 pacientes, 26 fueron atendidos por primera vez en víspera de festivo o durante un periodo vacacional. 26 citas se adecuaron a los criterios de control de los protocolos vigentes. El diagnóstico más frecuente en la primera visita fue bronquiolitis (14 casos) seguido de infección respiratoria de vías altas (10) y fiebre sin foco (9). Otros diagnósticos menos frecuentes fueron bronquitis, bronconeumonía, ictericia, hemofilia, diarrea, neumonía, infección del tracto urinario, quemadura, petequias, vómitos, neumomediastino, celulitis preseptal, retraso en la caída del cordón umbilical y pérdida de peso. 42 pacientes fueron citados para control clínico, 6 para realizar pruebas complementarias (controles analíticos, radiografía de tórax y control de bilirrubina transcutánea en recién nacidos), 2 para recogida de resultados y control clínico (urocultivo y aspirado nasofaríngeo), 2 para valoración por otro profesional (Oftalmología, Neonatología) y 1 para administración de un tratamiento (factor coagulación en paciente hemofílico). Únicamente 5 pacientes no acudieron a la cita en Urgencias, acudiendo todos ellos a control por su pediatra. En cuanto al número de visitas por paciente, 44 acudieron en 2 ocasiones, 3 en 3 ocasiones y 1 en 5. Ingresaron 10 pacientes (18,8%) en visitas sucesivas. La mitad de los ingresos fueron bronquiolitis.

COMUNICACIONES MESA 23

COD	Título de la Comunicación	Nombre	Centro	Mesa	Día
C011/18	REGISTRO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN AP ¿PODEMOS HACERLO MEJOR?	Maria Pilar Gabas Ballarin	Centro de Salud Delicias Sur	23	14
C013/18	CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN ATENCIÓN CONTINUADA EN UN CENTRO DE SALUD URBANO	Maria Pilar Llorente Fauro	Centro de Salud Delicias Sur	23	14
C031/18	HUMANIZANDO LOS CUIDADOS INTENSIVOS, "BUEN ROYO"	Yolanda Garcia Garcia	Hospital Royo Villanova	23	14
C060/18	PROCEDIMIENTO DE CONTROL Y GESTION DEL CARRO DE PARADAS Y MALETÍN DE URGENCIAS EN EAP DEL SECTOR DE CALATAYUD	Mª Carmen Sanz Sebastián	Centro de Salud Calatayud Rural	23	14
C152/18	ELABORACIÓN, IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN TRÍPTICO DE BIENVENIDA EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA	Silvia Ballestero Delgado	Hospital Ntra. Sra. De Gracia	23	14
C165/18	ESTUDIO DEL POTENCIAL IMPACTO DE LA DISPONIBILIDAD DE OAF EN LA UNIDAD DE URGENCIAS Y/O PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN.	Irene Baquedano Lobera	Hospital Universitario Miguel Servet	23	14
C174/18	NUEVO PROTOCOLO SOBRE EL MANEJO DEL BRUE: IMPACTO EN LA ACTUACIÓN EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA	Raquel Bernadó Fonz	Hospital Universitario Miguel Servet	23	14
C183/18	REVISIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD Y MANEJO DE LA CLAUDICACIÓN DE LA MARCHA EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA.	Myriam López Rojo	Hospital Universitario Miguel Servet	23	14

C011/18: REGISTRO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN AP ¿PODEMOS HACERLO MEJOR?

Primer autor: *María Pilar Gabas Ballarin. Centro De Salud Delicias Sur*

Coautores: *Laura Val Esco, Alfonso Ángel Felipe Rubio, Shysset Nuggerud Galeas, María Luisa Torre Mañas, Silvia Navarro Rero, Carlota Canet Fajas, Angel Antoñanzas Lombarte*

Resumen:

Objetivo: Tras detectar deficiencias en la informatización de la atención realizada en los avisos domiciliarios del C.S.Delicias Sur, Zaragoza, consideramos oportuno hacer un llamamiento a los profesionales implicados para intentar mejorar y así facilitar el trabajo del resto de profesionales que atienden a nuestros pacientes (DUE, trabajador social, otros médicos...). Participantes: Pacientes atendidos en domicilio, sin límite de edad, solicitado por ellos mismos, teleasistencia (TA), 061 o el propio MAP.

Método: Estudio descriptivo transversal. Se revisan todos los avisos realizados en las fechas acordadas y se recogen datos sociodemográficos (edad, sexo), médico que lo realiza, quien propone el aviso, tipo de aviso, si está informado en la historia. El análisis estadistico se realiza con Microsoft Excel. Se recogen los datos en tablas y se explonene en sesiones clínicas para los MAP.

Resultados: En la primera recogida de datos se detecta que el porcentaje de avisos no informados no es tan alto como se esperaba (22,62%), pero sí lo era el de los avisos urgentes (40%) y personales (51,8%). Tras la primera sesión de equipo, los datos mejoraron, ya no tanto en el computo general sino en el registro de avisos urgentes (18,6%). En la comparación de lo que ocurría entre Enero de 2017 y Enero de 2018, la mejoría fue menor, en lo que pudo influir la época del año con mayor patología respiratoria sobre todo en población mayor y pluripatológica.

Conclusiones: La Atención Domiciliaria es una parte importante de nuestra labor de médicos de Atención Primaria, formando parte de nuestra cartera de servicios. Ya que la mayor parte de nuestros mayores cada vez son mas mayores, con limitaciones funcionales, pluripatologia, polimedicados...debemos ser mas conscientes de que su atención no es banal y debe ser registrada en la historia para su mejor atención y para facilitar la labor de otros bien sea patologia leve, urgente o personal por su propio médico. Por su bien y por el nuestro, para evitar así problemas médicos, éticos y legales.

C013/18: CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN ATENCIÓN CONTINUADA EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

Primer Autor: *María Pilar Llorente Fauro. Centro De Salud Delicias Sur*

Coautores: *María Pilar Gabas Ballarin, Laura Val Esco, Silvia Navarro Rero, María Jesús Martin Terrado, María Luisa Torre Mañas, Carlota Canet Fajas, Alfonso Ángel Felipe Rubio*

Resumen:

Objetivos: Conocer el uso que se hace del nivel Asistencial de Atención Continuada (AC), la frecuentación y características de los pacientes atendidos en horario 17-20 h de lunes a viernes y sábados de 9-15 h en CS Delicias Sur.

