

19 y 20 de junio
sede UNED

TERUEL

#CalidadSalud19

XVIII

jornadas de trabajo sobre
CALIDAD EN SALUD

**XV Congreso de la Sociedad
Aragonesa de Calidad Asistencial**

existimos,



avanzamos

WWW.JORNADACALIDADSalUD.ES

salud
servicio aragonés
de salud

Sa Sociedad
Aragonesa de
Ca Calidad
Asistencial

SECA
Sociedad Española
de Calidad Asistencial

IACS Instituto Aragonés de
Ciencias de la Salud

FECA
Fundación Española
de Calidad Asistencial

UNED

 **GOBIERNO
DE ARAGON**

LIBRO DE COMUNICACIONES

Teruel, 20 de junio de 2019.

COMUNICACIONES MESA 1.
Sala Exámenes (Planta 2ª)

Moderadora: Pilar Catalán Edo

Código	Título	Autor	Centro
C027/19	ENFERMEROS SUPERVISORES EN ADMISIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CADA VEZ MAS NECESARIOS.	Ángel Custodio Boned Galan	Hospital Universitario Miguel Servet
C041/19	ANALISIS, DESCRIPCIÓN Y PERFIL COMPETENCIAL DE ENFERMERIA EN LAS UNIDADES DE PACIENTES CRÍTICOS	M ^a Del Carmen Gómez Nicolás	Hospital Universitario Miguel Servet
C050/19	S.O.S. INVESTIGACIÓN ENFERMERA	María Elena Pueyo Bergua	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
C088/19	EVALUACIÓN DEL PROCESO DE CUALIFICACIÓN DE SUPERVISORAS DE UNIDAD DE ENFERMERÍA	Myriam Sáez de Guinoa Sentre	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
C092/19	GÁNATE SU CONFIANZA CUIDÁNDOLA	Nieves López Ibort	Hospital Universitario Miguel Servet
C0132/19	GESTIÓN POR COMPETENCIAS EN EL PROGRAMA "PERSONAS PARA PERSONAS" EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA	Teresa Lorente Casaus	Hospital Universitario Miguel Servet
C0231/19	LA CALIDAD EN LOS CUIDADOS COMO RESULTADO DE LOS COMPORTAMIENTOS LABORALES DE LAS ENFERMERAS EN ARAGÓN	Cristina Lasala Villa	Hospital Universitario Miguel Servet
C0232/19:	LA RELACIÓN ENTRE SUPERVISORA Y ENFERMERA INFLUYEN EN EL COMPROMISO CON LA ORGANIZACIÓN DE LA ENFERMERA	Nieves López Ibort	Hospital Universitario Miguel Servet
C300/19	GESTIÓN DE LA DEMANDA INMEDIATA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SECTOR BARBASTRO	Concepción Pueyo Enrique	Atención Primaria Barbastro

C027/19: ENFERMEROS SUPERVISORES EN ADMISIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CADA VEZ MAS NECESARIOS.

Primer autor: *Ángel Custodio Boned Galán*

Coautores: *Juan Carlos Abad Cebolla, Margarita Lapeña Lapeña, José Javier Garcés Herrero, Juan Carlos Olivas Infante, Concepción Najara Vela, Abel David Antón Básalo, Ángel Carbonel Ramón*

Centro: *Hospital Miguel Servet*

Resumen:

Desde mayo de 2016 los Gestores de Pacientes venimos desarrollando nuestra actividad como Supervisores Generales dentro del Servicio de Admisión y Documentación Clínica. La creación e implantación de esta figura es uno de los pilares clave dentro del plan estratégico de Dirección de Enfermería del centro en su Proyecto Personas & Personas.

Objetivo: Dar a conocer las ventajas que aporta la figura del Supervisor de Enfermería como Gestor de Pacientes en un hospital de tercer nivel.

Material y Métodos: Se describirán las principales funciones relacionadas con la Gestión de Pacientes y los beneficios que su labor aporta al funcionamiento del hospital, siempre desde la óptica del bienestar del paciente y de que este disponga de los mejores cuidados enfermeros. Aunque una de las funciones es la de participar activamente en la asignación de camas, se realizan otro tipo de actividades que son las que aportan valor al proyecto.

Resultados: El proyecto ha tenido una muy buena aceptación por parte de los distintos colectivos profesionales con los que compartimos el centro. Se ha conseguido una mejora en los indicadores de gestión hospitalaria, principalmente en disminuir el número de pacientes en saturación en el Servicio de Urgencias (pacientes que deben permanecer en el pasillo al no haber disponibles camas en salas de observación ni en unidades de hospitalización).

Conclusiones: El Supervisor de Enfermería en Gestión de Pacientes es una figura firmemente implantada e integrada en un hospital de tercer nivel como es nuestro caso. El análisis de los principales indicadores, con especial atención a la saturación en urgencias, es positivo si bien presenta margen de mejora.

C041/19: ANALISIS, DESCRIPCIÓN Y PERFIL COMPETENCIAL DE ENFERMERIA EN LAS UNIDADES DE PACIENTES CRÍTICOS

Primer autor: *M^a Del Carmen Gómez Nicolás*

Coautores: *Sonia Sánchez Escobedo, Silvia Garcés Horna, Nieves Lopez Ibort, Teresa Antoñanzas Lombarte, Marta Manero Solanas, Ana Pérez Calvo, M^a Eugenia Lahoz Gallo*

Centro: *Hospital Miguel Servet*

Resumen:

Objetivos:

- Definir perfiles competenciales de los enfermeros de unidades de críticos.
- Desarrollar competencias generales, específicas y técnicas.
- Analizar los puestos enfermeros de unidades de críticos y describir puestos tipo.

Material y Métodos Estudio cualitativo mediante técnica de panel de expertos, donde se invitó a personas especialistas en esta área de conocimiento, a participar en varias sesiones de trabajo. Las personas seleccionadas contaban con amplia experiencia en el campo objeto de estudio y eran independientes con respecto al equipo investigador.

Resultados: La duración del estudio fue de 11 meses, el trabajo del grupo comenzó con formación específica en materia de competencias. Se analizaron puestos enfermeros de diferentes unidades, mediante descripción de factores diferenciales (relaciones con usuario/familia, responsabilidad personas, gestión recursos humanos y materiales, conocimientos técnicos, relaciones externas, participación institucional, innovación e investigación, gestión del conocimiento, calidad y cuidados) y la superposición de los gráficos en tela de araña. Se definieron 3 “puestos tipo” (1. Críticos adultos, 2. Críticos pediátricos y 3. Críticos cuidados maternos).

Los factores diferenciales fueron valorados cuantitativamente del 0 al 4 (0=ningún valor, 4= valor máximo), con el fin de obtener una descripción minuciosa de cada puesto.

Todos los “puestos tipo” contenían las competencias del mayor nivel de abstracción, denominadas competencias generales (ética, calidad y mejora continua, compromiso y orientación al usuario y profesionales). Las competencias específicas, definidas para el “puesto tipo” son pensamiento analítico, trabajo en equipo, comunicación eficaz y aprendizaje continuo/innovación. Las competencias técnicas elegidas son tolerancia a la presión, iniciativa-autonomía, adaptabilidad y manejo de crisis. A cada competencia se le designa una definición y unos comportamientos. Los comportamientos, son establecidos por niveles según las capacidades desarrolladas en cada puesto. Se desarrolla una quinta competencia "Habilidades técnicas", que recoge la parte tecnológica y de aparataje que caracteriza a las unidades de críticos.

Conclusiones: El enfermero de pacientes críticos debe poseer competencias generales, específicas y técnicas; desarrollar habilidades técnicas para trabajar en excelencia ante la premura que caracteriza al paciente crítico. El profesional debe implicarse en la formación continua y potenciar sus habilidades para mejorar su desarrollo.

C050/19: S.O.S. INVESTIGACIÓN ENFERMERA

Primer autor: *María Elena Pueyo Bergua*

Coautores: *María Teresa Bimbela Serrano*

Centro: *H. Clínico Universitario Lozano Blesa*

Resumen:

Objetivo: Conocer las principales causas que limitan la cantidad y la calidad de la investigación enfermera y confrontar los datos con nuestra experiencia investigadora.

Metodología: Una revisión sobre 40 años de investigación en la historia de la enfermería española sirvió como punto de partida para realizar una búsqueda bibliográfica en PubMed de artículos referidos, exclusivamente, a la enfermería española y actualizados al año 2019, a la que se añadió la contribución de la experiencia investigadora de las autoras. Para la exposición de los resultados se seleccionó el Diagrama de Ishikawa al ser una herramienta de gestión de la calidad que permite la representación de relaciones múltiples de causa-efecto.

Resultados: Las causas principales encontradas se categorizan en los siguientes puntos críticos:

- Enfermeros; Falta de formación y experiencia investigadora y de reconocimiento profesional.
- proyectos Multidisciplinares: Falta de liderazgo enfermero, planificación conjunta y cooperación.
- Entorno asistencial: Alta carga asistencial, turnicidad, alta rotación de Unidades y Centros de trabajo y la dificultad para implementar nuevas ideas en la práctica diaria.
- Instituciones: Falta de difusión, reconocimiento y financiación, falta y/o visibilidad de puestos de investigación para enfermería y de gestión en investigación enfermera.
- Método: Estudios no reproducibles, falta de conocimientos en lectura crítica y de rigor científico.
- Documentación: Demora de plazos en la gestión documental, variabilidad documental destinada al mismo fin y falta de centralización documental para proyectos multidisciplinares y multicéntricos.

Conclusiones: Las causas que dificultan la cantidad y la calidad de la investigación enfermera son múltiples pero coincidentes desde la perspectiva de diversos profesionales enfermeros y escenarios. Algunas de las dificultades encontradas se corroboran desde la experiencia de las autoras, sobre todo, las referidas a las Instituciones y a la documentación por la metodología utilizada. En vista de que las dificultades abarcan todo el proceso investigador se requiere una intervención en todos los puntos críticos documentados para favorecer el proceso de manera global.