Método: Estudio descriptivo transversal. Se han recogido datos de pacientes atendidos en abril de 2017 en AC: motivo de consulta, edad, sexo, país de origen y TIS. Revisamos a dichos pacientes y sus posteriores visitas a los distintos puntos de atención médica en los 3 meses siguientes.

Resultados: Durante abril de 2017, se atendieron en las consultas de AC, 540 pacientes (16 desplazados);423 adultos y 117 de edad pediátrica. Atendiendo al sexo: 231 varones y 309 mujeres. De los pacientes atendidos por MAC, 66 de ellos requirieron también atención por EAC. Los países de origen más frecuentes: España, Rumanía y Marruecos. Según la TIS, los más frecuentadores fueron aquellos con TIS 3. El motivo de consulta más frecuente fue por procesos respiratorios, seguido de traumatología, digestivo, y procesos administrativos. Fueron derivados 26 pacientes al servicio de Urgencias Hospitalarias al requerir valoración por especialista. Asimismo, se han seguido en el período mayo-agosto de 2017 a estos 540 pacientes. 205 pacientes, realizaron más de 2 visitas al CS en ATC. 93 pacientes hicieron al menos 1 visita al Servicio de Urgencias hospitalarias. De todos los pacientes atendidos en AC y durante 3 meses, solo 13 requirieron Ingreso, 1 de ellos de edad pediátrica. Un 58% realizó más de 2 visitas a su MAP o a Urgencias, y de estos, un 25% acudieron más de 2 veces en horario de ATC o Urgencias hospitalarias, precisando sólo 2 ingreso. Consideramos pacientes “hiperfrecuentadores” aquellos que acuden en más de 2 ocasiones para ser vistos por un médico. De los 290 que cumplían este criterio, 94 habían sido visitados en más de 2 ocasiones por su MAP. Pacientes “superfrecuentadores”, con más de 2 visitas a cada uno de los servicios supusieron el 3%.

Conclusiones: Según el nivel de complejidad asistencial, pueden ser atendidos en los puntos de AC cuyo buen uso supone una mejoría en la utilización de los recursos sanitarios. La frecuentación hace plantearnos si el motivo de consulta justifica la asistencia, ya que casi la mitad de los pacientes acudieron en 4 meses en más de una ocasión en horario de Urgencia. Tendremos en cuenta la cercanía del HCU al CS y las características de la población que atendemos.

C031/18: HUMANIZANDO LOS CUIDADOS INTENSIVOS, "BUEN ROYO".

Primer autor: *Yolanda Garcia Garcia. Hospital Royo Villanova*

Coautores: *Gabriel Tirado Anglés, Victor Mayor Bernad, Ana Luna Morente, Elena Campos Gutierrez, Jesús Ortega Lamata, Ana C. González Caballero, M. Carmina Guerrero Casabona*

Resumen:
Las UCIs son espacios altamente cualificados y tecnificados. Esto ha relegado a un segundo plano las necesidades humanas de pacientes y de familiares.
Objetivo: Fomentar e implantar medidas encaminadas a mejorar el bienestar de los pacientes y sus familias a través de unos cuidados más humanizados.

Método: En enero de 2017 se constituye en la UCI del Hospital RolloVillanova un grupo multidisciplinar de mejora, formado por 13 profesionales, para la puesta en marcha de unos cuidados más humanizados centrados en el paciente y familiares. Se realizan varias reuniones del grupo para proponer, discutir y elaborar propuestas de priorización e implantación de medidas de humanización de cuidados. Los programas y ámbitos de intervención son:"UCI puertas abiertas": Ampliar el horario de visitas de 1 a 4 h/día. Eliminar barreras innecesarias: batas y calzas en la visita (excepto casos especiales). "Bienestar del paciente": Implantar el protocolo de sedación y analgesia. Adecuado manejo del delirio: uso de gafas, audífonos, relojes, luz ambiente. Control del ruido ambiental, ajuste de alarmas y luces en la noche. "Movilización temprana": Fisioterapia precoz y uso de pedalier. Pasear con determinados pacientes. "Entretenimiento": Permitir el teléfono móvil, dispositivos multimedia, radio y televisión."Infraestructura más humanizada": Personalizar los boxes con fotos familiares, dibujos, cuadros. "Musicoterapia": Actuación de un grupo musical en la unidad.

Resultados: Ampliar el horario de visitas ha supuesto un mayor contacto y relación entre paciente y familia, y reducir el estrés y ansiedad. La televisión ha sido un excelente medio de distracción mejorando el confort psicológico. Mantener el contacto con el exterior y los familiares con el uso de telefonía móvil, ha disminuido la sensación de aislamiento y la ansiedad que provoca en familias el no tener comunicación con el paciente. Está demostrado que la música relaja, modifica el ritmo cardiaco, disminuye el dolor y mejora la salud mental. Pasear por el exterior es una manera de recuperar el contacto con la naturaleza, mejorar la movilidad y romper con la rutina de vivir entre cuatro paredes.

Conclusiones: Es fundamental involucrarse en procesos de mejora de la calidad del cuidado en UCI. Importante crear una conexión entre la ciencia y lo humano, fundamentales para conseguir ambientes de trabajo con excelente nivel de calidad y eficiencia. Sólo así los pacientes tendrán una correcta atención.

C060/18: PROCEDIMIENTO DE CONTROL Y GESTION DEL CARRO DE PARADAS Y MALETÍN DE URGENCIAS EN EAP DEL SECTOR DE CALATAYUD

Primer autor: *Mª Carmen Sanz Sebastián. Centro de Salud Calatayud Rural*

Coautores: *Mª Ascensión Alonso Benedí, Ariadna de Lucas Barquero, Ana Cristina Galvez Villanueva, Sonia Bernad Hernando, Mª José Lafuente Gonzalez, Mª Carmen Solans Piqueras, Wafa Ben Cheikh El Aayuni*

Resumen:

Pertinencia Del Proyecto: Las instalaciones del servicio de urgencias del equipo de atención primaria (EAP) de Calatayud Sur se crearon en el año 2016. Hemos detectado la necesidad de disponer de un carro de paradas y maletín de urgencias habilitado del contenido suficiente y necesario para la atención de una urgencia vital en el propio centro o fuera del mismo.

Objetivos: Crear, desarrollar e implementar un procedimiento operativo de control y gestión del carro de paradas y maletín de urgencias en el EAP de Calatayud Sur y hacerlo extensivo al resto de los EAP del Sector de Calatayud.

Método: Creación de un equipo multidisciplinar en el centro de salud de Calatayud Sur para su implantación Actividades por orden cronológico: Creación en 2016 de nuevas instalaciones del Servicio de Urgencias Calatayud Sur. Detección de la necesidad de control y gestión del carro de paradas y maletín de urgencias. Constitución de un grupo de trabajo. Redacción de un documento inicial de medicación y material, circuito de revisión y mantenimiento. Realización de 8 reuniones de equipo entre 2016-2017 para dar a conocer el documento y puesta en marcha del circuito en febrero de 2017. Petición en 2018 de colaboración técnica a Farmacia de Atención Primaria y Técnico de Salud del Sector Calatayud y realización de 5 reuniones para redactar y desarrollar el procedimiento operativo para el Sector de Calatayud: Definir contenido mínimo de carro y maletín. Crear circuito de revisión y reposición de medicación y material fungible. Añadir un Anexo con fotografías del carro de paradas y maletín de urgencias, rueda de revisiones mensual y formato de la hoja de firmas y de la hoja de incidencias del centro de salud de Calatayud Sur. Remisión del procedimiento a la Dirección de AP del Sector Calatayud y a la Comisión de Seguridad Clínica del Sector para su revisión y aprobación. Publicación del procedimiento en la plataforma para la Calidad Asistencial. Dar a conocer el procedimiento a los EAP del Sector. Revisión anual del procedimiento

Resultados: El resultado que se espera conseguir con este proyecto es el desarrollo e implantación de un procedimiento para todo el Sector de Calatayud.

Conclusiones: Con la implantación del nuevo procedimiento se ha conseguido unificar criterios de control y gestión del carro de paradas y maletín de urgencias para atender satisfactoriamente una situación de emergencia vital

Lecciones Aprendidas: Redacción y desarrollo de un procedimiento operativo. Trabajo en equipo

C152/18: ELABORACIÓN, IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN TRÍPTICO DE BIENVENIDA EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA.

Primer autor: *Silvia Ballestero Delgado. Hospital Nuestra Señora De Gracia*

Coautores*: Beatriz Regaño Jiménez, Patricia Reyes Monclús*

Resumen:

Detectamos que existe entre los pacientes ingresados y sus familias una clara falta de información respecto a lo que ocurre durante un ingreso hospitalario en Geriatría, así como el funcionamiento y las normas básicas de la Unidad. Decidimos elaborar un Tríptico de bienvenida según estas necesidades.

Objetivos: Disminuir la ansiedad por falta de conocimientos del paciente y su familia frente al ingreso hospitalario. Hacer entrega del tríptico a todos los pacientes que ingresan en el servicio de Geriatría. Conseguir que el paciente y/o su entorno lean el tríptico. Que la información aportada en el tríptico sea adecuada a las necesidades detectadas.

Método: Presentamos el tríptico en el servicio de Geriatría. El tríptico es entregado desde entonces por el personal de enfermería en el momento de la valoración del paciente a su ingreso en la unidad. Posteriormente diseñamos una encuesta corta que monitoriza los objetivos planteados.

Los indicadores que utilizamos para la valoración de los objetivos son los siguientes: Número de pacientes\familiares que reciben el tríptico/Número de pacientes ingresados en un periodo x100. Número de pacientes\familiares que han leído el tríptico/Número de pacientes que reciben el tríptico x100. Número de pacientes\familiares que consideran útil la información en el tríptico/Número de pacientes que lo han leído.

Resultados: El 62% de los pacientes\familiares encuestados recibió el tríptico en el momento del ingreso. De ellos, un 83% había leído el tríptico. El 100% de los que lo leyeron encontraron de utilidad su contenido.

Lecciones Aprendidas: Conclusiones:
Durante las entrevistas, constatamos que parte del 38% que no recibe el tríptico se debía a:
-(6%)Tratarse de un traslado de otro servicio y no de un ingreso propiamente dicho.
-No saber si realmente recibieron el tríptico.
-Disminución de la entrega del tríptico durante los periodos vacacionales.
Consideramos que la cantidad de pacientes que recibieron el tríptico al ingreso (62%) es mejorable, ya que debería estar cercana al 100% que es lo deseable. Con los resultados obtenidos vemos que el tríptico de bienvenida es una herramienta útil para transmitir una gran cantidad de información al paciente/familia a su llegada a la unidad, ya que un 83% de los que lo recibieron lo había leído y el 100% de ellos manifestó que la información que aporta el tríptico es de gran utilidad para el paciente y su familia, haciendo su estancia hospitalaria más grata y confortable.

C165/18: ESTUDIO DEL POTENCIAL IMPACTO DE LA DISPONIBILIDAD DE OAF EN LA UNIDAD DE URGENCIAS Y/O PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN**.**

Primer Autor: *Irene Baquedano Lobera, Hospital Universitario Miguel Servet.*
Coautores: *Inés Félez Moliner, Aída María Gutiérrez Sánchez, Myriam López Rojo, Irene Gil Hernández, Juan Pablo García Íñiguez, Virginia Gómez Barrena, Carmen Campos Calleja*