Lecciones Aprendidas: Podría resultar de gran ayuda diseñar planes de actuación que permitan mejorar la investigación enfermera con previsión de futuro, dando cobertura a este escenario en auge e implementando las evidencias en la práctica diaria como objetivo de excelencia enfermera en calidad asistencial.

C088/19: EVALUACIÓN DEL PROCESO DE CUALIFICACIÓN DE SUPERVISORAS DE UNIDAD DE ENFERMERÍA

Primer autor: *Myriam Sáez De Guinoa Sentre*

Coautores: *Elena Altarribas Bolsa, Carmen Rebollo Pina, Eva Caupdevilla Biota, Gema Girón Jorcano, Gema Mainar Josa, A. Isabel Martínez Cuñado*

Centro: *H.C.U. Lozano Blesa Zaragoza*

Resumen:

Objetivos

- Evaluar el proceso formativo de l@s nuevos supervisores
- Encontrar las debilidades del proyecto

Método: Encuesta vía telemática a través de un cuestionario creado con el aplicativo “Google Forms”, difundida mediante email y mensajería instantánea. Población objeto de estudio: todas las supervisoras de unidad del HCULB incorporadas desde 2015 a 2019. El contenido de la encuesta se basó en evaluar la formación recibida y las habilidades actuales en áreas de competencia percibidas por las supervisoras de reciente incorporación. La tasa de respuesta fue del 88,9%.

Resultados: Entre las supervisoras encuestadas, el mayor porcentaje 54, 2% tenían una antigüedad en el puesto de entre 1 y 3 años y una Designación de persona de referencia. El proceso formativo se segmentó en diferentes áreas, en el cuestionario se evaluaron estas áreas con un puntuación tipo likert del 1 al 5. Los profesionales que más han influido en mejorar la efectividad laboral de las supervisoras han sido las administrativas de Dirección de enfermería, el colectivo que menos influye son otros supervisores de reciente incorporación. Formación adicional ofertada. El 95.8% de las supervisoras reconocen el curso para la Gestión de turnos del Personal como formación adicional ofertada y un 83.3% de las supervisoras reconocen los cursos de Gestión y Concurso de materiales y el aplicativo Gacela Care como formación adicional ofertada. Gestión de la información y comunicación. Las supervisoras encuestadas valoran con una media de 4,17 sobre cinco puntos la información recibida para realizar su trabajo. Los medios más reconocidos como fuente de información son el email y la carpeta compartida. Las áreas con mejor valoración respecto a la propia habilidad son Cuidados y Recursos Humanos. Las áreas con peor valoración son las funciones de Supervisión General con una puntuación de y Formación. La media de habilidad percibida es de 3,62 /5. Las categorías más destacadas como positivas son el apoyo y accesibilidad, el área de recursos humanos y el aumento general de conocimientos.

Conclusiones: Un 37,5% de las supervisoras encuestadas consideran adecuado la duración del proceso. La satisfacción global del proceso de cualificación, es de 7,1/10. La satisfacción media con el puesto de supervisora es de 7,9

Lecciones Aprendidas: Evaluar el proceso formativo de la cualificación de nuevos supervisores permite verificar la calidad de las acciones de mejora.

C092/19: GÁNATE SU CONFIANZA CUIDÁNDOLA

Primer autor: *Nieves López Ibort*

Coautores: *Teresa Antoñanzas Lombarte, Silvia Garcés Horna, Delia González De La Cuesta, Teresa Lorente Casaus, Virginia Aznar Rico, Ana M. Vecino Soler, Sonia Sánchez Escobedo*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Dentro del programa "personas para personas" se desarrolla la gestión por competencias que se basa en tres pilares: Análisis y descripción de puestos de trabajo, perfil competencial y desarrollo.

Paralelamente a la implantación de este programa la organización sufre un cambio generacional muy importante en sus mandos intermedios (más del 65% en tres años). Los supervisores nuevos y veteranos presentan altos niveles de estrés y ansiedad, unos por soledad e inseguridad y otros por sobrecarga de trabajo al tener que desempeñar el suyo y tutorizar a los noveles. Para dar respuesta a esta situación, dentro de este programa y en el pilar de desarrollo se crean cuatro espacios competenciales: Compartir experiencias, Tómate un respiro, Madurez grupal y Desarrollo competencial.

Objetivo: Cuidar a los mandos intermedios durante el proceso de desarrollo competencial necesario para un desempeño óptimo en su puesto de trabajo.

Material y método: Se crean espacios de 90 minutos semanales, cada uno con un fin concreto y complementario entre ellos. En Compartir experiencias se aumentan los conocimientos sobre las competencias descritas en el perfil de supervisor analizando casos, artículos y/o experiencias propias. En Tómate un respiro se realizan visualizaciones/relajaciones guiadas, sesiones de risoterapia...En Madurez grupal se llevan a cabo dinámicas que conducen a un proceso que avanza de cohesión a identificación y de esta a un orgullo de pertenencia. En Desarrollo competencial se potencian las habilidades que requieren sus puestos de trabajo. Se mide el nivel de estrés a través de la escala de estrés percibido (Perceived Stress Scale, PSS), y la calidad de vida a través del cuestionario de calidad de vida profesional percibida (SP-35).

Resultados: La asistencia a todos los espacios está siendo mayor del 71%, teniendo en cuenta la gran carga de trabajo de los supervisores es una cifra muy elevada. El nivel de estrés previo es medio-alto. El grado de satisfacción con el programa es elevado dado el feed-back recibido.

Conclusiones: Programas de este tipo son necesarios en las organizaciones para cuidar a sus trabajadores y, de este modo, aumentar sus competencias a la vez que gana confianza en los equipos directivos. El aprendizaje experiencial se postula como una potente herramienta de desarrollo.

C132 /19: GESTIÓN POR COMPETENCIAS EN EL PROGRAMA "PERSONAS PARA PERSONAS" EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Primer autor: *Teresa Lorente Casás*

Coautores:

Teresa Antoñanzas Lombarte, Nieves López Ibort, Silvia Garcés Horna, Marta Manero Solanas, Pilar Ferrer Duce María Teresa Millán Lucindo, María Carmen Gómez Nicolás

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Introducción: El equipo directivo del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, incluyó en su plan estratégico, el programa "Personas para Personas" con el objetivo de transformar la organización, bajo un modelo humanista, poniendo en valor a las personas, y bajo la premisa de "menos es más", es decir, unas direcciones que intervengan menos y empoderen más a sus colaboradores. Además, se pretendía también un cambio en el clima organizacional y, por tanto, esta transformación debía realizarse desde el propio entorno.

Reconocer y desarrollar tanto el conocimiento, como las actitudes y habilidades de los profesionales influye en los objetivos de la organización (Departamento de presidencia, Dirección General de la función pública, 2011); por ello, la gestión por competencias aporta claras ventajas a nuestro hospital.

El programa comienza en una primera fase por el colectivo de las enfermeras, en una segunda fase se continuará con el personal de Gestión y Servicios y como última fase el colectivo médico.

Objetivos:

1. Analizar y describir los distintos puestos de trabajo y elaborar un catálogo de puestos tipo con su perfil competencial
2. Valorar el gap entre el perfil del puesto y el del profesional que lo desempeña
3. Diseñar plan de desarrollo para cada profesional

Material Y Métodos: Se configuran 3 paneles de expertos, formados por enfermeras y supervisoras de distintas Unidades de Enfermería. Se impartió formación en gestión por competencias a los panelistas y se realizaron sesiones de trabajo para analizar y describir los puestos de trabajo, utilizando como herramientas los diccionarios de competencias y comportamientos de *Martha Alles* (2004, 2009). Previamente cada participante cumplimentó la plantilla que describía su puesto de trabajo. A partir de allí, se analizaban todos los puestos y se agruparon en puestos tipo. Una vez descritos los puestos tipo se pasó a seleccionar las competencias que debían tener las personas que ocupaban ese puesto tipo, así como los distintos niveles competenciales y sus comportamientos asociados. En estos momentos se está realizando la evaluación competencial de las supervisoras (puestos de libre elección)

Resultados: Alto porcentaje de participación en los 3 paneles. Se han descrito 9 puestos tipo de enfermeras supervisoras, 3 de enfermeras que trabajan con pacientes críticos y 4 puestos tipo de Enfermera de proceso quirúrgico.

C231/19: LA CALIDAD EN LOS CUIDADOS COMO RESULTADO DE LOS COMPORTAMIENTOS LABORALES DE LAS ENFERMERAS EN ARAGÓN

Primer autor: *Cristina Lasala Villa*

Coautores: *Nieves López Ibort, Delia M González de la Cuesta, Teresa Antoñanzas Lombarte, Marta Manero, Pilar Ferrer Duce, Teresa Millán Lucindo, Susana Sánchez Cucalón*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Introducción: El Comité Asesor de Enfermería Canadiense, afirma que es responsabilidad de los líderes de enfermería implementar nuevos modelos de atención, y proporcionar entornos de trabajo saludables para su personal. Mientras que los líderes que ocupan cargos jerárquicos más altos, deben dirigir sus esfuerzos hacia el logro de un mayor empoderamiento estructural, los líderes que ocupan puestos intermedios deben ejercer un liderazgo fuerte y visible, encaminado a lograr entre otras cosas una influencia positiva sobre aquellas actitudes de las enfermeras que están relacionadas con la organización y con el trabajo. Este hecho es fundamental en Enfermería, las actitudes de las enfermeras a pie de cama están estrechamente vinculadas a indicadores como la calidad del cuidado y la satisfacción y seguridad del paciente.

Objetivos:

- Conocer el estado de compromiso, satisfacción, comportamientos cívicos organizacionales, intenciones de rotación, empoderamiento y apoyo organizacional percibido en los 9 hospitales públicos aragoneses.
- Comparar la situación en Aragón con el entorno nacional e internacional.

Material y método: Estudio descriptivo transversal, realizado a través de cuestionarios autoadministrados, que cumplimentaron 3.628 enfermeras y 202 supervisoras de los 9 hospitales públicos de Aragón. Los datos fueron analizados usando técnicas estadísticas descriptivas e inferenciales.