Resumen:
Objetivos: Analizar la posible implicación de diversas variables en la probabilidad de éxito o fracaso de oxigenoterapia de alto flujo (OAF) como único soporte respiratorio en el tratamiento de los pacientes seleccionados, y el impacto que supondría la disponibilidad de sistemas de OAF en la Unidad de Urgencias y/o planta de hospitalización. La OAF es una modalidad de soporte respiratorio no invasivo que se asocia a beneficios en bronquiolitis y bronquitis en neonatos y lactantes. En numerosos centros disponen de sistemas de OAF para su utilización en el Servicio de Urgencias y hospitalización. Sin embargo, otros únicamente disponemos de OAF en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). Métodos: Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo de una cohorte de 100 pacientes menores de 2 años ingresados en la UCIP entre el 01/01/2015 al 31/12/2017, que recibieron OAF como medida de soporte respiratorio para cuadros de agudización respiratoria. Se incluyen variables individuales (sexo, edad, peso, prematuridad, edad gestacional, displasia broncopulmonar, patología de base), parámetros previos al inicio de OAF (SCORE Wood-Downes-Ferrés, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, horas de evolución, SatO2, FiO2, cociente SatO2/FiO2, pCO2, aspirado nasofaríngeo y germen aislado), duración de OAF, y variables evolutivas (terapia en caso de fracaso, horas de VMNI, días en UCIP, días de ingreso totales, días de oxígeno suplementario).Resultados: Se realizó análisis bivariante de cada uno de los parámetros en relación con el fracaso de OAF, siendo estadísticamente significativo la hipercapnia severa (pCO2>73), con una OR de 3.778 con IC 95% 1.2-11.8 (p=0.022). El análisis multivalente no arrojó resultados significativos. Respecto al impacto que supondría disponer de OAF en Urgencias y/o planta de hospitalización, se habrían evitado 347 días de ingreso totales en UCIP de los casos exitosos. Asimismo, observamos que la OAF fue exitosa como único soporte respiratorio en un 77.5% de los casos incluidos, apareciendo fracaso de la misma en un 22.5% de los pacientes. El 80% de los fracasos precisaron intensificar soporte respiratorio (BiPAP/intubación) en las primeras 24 horas del inicio de OAF, con una media de presentación del fracaso de 8.6 horas.
Conclusiones: Podemos concluir que la OAF permitiría el manejo seguro de estos pacientes en Urgencias y/o planta de hospitalización, reduciendo los ingresos en UCIP, vigilando aquéllos con hipercapnia severa, por asociar una mayor probabilidad de fracaso terapéutico. Asimismo, dado el fracaso precoz, sería útil realizar prueba terapéutica inicial en Urgencias, lo que permitiría optimizar la decisión del destino del paciente a su ingreso.

C0174/18: NUEVO PROTOCOLO SOBRE EL MANEJO DEL BRUE: IMPACTO EN LA ACTUACIÓN EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA.

Primer Autor: *Raquel Bernadó Fonz*,

Coautores: *Ana Laura Martínez de Morentin Navarcorena, Marcos Clavero Adell, Laura Sala Fernández, Irene Baquedano Pellicena, Marta Marín Andrés, María Luisa Baranguán Castro, Virgina Gómez Barrena*

Resumen:

Objetivo: En 2016 la Academia Americana de Pediatría propuso el término de BRUE (breve episodio resuelto no explicable) para sustituir al de episodio aparentemente letal (EAL) y redactó una nueva guía de práctica clínica que pretende clasificar a los episodios en bajo riesgo y alto riesgo, y establece unas pautas de actuación en cada caso. Con el objetivo de adaptarnos a esta nueva guía, redactamos un nuevo protocolo que comenzamos aplicar en septiembre de 2017 y analizamos los cambios que había supuesto en el manejo de esta entidad en las Urgencias de Pediatría.

Métodos y Resultado: Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo de las consultas por apnea o cianosis en menores de un año en un Servicio de Urgencias de un hospital terciario entre los años 2014-2017. Analizamos un total de 63 consultas, de ellos 56 cumplían criterios de BRUE, con edad media de 1,65 meses (mínimo 4 días de vida y máximo 5,4 meses). Analizamos las diferencias entre el periodo antes de la implantación del protocolo (primer periodo) y después (segundo periodo). Del primer periodo se analizaron 26 consultas ingresando todos ellos en el hospital (100%) y se realizaron gasometría capilar en un 84,61%; radiografía de tórax en un 38,46% y ECG en un 13,69%. Del segundo periodo se revisaron 30 consultas de los que ingresaron el 93,33% siendo en todos los casos BRUE de alto riesgo. El resto fueron clasificados de bajo riesgo y fueron dados de alta a domicilio. Se realizaron gasometría capilar en un 86,60%; radiografía de tórax en un 43,30 % y ECG en un 43,30%.Entre las causas más frecuentes que se identificaron durante los ingresos fueron: atragantamientos, déficit de vitamina B12, infecciones respiratorias y reflujo gastro-esofágico. En un 42,6% no se identificó la causa del episodio agudo.

Conclusiones: Tras la implantación del protocolo, se ha visto disminuido el número de ingresos por este motivo sin haber diferencias significativas en la realización de pruebas complementarias, salvo en la realización de ECG, que aumenta tras la implantación del protocolo. En un porcentaje alto de casos no se identifica causa durante el ingreso y son dados de alta sin repetir el episodio.

C183/18: REVISIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD Y MANEJO DE LA CLAUDICACIÓN DE LA MARCHA EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA.

Primer Autor: *Myriam López Rojo,*

Coautores: *Laura Sala Fernández, Álvaro Pedro Navarro Rodríguez-Villanueva, Marcos Clavero Adell, Inés Félez Moliner, Ana Laura Martínez de Morentin Navarcorena, Carmen Campos Calleja y Virginia Gómez Barrena.*

Resumen:

Objetivos: Comparar el cumplimiento de los indicadores de calidad en pacientes atendidos en Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Miguel Servet que acuden por claudicación de la marcha desde octubre de 2016 hasta septiembre de 2017, y compararlo con las revisiones previas.

Metodología y resultados: Los indicadores de calidad establecidos en protocolo son la constancia de existencia o no de antecedente traumático, fiebre, exploración de reflejos rotulianos y realización de radiografías no indicadas. Se añaden dos indicadores nuevos: exploración articular y descripción de la marcha. Analizamos 216 casos a través de un estudio descriptivo retrospectivo. Predomina el sexo masculino en un 64,4% y la edad media es de 4,3 años. La duración media de los síntomas es de 4,5 días. Refieren dolor un 74,2%, fiebre un 16,3% y tumefacción articular un 4,2%. Un 53,7% afirma haber presentado cuadro infeccioso previo y un 16,3%, antecedente traumático. En dicha revisión, consta la presencia o no de antecedente traumático y fiebre en el 100% de los casos. Analizando la exploración física, solamente un 77,1% de los pacientes presenta alteración de la marcha, siendo que el 11,6% de los casos no consta en el informe. Los reflejos rotulianos no se han exploran en el 70% y sólo están ausentes en un 1,4%. De los pacientes atendidos, un 47% se le realiza radiografía, de las cuales, según las indicaciones de realización, el 78% están indicadas. Se pidió ecografía articular en un 31,7%, siendo el 100% correctamente indicadas. El porcentaje de cumplimiento en revisiones de años anteriores, referido a la existencia o no de antecedente traumático y fiebre, consta en el 70% de los casos, la exploración de reflejos rotulianos en el 7% y la realización de radiografía no indicada en el 41% de los casos. Comparando los resultados obtenidos, se evidencia un mayor cumplimiento de todos los indicadores de calidad.

Conclusiones: A pesar del resultado positivo una vez comparamos los datos con las revisiones previas, concluimos que la descripción de la marcha y la exploración de reflejos no figuran en un alto porcentaje de informes. A pesar de que las pruebas de imagen se realizan de acuerdo a las indicaciones del protocolo, consideramos necesaria una revisión de los criterios de solicitud de pruebas de imagen, ya que se solicitan más radiografías que ecografías y se obtienen más hallazgos patológicos en las segundas.

COMUNICACIONES MESA 24

COD	Título de la Comunicación	Nombre	Centro	Mesa	Día
C002/18	EFICACIA DEL SEMINARIO "FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA" A LOS ESTUDIANTES DEL GRADO (UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA)	Gema Galindo Morales	Centro de Salud Delicias Sur	24	14
C005/18	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN SOBRE LA ACTIVIDAD DEL PABIJ EN 2016	Jesus Angel Obon Nogues	Centro de Salud Universitas	24	14
C009/18	TERAPIA ELECTROCONVULSIVA: ¿PASADO O PRESENTE?	M Teresa Muñoz Abad	Hospital Royo Villanova	24	14
C072/18	EVALUACION DEL IMPACTO DE LA PREJUBILACION EN LA CALIDAD DE VIDA DE OBREROS DE UNA POBLACION DE LA COMARCA DE LAS CUENCA	Trinidad Hernandez Rodriguez	CS Andorra	24	14
C106/18	LA EDUCACIÓN GRUPAL COMO MEDIDA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS CON ACENOCUMAROL DESDE AP	Alba Fraile Muñoz	Centro de Salud Seminario	24	14
C140/18	DISEÑO DE UN CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN SOBRE LA CALIDAD DOCENTE DE LAS PRÁCTICAS CURRICULARES EN EL HMS	Yolanda Marcén Román	yomarcen@unizar.es	24	14
C177/18	INFLUENCIA DE LA INFECCIÓN POR VIH EN LA CALIDAD DE VIDA	Pilar Olier Martínez	Hospital Universitario Miguel Servet	24	14
C179/18	ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS APLICADO A LA DOCENCIA POSTGRADO (FIR)	Pilar Olier Martínez	Hospital Universitario Miguel Servet	24	14

C002/18: EFICACIA DEL SEMINARIO "FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA" A LOS ESTUDIANTES DEL GRADO (UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA).

Primer Autor: *Gema Galindo Morales. Dirección de Atención Primaria de Zaragoza III*

Coautores: *María Concepción Sanz Rubio, Noelia Aguirre Abadía, Carlota Canet Fajas, Yasmina Sánchez Prieto*

Resumen:

El tratamiento fisioterapéutico está incluido en la Cartera de Servicios de Atención Primaria, siendo cada vez mayor el número de pacientes que se benefician de este servicio. La Fisioterapia en Atención Primaria es un recurso sanitario que además permite identificar, evaluar y tratar las necesidades sociosanitarias y desarrollar programas de prevención, de forma interdisciplinar con el equipo médico y de enfermería. Nos propusimos conocer cuál es la opinión sobre la Fisioterapia en el ámbito de la Atención Primaria en los estudiantes de fisioterapia y valorar la eficacia del Seminario teórico sobre Fisioterapia en Atención Primaria (AP) impartido a los alumnos del último curso del Grado en Fisioterapia.

Método: Se realizó un estudio descriptivo observacional mediante Escala de Likert. Se realizó un cuestionario a 55 estudiantes antes y después de asistir al Seminario sobre "Fisioterapia en AP" impartido por un fisioterapeuta que trabaja en AP. Este Seminario estaba incluido dentro del marco teórico de la asignatura del Practicum.

Resultados: Un 55% de los alumnos habían realizado prácticas en Unidades de Fisioterapia en AP. Antes de recibir el Seminario sobre Fisioterapia en AP, un 55% pensaba que en Fisioterapia AP no se soluciona el problema del paciente porque solo se utiliza Electroterapia; un 19% desconoce las funciones de los Fisioterapeutas en AP y un 70% veían como una posibilidad trabajar en AP. Después de recibir el Seminario sobre Fisioterapia en AP, un 79% reconoce un cambio de opinión sobre la Fisioterapia en AP y un 77% manifiesta que no le importaría trabajar en este nivel asistencial.

Conclusiones: Un 55% de los alumnos piensa que la Fisioterapia en AP se reduce al tratamiento con Electroterapia, lo que demuestra el desconocimiento de la Fisioterapia en este nivel asistencial, ya que solo un 55% han realizado prácticas en AP durante las prácticas externas del grado. La modificación de la opinión sobre la Fisioterapia en AP (79%) y el aumento del porcentaje de estudiantes que verían como una opción trabajar en AP (7%) confirman la eficacia del Seminario impartido

C005/18: ENCUESTA DE SATISFACCION SOBRE LA ACTIVIDAD DEL PABIJ EN 2016

Primer autor: *Jesús Angel Obon Nogues, Centro De Salud Universitas Zaragoza*

Coautores: *José Julvez Sánchez, María Jesús Medina Gracia*

Resumen:

Conocer el grado de satisfacción de los usuarios que utilizan el Programa de Atención Bucodental Infantil y Juvenil en Aragón, así como el conocimiento que tienen del Programa.