Resultados/contenidos: Los valores de todos los comportamientos están en la media de lo encontrado en la bibliografía (valores medios), salvo el apoyo organizacional percibido (3.88), se encuentra en el mismo rango que otro estudio español, pero por debajo de los estudios internacionales. El valor más alto obtenido se encuentra en los comportamientos cívicos organizacionales (7.63), seguido del empoderamiento (6.7).

Conclusiones: Los hospitales participantes en esta investigación tienen un amplio margen de mejora en sus resultados, consecuencia del amplio margen de mejora que presentan los comportamientos de las enfermeras que trabajan en ellos. Es necesario identificar factores que estimulen actitudes laborales positivas en enfermería, como todos los anteriores ya que, cuidados prestados son una consecuencia directa de los comportamientos de todas y cada una de las enfermeras.

C232/19: LA RELACIÓN ENTRE SUPERVISORA Y ENFERMERA INFLUYEN EN EL COMPROMISO CON LA ORGANIZACIÓN DE LA ENFERMERA

Primer autor: Nieves López Ibort

Coautores: Delia M González de la Cuesta, Teresa Antoñanzas Lombarte, Silvia Garcés Horna, Sonia Sánchez Escobedo, Ana M Vecino Soler, Rosa Blasco Adiego, Mercedes Ferrando Margueli

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet

Resumen:

Objetivos:

1. Establecer la correlación entre la calidad de la relación Supervisora-Enfermera y el compromiso organizacional (relación principal).
2. Averiguar si otras variables como el empoderamiento, la ayuda organizacional percibida y el intercambio líder-líder, moderan esta relación.
3. Conocer si el efecto moderador de estas variables se veía influido por el tamaño del hospital y el sexo de los profesionales enfermeros.

Material y método: Estudio descriptivo transversal, realizado a través de cuestionarios autoadministrados que cumplimentaron anónimamente 3.628 enfermeras y 202 supervisoras de los 9 hospitales públicos de Aragón.

Resultados/contenidos: Se demuestra una correlación positiva entre la calidad del intercambio supervisora/enfermera y compromiso, existiendo, además, un efecto moderador del intercambio líder-líder en dicha relación. El sexo de los trabajadores y/o el tamaño del hospital influyen en el efecto moderador del empoderamiento, el apoyo organizacional percibido y el intercambio líder-líder en la relación principal.

Conclusiones: Identificar factores que estimulen actitudes laborales positivas es importante, dado que los cuidados de salud que se prestan son consecuencia directa de los comportamientos de todas y cada una de las enfermeras. Las organizaciones deben planificar intervenciones encaminadas a capacitar competencialmente a sus supervisoras a establecer relaciones de alta calidad. Se deben establecer otro tipo de indicadores, además de los clínicos como, por ejemplo, la calidad de las relaciones.

C300/19 GESTIÓN DE LA DEMANDA INMEDIATA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SECTOR BARBASTRO

Primer autor: *Concepción Pueyo Enrique*

Coautores: *Ana Teresa Monclús Muro, Leonardo Vladimir Colón Liriano, María Pilar Albás Martínez, Guillermo Bernués Sanz, Pilar Forniés Lacosta, Juan Manuel Vidaller Borrás, Adoración Noguero Carrera*

Centro: *Atención Primaria Barbastro*

Resumen:

Objetivos:

- 1.- Garantizar una adecuada gestión de la demanda indemorable, elaborando flujos de atención en función de la complejidad del problema detectado.
- 2.- Implicar al personal administrativo, celadores y TCAE en la gestión de la demanda, formándoles e incentivándoles en el proceso.
- 3.- Empoderar al paciente, enseñándole a identificar y resolver sus procesos banales, haciendo especial hincapié en la utilización adecuada de los recursos sanitarios.

Método: Constitución de un grupo de trabajo multidisciplinar formado por médicos y enfermeros de atención primaria (AP) con desarrollo profesional en atención ordinaria y continuada de diferentes Centros de Salud del Sector Barbastro, lo que permite conocer la realidad asistencial. Elaboración de un protocolo que garantice el correcto flujo de la demanda. Revisión de la bibliografía sobre gestión de la demanda inmediata y procesos banales, así como protocolos y procedimientos desarrollados en otros servicios de salud. Actividades formativas dirigidas a todo el personal de los centros en los que se vaya a implementar en protocolo, considerándose prioritarios, los de difícil cobertura o de alta presión asistencial. Evaluación de los resultados mediante indicadores elaborados Ad Hoc y encuestas de satisfacción.

Resultados: Se ha elaborado un circuito asistencial para la gestión de la demanda inmediata, con una implementación piloto en el centro de salud de Barbastro, donde una enfermera atiende las demandas indemorables y las resuelve en función de la complejidad del problema detectado, bien de manera autónoma o derivando a otro profesional de forma urgente o programada. Se prevé la instauración inmediata en el resto de centros sanitarios del Sector motivados para el cambio. Los resultados están siendo muy satisfactorios tanto para profesionales como para los usuarios. Pendiente evaluar indicadores.

Conclusiones: La adecuada gestión de la demanda indemorable disminuye los tiempos de espera hasta recibir una primera asistencia, lo que se traduce en alta satisfacción de los pacientes y en una disminución de la presión asistencial. La atención prestada por enfermería, permite empoderar a los pacientes en la gestión de su patología banal, a la vez que motiva el desarrollo competencial de la profesión enfermera.

Lecciones aprendidas: El trabajo realizado previamente por otros servicios sanitarios, permite aprender de los errores detectados. Resulta primordial lograr el autocuidado de la población a la que se atiende

COMUNICACIONES MESA 2

Aula 1 (Planta 1ª)

Moderadora: Milagros Díaz García

Código	Título	Autor	Centro
C003/19	FINAL DE VIDA SIN TABUES. SENSIBILIZACIÓN EN LAS AULAS ACERCA DEL FINAL DE VIDA Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS	Sergio F. Andreu Gracia	Esad Sector Zaragoza II
C039/19	ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN MAYORES DE 65 AÑOS EN UTEBO	María Pilar Grajera Sánchez	Centro de Salud Utebo
C052/19	PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD: DETECCIÓN Y ABANDONO DE HÁBITO TABÁQUICO	Edurn Amatriain Boleas	Centro De Salud Torre Ramona
C073/19	IDONEIDAD DE LA GESTACIÓN PARA LA INTERVENCIÓN ANTITABACO	Blanca Urdin Muñoz	Centro De Salud Las Fuentes Norte
C089/19	PROTOCOLO DE MEJORA EN LA FACTURACIÓN, POR LA ASISTENCIA DE COLECTIVOS OBLIGADOS A PAGO- CENTRO DE SALUD DE CELLA	Rogelio Hernández Díaz	Centro de Salud Cella-Teruel
C0202/19	MEJORA EN EL PROCESO DE DISPENSACIÓN DE PEDIDOS DE MEDICAMENTOS A CENTROS EXTERNOS DESDE UN HOSPITAL TERCIARIO	Marta Lavilla Martínez	Hospital Universitario Miguel Servet

C003/19: FINAL DE VIDA SIN TABUES. SENSIBILIZACIÓN EN LAS AULAS ACERCA DEL FINAL DE VIDA Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS.

Primer autor: *Sergio F. Andreu Gracia*

Coautores: *Irene Celiméndiz Ferrández, Pilar Lauroba Alagón, Carmen La Puerta Alcázar, Rosa Miguélez Fernández, José Luis Sanz Recio, Roberto Moreno Mateo, Mayte Verdú García*

Centro: *ESAD Sector Zaragoza II*

Resumen:

Los equipos de cuidados paliativos domiciliarios acompañamos a los pacientes en una experiencia existencial única: hacer frente al final de sus vidas.

Observamos que el proceso de morir se vive con ocultación, generando en muchos casos un sufrimiento emocional mayor que el que pudiera producir cualquier otro síntoma físico.

El objetivo es, desde un programa comunitario de educación para la salud en las aulas, favorecer la comunicación en torno a la muerte, aclarando mitos sobre el final de vida y conceptos como muerte digna, cuidados paliativos, eutanasia, sedación paliativa, testamento vital y otros

Material y Métodos: Se contactó con los servicios de orientación de los centros educativos para presentar el proyecto y anticipar posibles problemas antes de la actividad. Taller de 1 hora 30' de duración en el que, mediante la proyección de un caso, se muestran distintas actitudes que surgen en una familia ante un diagnóstico de una enfermedad terminal. A los alumnos se les anima a responder preguntas cuyas respuestas se proyectan en tiempo en pantalla mediante la aplicación Voxvote con el objetivo de crear debate en el aula.

Resultados: La respuesta en los centros educativos y alumnos sobrepasó las expectativas. Se realizaron cuatro talleres a un total de 61 alumnos de 4º de ESO con edades comprendidas entre los 15-17 años.

Debido a la temática una alumna optó por no asistir a los talleres. Ningún alumno abandonó el aula una vez iniciado si bien dos se negaron a participar en el debate.

En cuanto a los resultados de los indicadores la participación en la actividad fue del 96% y el porcentaje de alumnos satisfechos o muy satisfechos con la actividad fue del 95%.

Conclusiones: Interés creciente en los centros educativos con respecto al abordaje de la muerte y el duelo en las aulas. La elección de la población de 4º ESO ha resultado acertada, el grado de madurez, así como el interés natural que a esa edad se tiene por los temas existenciales favorece el debate de forma constructiva. Lecciones aprendidas Las repuestas de los alumnos pueden ser inesperadas, pudiendo aparecer emociones y dudas para los que se ha de estar preparado y disponer de tiempo para resolver. Los alumnos verbalizaron que el taller les había hecho ponerse en el lugar de las personas del caso presentado y reconocen que es importante poder hablar de la muerte para afrontar la vida. Pensamos que la actividad puede extenderse a otros centros y ser parte de la actividad habitual de los equipos sanitarios de cuidados paliativos.

C039/19: ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN MAYORES DE 65 AÑOS EN UTEBO

Primer autor: *María Pilar Grajera Sánchez*

Coautores: *Miguel Ángel Tarraguel Navarro, María José Enguita Pellicena, Elene Olmo Pérez, Ana María Bailo Gay, María José Gómez Cuartero, Paula Conde Vázquez*

Centro: *Centro de Salud Utebo*

Resumen:

El ejercicio físico tiene un impacto positivo en la prevención y mejora de enfermedades crónicas y mantenimiento de capacidades físicas y mentales. La prescripción de actividad física en AP se viene realizando de forma habitual, pero a pesar de ello, hay un elevado número de personas que no realizan ejercicio. Existe gran dependencia del sistema sanitario, siendo importante potenciar la autonomía y habilidades personales para el auto cuidado y la interacción social. En Utebo existen activos comunitarios que pueden ayudar a cuidar la salud de la población que el EAP desconocía. La puesta en marcha de la implementación del proyecto europeo Multimodal training ha supuesto una oportunidad para el conocimiento de los recursos comunitarios por parte del C.S y la derivación a este activo de salud desde las consultas de AP, logrando el trabajo en equipo de distintas instituciones.

Objetivos

- Sensibilización de las personas mayores de 65 años que no realicen ejercicio físico, de los beneficios del mismo y conseguir que acudan al programa.
- Integrar la recomendación de activos en ejercicio físico en la consulta de AP, resultando de una decisión compartida entre el profesional sanitario y el paciente.
- Comunicación entre el centro de salud y los activos comunitarios
- Colaboración entre las instituciones involucradas

Material y Métodos: Captación por parte del centro de salud de 54 personas mayores de 65 años que no realizaban ejercicio físico, durante los meses de Octubre, Noviembre, Diciembre 2018. En el centro de salud, se realizaron las mediciones físicas, encuesta de salud EQ-E5-5L, test de depresión Yesavage, petición del consentimiento informado y analítica. Se aprovechó la analítica que tuviera realizada el paciente en los últimos dos meses previos al inicio de la actividad y se solicitó en caso de no tener. Los servicios municipales de Deporte, han completado mediciones basales. Se inició la actividad según el método Janus en Enero 19. Desde el Centro de Salud se ha ido participando en la elaboración de los distintos documentos necesarios al tratarse de un proyecto europeo, del consentimiento informado que se ha dado a firmar a los participantes y seguimiento de los pacientes. Realización de dos talleres de nutrición al grupo. Una vez terminado el programa, se procederá a la repetición de las mediciones y test y se evaluarán los resultados.

Conclusiones: Destacamos la importancia de trabajar en equipo con los activos de salud y el alto grado de satisfacción de los participantes.

C052/19: PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD: DETECCIÓN Y ABANDONO DE HÁBITO TABÁQUICO

Primer autor: *Edurn Amatriain Boleas*

Coautores: *Belén Torre Pérez, Violeta González Guillen, María Ramos Cáceres, Beatriz Quilez Cutillas, Alicia María Caballero Guindo, Trinidad López, Mari Santos Visus*

Centro: *Centro de Salud Torre Ramona*

Resumen:

Objetivos

- Aumentar la detección de tabaco al 47,56% entre la población diana
- Aumentar la intervención sobre tabaco al 55% entre la población diana

Método: Nuestra estrategia se basa en realizar campañas de captación oportunista en los accesos al centro de salud a personas mayores de 15 años.

Se establece un puesto con cartelería e información escrita sobre el tabaco y con personal sanitario del centro (MIR, EIR o titulares). Se pregunta a los pacientes, si acepta, si fuma, en caso afirmativo si desearía hacer un intento de abandono. Si la respuesta es negativa se da consejo breve, se entrega información escrita y se oferta su profesional de referencia si cambia de opinión. En caso afirmativo se oferta cita en consulta monográfica de tabaco o con su profesional de referencia. Por último, se toma dato de filiación y resultado de la intervención para su registro en OMI-AP.

Se ha estimado el número de personas que serían necesarias para alcanzar los objetivos: en la detección unas 500 personas y en intervención la 200. Para calcular el número de jornadas calculara el rendimiento mediante una prueba piloto con dos profesionales

Resultado: Nuestro resultado en la detección de consumo de tabaco en el centro de salud en el 2018 ha sido menor que el año anterior (42,95%) con una tendencia a la baja desde 2016 (47,56%), aunque nuestro resultado sea superior al del Sector y el Salud.

Así mismo, aunque nuestra tendencia en intervención sobre el tabaco va en aumento, el último año ha sido muy discreta, del 48,99% al 49,13% y es inferior al Sector y el Salud.

La principal cauda es la variabilidad entre los cupos con variaciones en la detección del 16,94% al 73,33% y en la intervención entre el 14,78% al 85,20%.

I

Indicadores y Evaluación: Porcentaje de mayores de 15 años con anamnesis sobre tabaco a 1 de diciembre de 2019 en cuadro de mandos del centro de salud.

Porcentaje de mayores de 15 años con episodio de tabaco e intervención sobre tabaco a 1 de diciembre de 2019 en cuadro de mandos del centro de salud.

Conclusiones: Nuestra estrategia de estos años se ha basado en disminuir esa variabilidad con sesiones de formación para mejorar la actividad y el registro en OMI-AP, también en mejorar la captación a través de carteles informativos en sala de espera para sensibilizar y ofertar el servicio. El tabaco es unos de los principales motivos de enfermedad y muerte en nuestro entorno y de ahí la importancia en incidir en su detección e intervención.

C073/19: IDONEIDAD DE LA GESTACIÓN PARA LA INTERVENCIÓN ANTITABACO

Primer autor: Blanca Urdin Muñoz

Coautores: África García Roy, Laura Tejada De Los Santos, Javier Rodríguez García

Centro: Centro de Salud Las Fuentes Norte

Resumen:

Por prevalencia y repercusión sanitaria, el tabaquismo supone un importante problema de salud pública, siendo indiscutible la rentabilidad de la intervención sobre el mismo.

Atención Primaria (AP) es el lugar idóneo para ello y la gestación un momento excepcional, tanto por la especial motivación como por las visitas regulares, que facilitan una actuación estructurada.

Objetivo: Reducción de la prevalencia del tabaquismo activo y pasivo de las embarazadas atendidas en el Centro de Salud Las Fuentes Norte.

Método: Se contemplaron todas las posibilidades de actuación desde AP, tanto de prevención como de deshabituación, mediante actividades de intervención grupal y asistencial. Se intervino sobre el total de embarazadas atendidas en “EL PROGRAMA DE SALUD MATERNO-INFANTIL” del Centro de Salud Las Fuentes Norte con elaboración de herramientas de mayo a agosto e implementación de actividades de septiembre de 2018 a enero de 2019. La intervención grupal, parte específica de la intervención comunitaria, promocionaba el ambiente libre de humos e iba dirigida a la embarazada y su entorno familiar. Incluía dos talleres con periodicidad mensual para realizar en la captación y previa al parto. La intervención clínica, se centraba en el fomento entre los profesionales de la evaluación del hábito y en su caso de la intervención, priorizando la intervención breve y orientación para intervención intensiva a consulta antitabaco específica, con empleo de una adaptación de la “Metodología de abordaje a tiempo real 1-15-30” de la SEMFyC al soporte informático OMI-AP. La consulta antitabaco específica se ofertó directamente a todas las gestantes fumadoras.

Resultados: De las 81 embarazadas captadas se perdieron 9 por aborto, quedando una muestra final de 72 gestantes. De ellas el 68.1% nunca habían fumado, el 13.9% eran exfumadoras y fumadoras el 18.1%. Del total de embarazadas, un 10% acudió a la intervención grupal y de las gestantes fumadoras un 7.69% a consulta específica antitabaco.

Conclusiones: Existe una escasa respuesta de las gestantes a las actividades propuestas originada posiblemente por una falta de conciencia de riesgo tanto de la embarazada como del entorno familiar próximo, que hace que la intervención planteada no sea rentable mientras se haga en exclusividad en un único Centro de Salud.

Proponemos que la intervención antitabaco sobre la gestante sea proactiva, sistemática e incluida en nuestra actividad diaria y fundamentada en la protección de la paciente más allá de su embarazo.

C089/19: PROTOCOLO DE MEJORA EN LA FACTURACIÓN, POR LA ASISTENCIA DE COLECTIVOS OBLIGADOS A PAGO- CENTRO DE SALUD DE CELLA

Primer autor: *Rogelio Hernández Díaz*

Coautores:

Sergio Sumsky Sumsky, María Josefa Navarro Rueda, Fernando Maicas Maicas, Carmen Miedes Frías

Centro: *Centro de Salud de Cella-Teruel*

Resumen:

Objetivos: Describir el proceso de facturación a terceros y los resultados en nuestro Centro de Salud desde 2013 a 2018 y sus posibilidades de mejora.

Método: 1-Descripción de los colectivos susceptibles de facturación. Legislación existente.2-Generación de los documentos para la facturación con el programa OMI-AP, siguiendo el itinerario. 3-Documentos necesarios para la facturación en cada caso.

Resultados: Se presentan los resultados en nuestro Centro de Salud, así como los gráficos anuales de 2013 a 2018.Se estudian los casos de fracaso en la facturación y sus causas más frecuentes.

Conclusiones: Se ha producido una mejora importante, tanto en el proceso como en los resultados de la facturación. Se ha concienciado al personal sanitario y administrativo para la mejora en el cumplimiento del protocolo.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN PREVIA:

Se constata una facturación anual en nuestro centro de Salud casi inexistente, debido a la desinformación del personal sanitario y de admisión. No existe un protocolo sobre el tema y tras el análisis de la situación se decide informar al personal de los supuestos con derecho a cobro por parte de nuestra Institución(Salud) Tras prestar una asistencia en nuestro centro.

ACCIONES DE MEJORA:

Iniciamos Recogida de datos de facturación y comunicación de los resultados anuales al equipo durante 2013 y los años sucesivos.

Presentamos resultados anuales una vez que se cierra el año contable.

Mantuvimos dos reuniones con los responsables de Servicios Generales (Facturación) de nuestro sector Sobre el tema y aclaramos los supuestos susceptibles de facturación. También analizamos las deficiencias observadas en el principio del estudio.