Material y método: Se realiza una encuesta de satisfacción a los usuarios que utilizaron el PABIJ durante el año 2016 a través de un cuestionario realizado por nosotros mismos y utilizando la fórmula adecuada para obtener una muestra representativa, utilizando como ítems principales, el curso escolar al que pertenecen los encuestados, cómo conocieron el Programa, número de visitas, motivo de la última visita, tipo de dentista que utilizaron, si recibieron algún tratamiento y se les dio normas de higiene oral, carencias del Programa, si utilizarían de nuevo el Programa y como percibieron el grado de satisfacción del Programa y el grado de satisfacción de las atenciones recibidas.

Resultados: de los encuestados hay un ligero predominio del sexo masculino sobre el femenino. La mayoría de los niños encuestados estaban repartidos entre los cursos de 2º de primaria y 1º de secundaria. La edad media de los encuestados estaba en torno a los 10 años. El 60% de los encuestados tuvieron conocimiento del Programa a través de la carta informativa que se remite a su domicilio desde el Departamento de Sanidad. El 86% de los encuestados utilizan el Programa cada año, resultando la revisión la actuación más frecuente en su última visita. La mitad de la muestra fue atendida por dentistas habilitados. Más del 92% seguirán utilizando el Programa y pese a que una tercera parte refiere deficiencias en el Programa, alrededor del 90% está muy satisfecho o bastante satisfecho con el Programa y la atención recibida.

Conclusiones: Conocer la realidad de cómo percibe el paciente la asistencia sanitaria que se le presta es el paso previo a la mejora de la calidad atención sanitaria prestada.

C009/18: TERAPIA ELECTROCONVULSIVA: PASADO O PRESENTE.

Primer autor: *María Teresa Muñoz Abad. Hospital Royo Villanova.*

Coautores: *María Mercedes Dieste González, Cristina Uson Álvarez*

Resumen:

Objetivos:

- Comparación y mejora en la técnica de la terapia electroconvulsiva del pasado respecto al presente.
- Comparación y mejora en los resultados de la terapia electroconvulsiva respecto al pasado.
- Comparación y mejora en las indicaciones de la terapia electroconvulsiva.

Método:

- Búsqueda bibliográfica de la terapia electroconvulsiva en el pasado indicaciones técnica y resultados.
- Búsqueda bibliográfica de la terapia electroconvulsiva en el presente indicaciones técnica y resultados.

Resultados:

Se evidencia la mejora en la técnica aceptación y resultados de la terapia electroconvulsiva en la actualidad respecto al pasado.

- con el uso de hipnóticos y relajantes musculares hay disminución de los efectos colaterales como fracturas de huesos tales como vértebras debido a la disminución de la tensión muscular.

Conclusiones: En el pasado la terapia electroconvulsiva era peor aceptada por la sociedad debido a la mala fama que gozaba justificada o no y a la ausencia del uso de relajantes musculares e hipnóticos. Algunas historias truculentas sobre los usos médicos del método y otros que lo relacionaban con la tortura lisa y llana. Servían para que la mayoría de la gente lo descartara come terapia potencial de alguna utilidad más allá del hecho aterrador de la terapia en sí misma otros efectos colaterales oscurecían el panorama: disturbios pérdida de memoria confusión problemas cognitivos y la gran pregunta: ¿hay daño cerebral? Poco a poco con la introducción de los relajantes musculares sintéticos lo que evitaba la producción de fracturas por la tensión muscular propició una mejor aceptación de la técnica por parte del paciente familia sociedad e incluso por los profesionales.

Lecciones aprendidas: Cualquier técnica agresiva con el paciente debe de ir acompañada además de apoyo psicológico con apoyo farmacológico.

C072/18: EVALUACION DEL IMPACTO DE LA PREJUBILACION EN LA CALIDAD DE VIDA DE OBREROS DE UNA POBLACION DE LA COMARCA DE LAS CUENCA.

Primer autor: *Trinidad Hernández Rodríguez. Centro De Salud Andorra*

Coautores: *Alberto González Nieblas, Belén Calavia Sos, Pilar Hernández Rodríguez, Cecilia Isabel Díaz López, Juan Parra Parra Cruces, Cecilia Ticona, Javier García Heredia*

Resumen:

Objetivo principal: Evaluar el impacto que tiene la situación de prejubilación sobre la calidad de vida y la salud en varones de 45-65 años de una población turolense, así como estudiar los posibles factores relacionados (socio-demográficos y culturales, psiquiátricos y de salud física). Objetivo secundario: Evaluar el impacto de participación en lugares de ocupación del tiempo libre (ACOTE- Asociación para la Cultura y el Ocio de la Tercera Edad- y, ABATTAR-Asociación Bajo-Aragonesa Turolense de Toxicómanos y Alcohólicos Rehabilitados). Diseño del estudio: Ámbito: N=462 trabajadores hombres de la empresa ENDESA de una comarca turolense en activo y prejubilados de 45-65 años.

Procedimiento: Epidemiológico descriptivo transversal de una muestra comunitaria con selección aleatoria de la muestra. En cada evaluación dos fases:

1.- Fase de screening

2.- Fase de re-evaluación de los posibles casos de patología psiquiátrica detectados en la primera fase.