La Dirección de AP del sector Teruel Y la dirección de AP de Servicios centrales sugirieron y añadieron al programa informático OMI AP las plantillas para facilitar la facturación.

A partir de abril de 2015 No se alcanzó acuerdo de convenio por atender a la población de MUFACE y se factura por acto médico y no hace pago capitativo.

METODOLOGÍA:

Formación del personal del centro de Salud sobre todos los supuestos de facturación y sus tarifas, así como los resultados anuales y evaluación de los mismos.

RESULTADOS

La facturación ha aumentado progresivamente desde 2.143,82€ en 2013, hasta un máximo de 27.900,88€ en el año 2017. (Se presentan gráficos).

C202/19: MEJORA EN EL PROCESO DE DISPENSACIÓN DE PEDIDOS DE MEDICAMENTOS A CENTROS EXTERNOS DESDE UN HOSPITAL TERCIARIO

Primer autor: *Marta Lavilla Martínez*

Coautores: *Andrea Pinilla Rello, Arantxa Magallón Martínez, Itziar Larrodé Leciñena, Cristina Hernández Prieto, Rafael Rivas Gil, Ana Murillo Bayo, Carlota Vinués Salas*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Objetivo: Disminuir las incidencias en la preparación de pedidos de medicamentos a los equipos de atención primaria(EAP) urbanos y rurales y unidades de salud mental(USM) desde un hospital terciario.

Método: El Servicio de Farmacia(SF) del hospital es responsable de suministrar la medicación a 7 USM, 22 EAPs urbanos y 9 rurales, con sus respectivos centros asociados. El protocolo de preparación de un pedido de EAP y USM previo a las acciones de mejora era: las supervisoras realizaban el pedido mediante la Intranet solicitando la medicación incluida en el pacto. La medicación del pacto la establece el SF de Atención Primaria y es gestionada por el SF del hospital. El albarán de solicitud se prepara por el técnico de Farmacia(TAF) que introduce los medicamentos en una/varias cajas con una copia del albarán detallando la cantidad preparada. Debido al gran volumen de incidencias transmitidas telefónicamente al SF se valoró el proceso constituyendo un grupo multidisciplinar para poner en marcha acciones de mejora: etiquetado de cada bulto, etiquetado general del pedido y registro de peticiones preparadas. Etiqueta identificativa de cada caja: centro, destino final y número de bulto. Etiqueta de mayor tamaño para el conjunto de cajas con el mismo destino: número de bultos, conservación y sello del EAP receptor (acuse de recibo). Los transportistas deberán devolver sellada por el EAP la etiqueta de mayor tamaño como confirmación de que no hay incidencias en el pedido. El libro de registro de las peticiones preparadas (cumplimentado por el TAF) incluye: fecha, EAP/USM, destino final, número de bultos y firma del TAF responsable. Para obtener una trazabilidad completa se incluyó: TAF que entrega el pedido y nombre del transportista que lo recoge. Recientemente se ha añadido un circuito específico de incidencias. Los EAPs/USMs enviarán las incidencias por email, el equipo administrativo lo imprimirá y el TAF la gestionará.

Resultados: En 2018 la media de pedidos al mes fue de 130,5, siendo 87,5(67,0%) EAPs-urbanos, 9(6,9%) EAPs-rurales y 34(26,1%) USMs. En marzo 2019, se han realizado 141 pedidos (101(71,6%) EAPs-urbanos, 5(3,6%) EAPs-rurales y 35(24,8%) USMs). La implantación del circuito de incidencias por email es muy reciente, no disponemos todavía de datos para analizar su evolución.

Conclusiones: Tras la implantación de las acciones de mejora en la dispensación de medicamentos a centros externos, se ha comprobado una disminución notable de las incidencias que se analizará en un futuro próximo.

COMUNICACIONES MESA 3

Aula 2 (Planta 1ª)

Moderadora: Aurora Calvo

Código	Título	Autor	Centro
C068/19	MIDIENDO LA SATISFACCIÓN EN SERVICIOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL CON UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2015	Inmaculada Guerrero Fernández De Alba	Hospital Universitario Miguel Servet
C076/19	UNIFICACIÓN DE LA DOTACIÓN DE LOS CARROS DE PARADAS Y SALAS DE URGENCIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA	Alejandro Bierge Valero	Dirección De Atención Primaria Sectores Zaragoza 2 Y Zaragoza 3
C094/19	VALORACION DEL PROGRAMA DE AUDITORIAS DE LAS CENTRALES DE ESTERILIZACIÓN DEL SALUD.	Luis Alfonso Hijós Larraz	UCA-Servicios Centrales Salud
C099/19	DETECCIÓN, MANEJO, INFORMACIÓN CADENA DE SUPERVIVENCIA Y ESTRUCTURACIÓN DE CARRO DE PARADA EN CONSULTAS EXTERNAS HMI	María José Martínez Blasco	Hospital Universitario Miguel Servet
C0138/19	AMPLIANDO EL ANÁLISIS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD: MEJORA DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	Zoraida Soriano Gil	Hospital Universitario Miguel Servet
C0139/19	LOS SIAUS, ACCIONES DE MEJORA BASADAS EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE	Zoraida Soriano Gil	Hospital Universitario Miguel Servet
C0140/19	VALORACIÓN DEL ENTORNO EN LAS CENTRALES DE ESTERILIZACIÓN DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD (SALUD)	Luis Alfonso Hijós Larraz	UCA-Servicios Centrales Salud
C0153/19	ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL FUNCIONAMIENTO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	Alicia Del Cura Bilbao	Hospital Universitario Miguel Servet

C068/19: MIDIENDO LA SATISFACCIÓN EN SERVICIOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL CON UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2015.

Primer autor: *Inmaculada Guerrero Fernández de Alba*

Coautores: *Alicia del Cura Bilbao, María Luisa Trillo Martínez, Kevin Bliet Bueno*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Objetivo: La norma ISO 9001 considera la satisfacción del servicio un aspecto muy significativo. Su capítulo llamado “satisfacción del cliente” indica que “se debe realizar el seguimiento de las percepciones de los clientes del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas”. La norma ISO 9001 deja a disposición de la organización determinar los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar esta información. Desde la Unidad de Calidad Asistencial del Hospital Universitario Miguel Servet se ha diseñado una encuesta dirigida a los 24 servicios acreditados/certificados para medir la satisfacción de éstos en ISO 9001:2015.

Método: Se identificaron las personas responsables de calidad de cada servicio con la certificación ISO 9001:2015. Se diseñó una encuesta formada por 5 preguntas con escala Likert (Valoración mínima 1- Valoración máxima 5) y una cuestión de texto libre para comentarios y sugerencias. Se envió la encuesta a 24 servicios, con una tasa de respuesta del 50%. Posteriormente se analizaron los resultados con su posterior interpretación y propuesta de acciones.

Resultados: La valoración media de las cinco respuestas con escala Likert fue de 3,93. El aspecto con mayor puntuación (4,3) fue la implicación de la Unidad de Calidad en el cumplimiento de la Norma ISO; mientras que el de menor puntuación (3,5) fue el cumplimiento de los objetivos de este sistema de gestión de calidad (SGC). Se destaca como punto con margen de mejora la implicación y respuesta de la Dirección en las desviaciones detectadas en los servicios que trabajan este SGC.

Conclusiones: Un SGC se considera exitoso cuando satisface las necesidades y expectativas del servicio. El objetivo de obtener una encuesta de satisfacción de los servicios no es tanto la exposición de los datos, sino aportar valor con el análisis. Se pone de manifiesto que los servicios encuestados consideran que los objetivos de la Norma ISO 9001 no se alcanzan en su total medida, por lo que será necesario un esfuerzo mayor por parte de las partes implicadas para mejorar este aspecto.

C076/19: UNIFICACIÓN DE LA DOTACIÓN DE LOS CARROS DE PARADAS Y SALAS DE URGENCIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Primer autor: *Alejandro Bierge Valero*

Coautores: *Elena Laín Miranda, Diana Serrano Peris*

Centro: *Dirección de Atención primaria Sectores Zaragoza 2 y Zaragoza 3*

Resumen:

Objetivo

Mejorar la calidad y aumentar la seguridad del paciente en la atención urgente en Atención Primaria (AP).

Método: En 2018 se realizó una revisión del material y de la organización de las salas de urgencias y de los carros de paradas en los Centros de Salud de los Sectores Zaragoza 2 y Zaragoza 3.

Se realizó una revisión bibliográfica sobre el tratamiento de las patologías urgentes más graves y más prevalentes en AP, para dotar a los Centros de Salud de material y de fármacos necesarios para su asistencia.

Se ofertaron dentro del plan de formación de las Direcciones de AP de estos Sectores los cursos “Soporte Vital Básico instrumentalizado” y “gestión del carro de paradas”. La finalidad de estas acciones formativas era realizar una actualización de habilidades en patología urgente y equipar la sala de urgencias y el carro de paradas con fármacos y material adecuado, prescindiendo de lo innecesario.

Resultados: Tras la revisión de sala de urgencias se comprobó disparidad entre la dotación existente en los carros de paradas tanto de material como de fármacos en los diferentes Centros de Salud.

Se realizaron 15 cursos de SVB y 2 sobre el carro de paradas, recibiendo formación 204 profesionales.

Conclusiones:

- La movilidad de los profesionales sanitarios de AP que atiende la urgencia, junto con la disparidad detectada en la organización de las salas de urgencias, supone un riesgo para mantener la calidad de la asistencia urgente y, por tanto, para la seguridad del paciente.
- Consideramos necesario unificar los contenidos del carro de paradas y de la sala de urgencias.
- Sería recomendable una estrategia autonómica para garantizar un adecuado mantenimiento de habilidades, contemplando financiación, periodicidad, dotación de material, ...

Lecciones aprendidas: La formación mejora la confianza de los profesionales en su capacidad para resolver situaciones urgentes y mejora la calidad de la asistencia.

La uniformidad en la dotación de las salas de urgencias y de los carros de paradas, disminuye los riesgos para el paciente, ya que los profesionales disponen de los mismos medios en todos los Centros de Salud.

El petitorio de fármacos y material que se ofrece a los Centros de Salud, debe ser igual en todos los Sectores sanitarios. La unificación del petitorio facilita la labor del profesional que hace el pedido a Dirección y favorece que la dotación de todos los Centros de Salud sea uniforme.

Hemos detectado la necesidad de establecer en los centros de salud un circuito para organizar la asistencia urgente.

C085/19: LA CERTIFICACION ISO 9001 COMO HERRAMIENTA PARA LA MEJORA DEL PROCESO FORMATIVO DE POSTGRADO

Primer autor: *Víctor Manuel Solano Bernad*

Coautores: *Ana Barcelona Trívez, Alicia del Cura Bilbao, María Mercedes Domínguez Cajal, Elena Duaso Longás, María Luisa Justa Roldan, Leticia de la Cueva Barrao, Antonia Pilar Soriano Guillén*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen

En la actualidad, los sistemas de gestión de la calidad (SGC) han evolucionado desde el mero control de la calidad a la gestión total, aplicándose en todos los ámbitos de un sistema sanitario. En el Hospital Universitario Miguel Servet hay vigente un SGC a través de la Certificación ISO 9001:2015, aplicado en 22 Servicios/Unidades. Nuestro objetivo es describir y evaluar su aplicación en el proceso formativo de posgrado (Comisión de Docencia Hospitalaria), certificado desde el año 2012.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo y descriptivo. Se han revisado los indicadores del cuadro de mandos establecido en el SGC (estratégicos, operativos de planificación, operativos de formación, operativos de evaluación y de apoyo) para el período 2012-2018. Se ha revisado la evolución de los indicadores incluidos en la encuesta de satisfacción anual que completan los residentes según modelo de la Dirección General de Asistencia Sanitaria para el período 2014-2018.

Resultados: Todos los indicadores del cuadro de mandos se sitúan por encima del estándar establecido con una tendencia positiva a lo largo del período de estudio. Destaca el cumplimiento en la existencia de protocolo de supervisión, itinerario guía actualizado y planes individuales de formación para cada residente. La disponibilidad de tiempo de los tutores y la implicación de los residentes y las Unidades Docentes en la investigación han mejorado, pero sin llegar a niveles satisfactorios. Respecto a la encuesta comparado el inicio (2014) y el último año (2018) se ha mejorado sustancialmente en la casi totalidad de los aspectos abordados, destacando el cumplimiento de las actividades de carácter teórico y práctico de su programa formativo así como la valoración de la actividad desarrollada por los tutores.

Conclusiones: La aplicación de un SGC basado en la certificación ISO 9001 nos ha permitido garantizar que todos los residentes de nuestro hospital adecuan su proceso formativo a los requerimientos del Ministerio, sin existir diferencias entre todas las Unidades Docentes adscritas a la Comisión de Docencia. Además, el grado de satisfacción es óptimo en la mayor parte de los aspectos incluidos en la encuesta de satisfacción. No obstante, este tipo de certificación no nos garantiza realmente el resultado del proceso, siendo necesario planificar en un futuro próximo otro tipo de herramientas para evaluarlo.

C094/19: VALORACION DEL PROGRAMA DE AUDITORIAS DE LAS CENTRALES DE ESTERILIZACIÓN DEL SALUD.

Primer autor: *Luis Alfonso Hijós Larraz*

Coautores: *Esperanza Clemente Sala, Carmen González Vaquero, M^a Pilar Medina Cerezal, Yolanda Tejero Bueno, Sofía Mora Alins, M^a Pilar Hospital Ara, Antonio Casado Hernández*

Centro: *UCA-Servicios centrales SALUD*

Resumen:

Siguiendo la norma ISO 19011:2018 sobre Directrices para la auditoria de un sistema de gestión donde se incluyen los principios de auditoría, gestión de un programa de auditorías y la orientación hacia la evaluación del proceso de auditoría (punto 5.7 Revisión y mejora del programa de auditoría, se ha llevado a cabo una valoración de las auditorías internas de la ISO 9001-2015 realizadas en las centrales de esterilización del Servicio Aragonés de Salud (SALUD). Entre los aspectos que se deben considerar en dicho punto se encuentra la conformidad con los procesos de auditoría y la evaluación de las necesidades y expectativas de las partes interesadas pertinentes.

Objetivo: Revisar el programa de auditorías llevado a cabo en las centrales de esterilización del SALUD.

Metodología: Técnica nominal: Auditores jefes e interlocutores de las centrales de esterilización.
Procedimiento: Durante los talleres para la formación de auditores internos para las Centrales de esterilización de los Hospitales del SALUD y después de realizar una exposición de los hallazgos en las diferentes auditorias llevadas a cabo se procedió a identificar los puntos positivos y negativos en la aplicación del programa de auditorías.

Resultados: Se consideran fortalezas del sistema implantado de auditorías relacionados con la actitud como es la motivación e implicación del personal que participa en las auditorias, con la aptitud el curso de formación de auditores internos que se realiza anualmente, aspectos de contenido de la actividad como la exhaustividad del material de apoyo de la auditoria (*checklist*) y aspectos organizativos como la realización de auditoría entre centrales cercanas... sin olvidar el lado humano de incluyendo temas tales como la acogida en las centrales auditas, la comida...

Como debilidades se encuentran los aspectos organizativos como el poco tiempo de envío de la documentación para la realización de las auditorías con el tiempo muy justo, la falta de concordancia entre los puntos del plan de auditoría, el informe de auditoría y el *check list*, la realización de muestreo exhaustivo...

Conclusión/lecciones aprendidas: El sistema de gestión de las auditorías internas de las centrales de esterilización del SALUD supone una ocasión inmejorable para el aprendizaje especialmente en el caso de las centrales de características similares. Las oportunidades de mejora detectadas se encuentra establecer límite en la modificación de la documentación modificada (15 días) y el ajuste entre los puntos *checklist* y el plan de auditoría.

C099/19: DETECCIÓN, MANEJO, INFORMACIÓN CADENA DE SUPERVIVENCIA Y ESTRUCTURACIÓN DE CARRO DE PARADA EN CONSULTAS EXTERNAS HMI

Primer autor: *María José Martínez Blasco*

Coautores: *Nuria Gimeno Laguardia, Beatriz García Aja, Nuria Pérez Cano, Sara Muñio Lidon, Antonio Gaite Villagra, Carolina Corona Bellostas, Rebeca Soriano Granel*

Centro: *Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

Resumen:

Objetivos. Los objetivos que queremos llevar a cabo van a dirigidos tanto a población adulta como a población pediátrica susceptible de sufrir PCR.

- Dar a conocer circuito asistencial en caso de PCR en unidades y zonas comunes de HI
- Presentar PLAN DE ACTUACIÓN ANTE PCR EN EL HUMS
- Adquirir conocimientos teóricos en relación a RCP pediátrica, OVACE y DEA
- Gestión de carro de parada, contenido y organización
- Estrategias de optimización:
- Detección precoz de signos y síntomas de PCR
- Aplicación temprana de RCP BÁSICA y desfibrilación precoz si es necesario
- Inicio en pocos minutos de RCP AVANZADA

Método. Análisis problema con diagrama de Ishikawa

Existe una demanda explícita por profesionales del servicio en cuanto a la falta de conocimiento respecto situación del carro, y manejo de la PCR en nuestras zonas comunes e instalaciones.

Resultados. Se detecta en la unidad falta de criterio unificado sobre la organización del carro de parada, no existe un orden de revisión sistemática.

Tratándose de un medio hospitalario de atención programada especializada de paciente pediátrico el cual viene acompañado al menos por un adulto, atención programada especializada de mujer gestante y zona común de espera de resultados e intervenciones quirúrgicas, además de una zona de tránsito dentro del hospital, vimos la necesidad de que todo el personal tenga constancia de ubicación y conformación del carro de paradas. Además, dada la circunstancia formar a todo el personal en los posibles circuitos ante PCR y sintomatología acompañante para saber cómo actuar.

Conclusiones. Puesta en marcha de intervenciones tras el análisis y valoración de la situación.:

- Revisión sistematizada mensual de carro paradas por todos los enfermeros de la unidad junto a 2 TCAE para el conocimiento de todos los elementos y circuitos, mediante una rueda instaurada al azar.
- Información de cursos, talleres de RCP para todo el personal.
- Sesiones formativas en la Unidad de gestión de carro, y RCP BÁSICA.
- Circuito de manejo de DEA en caso de necesidad (no incluido en carro de parada).

Lecciones Aprendidas. La cadena de supervivencia es la secuencia de actuaciones encaminadas a disminuir la mortalidad en las situaciones de compromiso vital.

Existe evidencia en que el manejo temprano y adecuado de la respuesta asistencial ante PCR disminuyen la mortalidad y las secuelas post-PCR.

Realización personal y profesional del personal sanitario, aumentando la formación continua y la adquisición de competencias.

C138 /19: AMPLIANDO EL ANÁLISIS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD: MEJORA DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

Primer autor: *Zoraida Soriano Gil*

Coautores: *Ana Vecino Soler, María Luisa Trillo Martínez, Teresa Lorente Casáus, Juan Manuel García Soriano*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Objetivo: Modificar la sistemática de revisión del sistema por la dirección de modo que se asegure que es la alta dirección la que realiza la evaluación de la adecuación y la eficacia, aprueba cambios y compromete recursos.

Método: Se rediseña el proceso de manera que los servicios elaboren un informe de desempeño del ejercicio y realicen una propuesta de objetivos. Esta información se analiza por las direcciones y las subdirecciones con el fin de ajustar la información aportada y los objetivos propuestos, e incorporar sus propias conclusiones

Paralelamente, la UTIC elaborará un informe que ponga de manifiesto las situaciones relevantes transversales o cualquiera que afecte a varios servicios, y propone objetivos estratégicos en base a las líneas que le manifieste la gerencia. Los informes se trasladan al equipo de dirección y son presentados y debatidos en el seno de la comisión de dirección, que constituye la “alta dirección” requerida por la norma y es el órgano competente del sector. Las decisiones adoptadas, los cambios precisos en el sistema y los recursos asignados, son transmitidos a los servicios a través de las correspondientes subdirecciones.