Instrumentos:

1.- Datos administrativos y socio-demográficos: ENDESA, ACOTE, ABATTAR.
2.- Versiones españolas de cuestionario de calidad de vida.
3.- Soporte social, SPQ.
4.- Cuestionario de Salud General.
5.- EPEP (Entrevista Psiquiátrica Estandarizada Polivalente).
6.- Escala Ansiedad-Depresión, de Golberg.
7.- Cuestionario de Personalidad, EPQ. VALORACIÓN PROBLEMAS DE LOGÍSTICA

Limitaciones: La edad natural no se corresponde con la edad de prejubilación dictada por la empresa. Falta de colaboración de los sujetos por emigración defunción; patologías

Resultados

- 81 personas con media de 55 años de edad.
- De ellos la mayoría viven en Andorra 84%
- El 60,5% tienen estudios secundarios y el 29.6% primarios, resto universitario.
- La mayoría son casados90%
- Las rentas por tramos son altas y un cuarto tiene las de 60000€ anuales
- Sus cónyuges no suelen trabajar fuera de casa
- Más de la mitad pertenecen a alguna asociación

La mayor edad de prejubilación parece ser un factor que influye en que las puntuaciones por ansiedad y depresión sean menores

C106/18: LA EDUCACIÓN GRUPAL COMO MEDIDA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS CON ACENOCUMAROL DESDE AP.

Primer autor: *Alba Fraile Muñoz. Centro De Salud Las Fuentes Norte*

Coautores: *Patricia Andrés Agorreta, Rubén García Muñío, María José Armalé Casado, Celeste García Lanzón, Laura Sanz Martínez, Daniel Martín Bernad,*

Resumen:

Objetivos: Implementar una educación grupal con el fin de mejorar la seguridad de los pacientes con terapia anticoagulante; evaluar si tras la intervención educativa aumenta el nivel de conocimientos previos; aumentar el porcentaje de estabilidad dentro del rango de INR normal para cada paciente; disminuir el número de complicaciones relacionadas con los ACO (hemorragia y trombosis) por debajo de un 7,5%.

Metodología: Criterios de inclusión: pacientes del centro de salud Las Fuentes Norte en tratamiento con acenocumarol durante un periodo mínimo de 6 meses y un rango de buen control de INR ≥50%; mayor de 18 años; no presentar déficit cognitivo y acceder de forma voluntaria al proyecto. Criterios de exclusión: pacientes en tratamiento con otros anticoagulantes e imposibilidad de desplazarse al centro. Intervención educativa: Sesión de 90 minutos, impartida por dos enfermeros, con 15 participantes. Se pasa una encuesta de conocimientos previa y otra a los 6 meses para valorar modificaciones.

Resultados Hasta El Momento: Se llevó a cabo una intervención educativa piloto el 17/04/2018 a 15 pacientes en tratamiento con acenocumarol. Antes se pasó una encuesta sobre hábitos dietéticos. En la sesión se trató: la anticoagulación,indicaciones del sintrom®, necesidad de control y cómo tomarlo, actuaciones ante complicaciones, alimentos y fármacos que interfieren y consejos para los viajes. Contestaron 10 personas a la encuesta, 6 mujeres y 4 hombres de edades entre los 67-88 años. El 60% de los encuestados nunca toma alimentos con alto contenido en vitamina k (>40mcg/100g) y un 18,7% 2-3 veces por semana.

Conclusiones: Tras la intervención piloto, comprobamos que el formato de la encuesta no era el adecuado, y que sería más interesante conocer si los pacientes saben cuáles son los alimentos que interfieren con el acenocumarol y no la frecuencia de consumo. Los pacientes se mostraron satisfechos por la atención prestada y solicitaron la realización de otras reuniones para ampliar contenidos. Los anticoagulantes orales son fármacos responsables de numerosos eventos adversos prevenibles, por lo que es necesario implementar prácticas seguras para minimizarlos. Las personas que presentan conocimientos adecuados sobre su tratamiento anticoagulante presentan una mayor probabilidad de mantener un buen control de su INR. Por ello, es necesario seguir fortaleciendo la educación sanitaria y emprender acciones formativas tipo grupal para aumentar la seguridad de los pacientes y la calidad de los cuidados asistenciales.

C140/18: DISEÑO DE UN CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN SOBRE LA CALIDAD DOCENTE DE LAS PRÁCTICAS CURRICULARES EN EL HMS.

Primer autor: *Yolanda Marcén Román.*

Coautores: *Mercedes Ferrando Margelí, María de los Ángeles Franco Sierra, María Concepción Sanz Rubio, Antonio Miguel Romeo, Ana De Francisco García, Pilar Serrano Del Río, Pilar Romeo Cervera*

Resumen:

La mejora de la calidad en las titulaciones de Ciencias de la Salud se fundamenta en gran medida, en la calidad de sus prácticas externas curriculares, ya que a través de estas actividades el estudiante integra las competencias profesionales que garantizarán su inserción en el mercado laboral. Se considera de interés diseñar e implantar un procedimiento de valoración en la que el estudiante pueda evaluar la calidad de la actividad docente del profesorado clínico y del grado de satisfacción en cuanto a la adquisición de las competencias asociadas del proceso de aprendizaje en el ámbito hospitalario. El objetivo general es diseñar un cuestionario que integre la evaluación por parte del estudiante de la actividad docente del profesorado asociado clínico y la evaluación de su grado de satisfacción hacia la adquisición de competencias en el transcurso de las prácticas en el medio hospitalario. Durante el curso escolar el estudiante de 4º Grado en Fisioterapia debe de cursar una asignatura "Practicum" de 42 ECTS, que incluye realizar prácticas externas curriculares agrupadas en 4 rotatorios para cada uno de los centros conveniados con la Universidad de Zaragoza. El Hospital Miguel Servet, hospital de referencia en cuanto al volumen de pacientes y las características generales de estos, hace que esté dotado con 9 profesores Fisioterapeutas asociados clínicos y que participen entre 36-40 estudiantes por curso escolar. La metodología docente difiere del resto de centros ya que el estudiante no permanece durante todo el rotatorio con el mismo docente sino que se va formando en las diferentes unidades, ámbitos de "actuación" en los que el fisioterapeuta tiene competencias, este cambio formativo hace que sea necesario conocer la percepción del estudiante al final del rotatorio, imprescindible para establecer criterios y actividades de calidad que se incluirán en su trayectoria formativa dentro del hospital. Las preguntas se consensuaron entre fisioterapeutas del HMS y profesores del Grado en Fisioterapia, estableciendo las fortalezas y debilidades se diseña un cuestionario con 10 preguntas, 8 con respuestas de tipo Likert (puntuaciones del 1 a 5, siendo 5 el equivalente a "excelente") y 2 de carácter abierto donde deben plasmar los aspectos negativos y positivos a mejorar o implementar, lo que nos ayudara a establecer las áreas de mejora. Como conclusión se establece que la implementación del cuestionario en el HMS mejorara la calidad de las prácticas curriculares externas de los estudiantes de Fisioterapia.