Resultados: Se modifica el procedimiento y se lanza a los servicios para que elaboren los informes. La revisión debe realizarse antes de la auditoría externa, dejando unos plazos muy ajustados, por lo que la implantación de esta sistemática debe sufrir algunas modificaciones el primer año, consistentes en: La UTIC realiza el análisis de los informes de los servicios y los compila en una hoja de Excel, evaluando mediante un código de colores el cumplimiento/incumplimiento de los requisitos, para cada servicio, de manera que se facilite el análisis a la dirección. La UTIC se reúne con los servicios para profundizar en la información aportada y confirmar los puntos en los que hay que incidir. El informe, junto a las conclusiones de UTIC, y la propuesta de objetivos, se hace llegar al gerente, que analiza la información y expone sus comentarios y conclusiones. La UTIC hace llegar a los servicios las decisiones de la alta dirección y realiza el seguimiento necesario. La necesidad de modificar el protocolo diseñado, ha puesto de manifiesto varios problemas transversales, relacionados con la cadena de cliente interno que, hasta el momento, no habían sido detectados y que permiten definir líneas estratégicas para la mejora de la calidad del Hospital en su conjunto, por lo que consideramos aconsejable incorporar estos cambios al protocolo final.

C139 /19: LOS SIAUS, ACCIONES DE MEJORA BASADAS EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE

Primer autor: *Zoraida Soriano Gil*

Coautores: *Ana Vecino Soler, María Luisa Trillo Martínez, Teresa Lorente Casaus, Juan Manuel García Soriano*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

La cultura organizacional de los hospitales públicos está viviendo un cambio de mentalidad que se plasma, entre otros, en los servicios de información y atención al usuario que han pasado en unos años de ser oficinas de quejas de pacientes, en las que la reclamación constituía un elemento punitivo, a ser entidades que atienden al usuario, realizan gestión de los casos y vehiculizan la reclamación como instrumento de mejora de la calidad. En este contexto, la labor de los SIAU se centra en identificar aspectos de la calidad asistencial que los pacientes consideran fundamentales, determinar los factores que han originado la solicitud / reclamación, y detectar fallos que pueden repercutir sobre la calidad de la atención recibida, lo que permite el establecimiento de acciones correctivas que eviten su repetición.

Objetivos:

1. Diseñar un *procedimiento de gestión de acciones correctivas* procedentes de quejas y reclamaciones, con la participación de la Unidad de Transformación, innovación y Calidad (UTIC) y el SIAU.
2. Describir la sistemática establecida para *eliminar las causas de las reclamaciones*, para evitar su repetición.
3. Hacer *protagonistas activos a los pacientes y usuarios (informadores clave)* en la mejora de nuestros procesos y circuitos.

Metodología: Se diseña una sistemática de trabajo multidisciplinar SIAU/UTIC/servicios en la que se evalúan conjuntamente las reclamaciones susceptibles de emprender acciones correctivas, y se gestionen hasta su resolución, de manera que se asegura que todo el hospital, esté o no sometido al alcance de la certificación, gestiona las reclamaciones mediante la adopción de acciones correctivas. Además, esta sistemática permite la identificación de situaciones repetidas en varios servicios y, por lo tanto, un abordaje único.

Resultados: Se diseña la sistemática y una herramienta que incluye es una sencilla guía metodológica en seis fases para poder transformar el feedback de pacientes (recogido en encuestas, monitorización de opinión online, focus groups, etc.) en acciones de mejora concretas. A lo largo de dos meses se han identificado cuatro reclamaciones que respondían a Quejas repetidas o de gravedad suficiente para aconsejar la adopción de acciones, relativas a defectos en la trazabilidad o a defectos en la seguridad del paciente, que han podido ser abordadas mediante esta metodología y que están en proceso de resolución.

C140 /19: VALORACIÓN DEL ENTORNO EN LAS CENTRALES DE ESTERILIZACIÓN DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD (SALUD)

Primer autor: *Luis Alfonso Hijós Larraz*

Coautores:

Laura Sallán Díaz, Eva M Cardeñosa López, Mercedes Coronas Gómez, Cruz Pascual García, Ana I. Ballano de Miguel, M Pilar Berdejo García., Orosia Campo Divi

Centro: *Unidad calidad SALUD*

Resumen: Desde el año 2000 las centrales de esterilización de los Hospitales del Servicio Aragonés de Salud (SALUD) tienen certificado su sistema de gestión de calidad según la Norma UNE EN ISO 9001-2008. El cambio de la versión 2008 a la versión 2015 de dicha norma ha conllevado, entre otras cosas, la definición del contexto de las centrales de esterilización. Por lo que se hace necesario determinar las cuestiones internas y externas que pueden o podrían tener impacto en las actividades que afectan a la capacidad de las centrales de esterilización para la esterilizar el material fungible.

Objetivo: Determinar los factores internos y externos que afectan, o pueden afectar, de forma negativa o positiva al proceso de esterilización.

Metodología:

- Técnica Grupo Nominal: representantes de las centrales de esterilización.
- Identificación de las partes interesadas.
- Realización de un DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas, Oportunidades).

Resultados: Se han identificado como partes interesadas desde los proveedores de material quirúrgico hasta los destinatarios del producto esterilizado (bloque quirúrgico, plantas de hospitalización...) pasando por los servicios que prestan apoyo (p.e. Mantenimiento) o dirigen la estrategia (dirección) sin olvidar al paciente como cliente final.

Entre los factores internos se han detectado debilidades relacionadas con las dificultades en la gestión de recursos humanos (capacitación del personal y formación continuada) y Fortalezas (el producto de la central es imprescindible para la actividad quirúrgica).

Entre los factores externos se han identificado Amenazas (Rotación del personal, demoras en mantenimientos correctivos...) y Oportunidades (referente de esterilización en cada sector).

Conclusión: La información obtenida del análisis realizado debe servir para plantear la estrategia a seguir en las centrales de esterilización del SALUD. Así, se han identificado las oportunidades que a través del uso adecuado de las fortalezas indicadas deben hacer "visible" el trabajo llevado a cabo por las centrales de esterilización, haciendo que sean referentes hacia el resto de los servicios del hospital en cuanto a la gestión del producto no fungible en limpieza y esterilización.

C153/19: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL FUNCIONAMIENTO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Primer autor: *Alicia del Cura Bilbao*

Coautores: *Inmaculada Guerrero Fernández de Alba, María Luisa Trillo Martínez, Víctor Manuel Solano Bernad, Kevin Bliet Bueno*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen: Actualmente, los sistemas de gestión de la calidad (SGC) desarrollan la gestión total, que aplica la mejora continua que ofrece el ciclo PDCA -planificar, hacer, verificar y actuar-. En el Hospital Universitario Miguel Servet hay vigente un SGC a través de la Certificación ISO, que sigue los requisitos de la normativa internacional, está adaptado a la normativa europea y alineado con la política de calidad de Aragón1.

Objetivo: Identificar las fortalezas, desviaciones y áreas de mejora registradas en los informes de auditoría, y evaluar en qué grado se resuelven las desviaciones y se abordan las oportunidades de mejora entre dos ciclos de auditoría.

Método: Se han analizado los informes de auditoría -interna y externa- y las revisiones por la dirección de los últimos dos años. Se han identificado las fortalezas, desviaciones y áreas de mejora más frecuentes, clasificándose por áreas temáticas. Se ha verificado si las desviaciones establecidas en las auditorías en un año, se reflejaban en acciones correctivas durante el siguiente; y si las áreas de mejora identificadas en un año, fueron abordadas al siguiente.

Resultados: Se han clasificado los servicios/unidades según su actividad, habiendo 13 servicios centrales y 8 clínicos. Las principales fortalezas se han detectado en las áreas de definición y desempeño de procesos, planificación y seguimiento de objetivos, gestión de no conformidades e incidencias, y adecuación de la documentación. Las desviaciones aparecen con mayor frecuencia en las áreas de comprensión del contexto de la organización, gestión de riesgos, recursos, adecuación de la documentación, definición y desempeño de procesos, planificación y seguimiento de objetivos, y gestión de no conformidades e incidencias. Estas desviaciones son tratadas con acciones correctivas, y en varias ocasiones pasan a ser fortalezas de un año para otro. Destacan como áreas de mejora, la definición y desempeño de procesos, planificación y seguimiento de objetivos, liderazgo, recursos humanos, y adecuación de la documentación; siendo en torno a la mitad, abordadas entre dos ciclos de auditoría.

Conclusiones: Las fortalezas, desviaciones y áreas de mejora más frecuentes son comunes a servicios clínicos y centrales. Se constata que el SGC redunda en la mejora continua; no obstante, se hace necesario incidir en los ámbitos identificados, reflexionar sobre el esfuerzo realizado por los servicios/unidades en el mantenimiento del SGC, y si este sistema se traduce en mejores resultados en la atención a pacientes.