C177/18: INFLUENCIA DE LA INFECCIÓN POR VIH EN LA CALIDAD DE VIDA.

Primer Autor: *Pilar Olier Martínez, Hospital Universitario Miguel Servet.*

Coautores: *Herminia Navarro Aznarez, José Manuel Real Campaña, Natalia de la Llama Celís, Amalia Gasso Sánchez y Ágata Arias Sánchez.*

Resumen:

Objetivo: Analizar características sociodemográficas de pacientes con infección por VIH de nuestro medio, medir su adherencia al tratamiento. Valorar la calidad de vida (CVRS) y estudiar la asociación con distintas variables sociodemográficas, clínicas y relacionadas con el tratamiento.

Métodos: Estudio observacional, unicéntrico y transversal. Incluyó a pacientes mayores de 18 años durante el período de mayo a junio de 2016. Las variables clínicas se extrajeron de la historia clínica y del módulo de Pacientes Externos de Farmatools®. Para medir la calidad de vida se utilizaron los cuestionarios Short Form 36 Health Survey (SF-12) y Euro Quality of Life 5 Dimensions (EQ-5D). Para medir la adherencia se utilizó el registro de dispensaciones y el cuestionario Simplified Medication Short Questionary (SMAQ). Se recogieron otras variables como situación laboral, familiar y nivel de ingresos y estudios.

Resultados: Se incluyó a 100 pacientes en el estudio con una ratio hombre-mujer de 2,4 y una edad media de 45,6 años, el 66% tenían 50 o más años. El 34,5% vivía solo, el 41,6% no tenía hijos y un 77,2% afirmaba sentirse apoyado por su familia. Se asoció el sexo masculino con un nivel de estudios superior (p=0,018). El 69% presentó una adherencia superior al 95% según el registro de dispensaciones; asociándose con un recuento de linfocitos CD4+ mayor a 500céls/mm3 (p=0,035). Solo el 55% fue adherente por los dos métodos, asociándose mayor adherencia con una edad mayor a 50 años y con la presencia de apoyo familiar (p=0,014). En cuanto a la CVRS según el cuestionario SF-12 se obtuvo un índice de salud física (ISF) medio de 41,4 y un índice de salud mental (ISM) medio de 47,24 en una escala sobre 100. Con el EQ-5D el índice de utilidad medio fue de 0,84. Un 28,3% de los pacientes presentaron un nivel de utilidad inferior a 0,8 que indicaría mala CVRS. Se asoció buena CVRS con tener estudios universitarios (p=0,015), estar en situación laboral activa (p=0,007) y tener un nivel de ingresos elevado (p=0,034).

Conclusiones: Las características sociodemográficas de la muestra son similares a las de la cohorte nacional del Informe Encuesta Hospitalaria 2015. Se asoció mayor adherencia con pacientes mayores de 50 años, la presencia de apoyo familiar y recuento de linfocitos CD4+ mayor de 500céls/mm3. Los datos obtenidos sobre CVRS son discordantes entre las dos encuestas utilizadas. Se asoció una mayor CVRS con un mayor nivel de estudios e ingresos y con una situación laboral activa.

C179/18: ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS APLICADO A LA DOCENCIA POSTGRADO (FIR).

Primer Autor: *Pilar Olier Martínez, Hospital Universitario Miguel Servet.*

Coautores: *Olga Pereira Blanco, Andrea Pinilla Rello, Raquel Arrieta Navarro, Cristina Vicente Iturbe y María Reyes Abad Sazatornil.*

Resumen:

Objetivo: Identificar los riesgos en el proceso de docencia postgrado de farmacéutico interno residente, especialidad Farmacia Hospitalaria, priorizar los más relevantes y establecer medidas de mejora para minimizar la variabilidad entre residentes y, como fin último incrementar la calidad asistencial.

Métodos: Se utilizó la metodología "análisis modal de fallos y efectos" (AMFE). Se reunió un equipo que incluyó representantes de diversos grupos implicados en el proceso (residentes de diferentes años, tutores, adjuntos y jefe de servicio) que identificaron los modos de fallo potenciales de cada etapa. Se evaluó el impacto asociado a cada modo de fallo mediante el número de prioridad de riesgo (NPR), en el que intervienen tres variables: ocurrencia, gravedad y detectabilidad. Se analizaron las puntuaciones y se clasificaron en leves, medios y puntos críticos. Se propusieron medidas de mejora haciendo hincapié en los puntos críticos.

Resultados: Se detectaron 50 modos de fallo entre las diferentes etapas. Tras la evaluación del impacto, los puntos críticos se concentraron fundamentalmente en dos etapas. El primero de ellos fue la investigación durante la residencia: falta de líneas establecidas, pocos recursos, escaso tiempo para investigación… Se propuso actualizar las líneas de investigación y definir personas de referencia para cada una, así como reducir otras actividades para disponer de más tiempo para la investigación. El segundo tuvo que ver con la formación en el servicio y la evaluación de las rotaciones: necesidad evaluación objetiva y transparente, objetivos definidos al inicio de la rotación, información sobre si se han alcanzado y disminución de las ausencias en las rotaciones para cubrir otras áreas del servicio. Las acciones de mejora propuestas fueron: definir objetivos de cada rotación, indicar bibliografía indispensable para empezar la formación en esa determinada área y realización de una o varias evaluaciones intermedias con el fin de que el residente sepa si está alcanzando los objetivos propuestos y en qué debe mejorar.

Conclusiones: La metodología AMFE ha permitido evaluar el proceso, los principales modos de fallo para priorizar los que se consideran más relevantes y trabajar en acciones de mejora. Será necesario reevaluar el proceso para valorar el impacto que han tenido las medidas propuestas y detectar nuevos modos de fallo potencial en los que haya que trabajar.