COMUNICACIONES MESA 4

Aula 3 (Planta 1ª)

Moderadora: Pilar Cascán

Código	Título	Autor	Centro
C0124/19	EVALUACIÓN DEL REGISTRO DE VISADO DE TIRAS REACTIVAS DE GLUCEMIA Y SU IMPACTO EN EL CONSUMO Y EL GASTO EAP CALATAYUD SUR	Wafa Ben Cheikh El Aayuni	Dirección de Atención Primaria Sector Calatayud
C0126/19	PROYECTO KANBAN: GESTIÓN AUTOMATIZADA DE ALMACENES DE MATERIAL SANITARIO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	Mª Teresa Villar Arnal	Hospital Universitario Miguel Servet
C0143/19	ANÁLISIS DE TIEMPOS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS DE ARAGÓN. TIEMPO ASISTENCIAL Y ESTRUCTURAL	Alicia Del Cura Bilbao	Gestión Integrada de Proyectos Corporativos. Servicio Aragonés de Salud
C0159/19	EVOLUCIÓN DE USO EN RECETA INTEROPERABLE EN ARAGÓN	María Ángeles Giménez Febrer	Centro De Gestión Integrada De Proyectos Corporativos
C0181/19	REVISIÓN DE LOS DESABASTECIMIENTOS DE FÁRMACOS Y ELABORACIÓN DE UN ALGORITMO DE ACTUACIÓN	Pilar Olier Martínez	Hospital Universitario Miguel Servet
C0211/19	IMPACTO ECONOMÍCO DE LA SELECCIÓN DE PALBOCICLIB Ó RIBOCICLIB COMO INHIBIDOR DE CICLINAS PREFERENTE EN ARAGÓN	Vicente Gimeno Ballester	Hospital Universitario Miguel Servet

C124 /19: EVALUACIÓN DEL REGISTRO DE VISADO DE TIRAS REACTIVAS DE GLUCEMIA Y SU IMPACTO EN EL CONSUMO Y EL GASTO EAP CALATAYUD SUR

Primer autor: *Wafa Ben Cheikh El Aayuni*

Coautores: *Ariadna De Lucas Barquero, María Asunción Alonso Benedí, María Carmen Solans Piqueras, Margarita Bueno Pascual José Codes Gómez*

Centro: *Dap Calatayud*

Resumen:

Objetivos: A finales de 2014, en el Sector de Calatayud, se elabora un protocolo para mejorar el cumplimiento de las recomendaciones del Servicio Aragonés de Salud sobre autoanálisis de glucemia capilar. El protocolo incluye la implantación de un visado para la dispensación de las tiras reactivas de glucemia capilar (TRG) que se valida por parte de la farmacéutica de A.P. Nuestro objetivo es evaluar el registro de visado y su impacto en el consumo y gasto de las mismas en el EAP Calatayud Sur.

Metodología: En primer paso, para la evaluación de los registros de visados entre el 4 de noviembre de 2014 y el 15 de mayo de 2019, se establecieron 6 criterios de calidad relativos al cumplimiento de los criterios de prescripción, consistiendo en la indicación del código o número de TRG, de la fecha de prescripción, del tipo de diabetes, del tratamiento actual, de la situación clínica del paciente (estable o inestable) y de la duración de la prescripción. La evaluación consiste en la evaluación del cumplimiento de estos criterios. En segundo paso se realizó una evaluación del impacto de la implantación del visado analizando el consumo y gasto por TRG por año antes y post visado entre 2014 y 2018.

Resultados: Se analizó en total 356 registros o solicitudes, 242 pacientes en total; respecto al tipo de diabetes, 23 pacientes sin registro (6.74%); respecto al grado de estabilidad, 14 sin registro (3.9%); 294 solicitudes fueron aceptadas (82.6%), 46 solicitudes fueron rechazadas (2.9%) y 16 sin registro (4.5%): las solicitudes rechazadas no fueron aceptadas por los siguientes motivos: 34 solicitudes por codificación errónea (73.9%), 8 solicitudes por tratamiento incorrecto (17.4%), 1 solicitud por tipo de diabetes (2.2%) y 3 por otros motivos (6.5%). El porcentaje de rechazo de las solicitudes pasa del 16% al 11% en 2018 y al 2% hasta mayo 2019, marcando una tendencia a la baja. En cuanto al consumo de TRG, la tasa interanual ha sido negativa en toda la serie a la excepción del año 2017 (suspensión de emisión de visados) oscilando entre -14,9 en 2016 y -39,3 en 2018 en el consumo de TRG, y entre -62,4 en 2016 y -39,3 en 2018 en el gasto de TRG.

Conclusiones: La implantación del formato de prescripción de TRG y la instauración de un visado para su ha mejorado el cumplimiento de los criterios de prescripción y una disminución en el consumo y gasto de TRG.

Lecciones Aprendidas: La evaluación positiva de la implantación del protocolo junto al visado es un motivo fuerte por implementarlo en el resto de los equipos del sector

C126 /19: PROYECTO KANBAN: GESTIÓN AUTOMATIZADA DE ALMACENES DE MATERIAL SANITARIO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Primer autor: *M^a Teresa Villar Arnal*

Coautores: *Teresa Antoñanzas Lombarte Fernando Navarro Gonzalo Eva Ballestín Liarte José Manuel Aldamiz-Echevarría Iraurqui*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Dentro del Plan de Logística integral del SALUD para los años 2018-2019 se incluyó la implantación del Sistema Kanban de Gestión automatizada de almacenes de material fungible para desarrollar en los Centros Sanitarios de Aragón, como parte del proyecto centralizado de distribución de la Plataforma Logística de PLAZA.

Objetivos: Simplificar las tareas administrativas asociadas al suministro de materiales con un mayor control de los movimientos imputables.

Método: El sistema se basa en la gestión visual del stock de material ubicado en estanterías modulares y de tipo rejilla, distribuido en cajones que se identifican mediante unas tarjetas de radiofrecuencia que al consumirse el material se depositan en un buzón electrónico que lee las tarjetas y efectúa la solicitud de compra de manera automática. La consecución del mismo ha sido posible gracias a la coordinación multidisciplinar con la empresa Servicio Móvil (SM) adjudicataria del proyecto, de varios agentes en el HUMS: Gerencia y Dirección de Enfermería, Logística del SALUD, Ingeniería y Mantenimiento y las Supervisoras de las Unidades designadas. De los 94 buzones Kanban del proyecto global se asignaron 28 al HUMS, con las siguientes fases de implantación: 1ª fase: priorizar las Unidades candidatas siguiendo criterios de volumen y variedad de los materiales consumidos y alta rotación de los mismos. 2ª fase: localizar los almacenes en las Unidades seleccionadas, verificar su idoneidad (espacio suficiente, toma de corriente y toma de red) y adecuarlos. 3ª fase: definir el catálogo y volumetría de artículos para cada almacén, basado en consumos medios mensuales, realizando pactos de stock y tipo de gestión de reposición, con las supervisoras. 4ª fase: montaje de la estructura del almacén, buzón, tarjetas, validación final y formación del personal.

Resultados: En el HUMS, el proyecto se inició en septiembre de 2018 hasta julio de 2019. Actualmente hay 18 Kanban funcionando y 10 en fase de implantación. Con el 65% de consecución del proyecto se ha conseguido una optimización del espacio disponible en los almacenes intermedios de las Unidades, con una reducción de stocks y caducidades del material.

Conclusiones: Automatizar las tareas administrativas para la reposición de material fungible de consumo semanal, ha supuesto para las supervisoras responsables poder destinar más tiempo a gestionar otros recursos directamente relacionados con la calidad y seguridad del paciente.

C143 /19: ANÁLISIS DE TIEMPOS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS DE ARAGÓN. TIEMPO ASISTENCIAL Y ESTRUCTURAL

Primer autor: *Alicia Del Cura Bilbao*

Coautores: *Héctor López Mendoza, María Dolores Zapatero González, Rafael Marrón Tundidor, Antonio Misiego Peral, Noelia Sánchez Pérez, Alfredo Calvo Naval Moral, Javier Marzo Arana*

Centro: *Gestión Integrada de proyectos Corporativos. Servicio Aragonés de Salud*

Resumen:

Objetivos:

- Analizar la variabilidad del Tiempo Asistencial (TA) y Tiempo Estructural (TE) en función de hospital y mes. - Analizar estos tiempos en el subgrupo de pacientes que ingresan.

Método: Se ha estudiado el TOTAL de las atenciones realizadas en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) de Aragón en 2018 (600.512). Los tiempos del proceso se han agrupado en dos tramos: Tiempo asistencial (TA), desde la llegada al SUH hasta la decisión clínica (alta o ingreso) y el Tiempo Estructural (TE), desde la decisión clínica hasta el abandono físico del SUH. El análisis se ha realizado con el Data Ware House de Urgencias. Se han calculado los tiempos medios, por centro y mes. Realizando un análisis más exhaustivo en el grupo de pacientes a los que se les solicita INGRESO.

Resultados: De las 600.512 atenciones en los SUH en 2018, el TA ha obtenido una media de 3,27 h y el TE de 0,87 h. Ambos se mantienen estables con pequeñas variaciones estacionales. Cuando la población analizada es la de pacientes que requieren INGRESO, el TA es 5,33 h con pocas variaciones y el TE 4,82 h con variaciones relevantes en épocas epidémicas y con picos en verano en algunos hospitales.

Conclusiones: El análisis del TA y TE en el TOTAL de las atenciones objetiva que estos tiempos se mantienen estables, tanto a nivel estacional como por centro. Es en el análisis del grupo de pacientes que ingresan donde se observan las variaciones más relevantes, alargándose ambas medidas, el TA aumenta en 2,06 h con respecto al global, y el TE, 3,95 h. Estos datos revelan que los pacientes que requieren ingreso, por su complejidad y consumo de pruebas, su tiempo de decisión clínica es mayor, y que el TE está sujeto a variabilidad, siendo muy sensible a las dinámicas internas de funcionamiento del hospital, como la disminución en la oferta de camas funcionantes y los cambios poblacionales por desplazamiento.

Lecciones Aprendidas: La gestión de los tiempos es uno de los pilares de la gestión en los SUH. La agrupación de tramos propuesta en este trabajo, permite optimizar la gestión de los SUH, especialmente el grupo de pacientes que ingresan. Una de las causas fundamentales de la saturación de los SUH es el drenaje deficiente de estos pacientes. Tener herramientas que permitan monitorizar estos tiempos ayuda a la toma de decisiones y puesta en marcha de medidas para prevenir disfunciones. En 2015 el SALUD implementó un sistema de monitorización de tiempos, diario con dos cortes, que ha permitido monitorizar la situación de los SUH.

C159 /19: EVOLUCIÓN DE USO EN RECETA INTEROPERABLE EN ARAGÓN

Primer autor: *María Ángeles Giménez Febrer*

Coautores:

Andrea Pinilla Rello, Mónica Izuel Rami, Samuel Moñux Salvador, Cristina Trigo Vicente, Elena Macian Senz

Centro: *Centro de Gestión integrada de Proyectos Corporativos*

Resumen: La incorporación de Receta Electrónica en el Servicio Aragonés de Salud supuso un avance en la gestión de la historia farmacoterapéutica de los pacientes, pero su ámbito se centraba únicamente en la dispensación dentro de la propia comunidad autónoma (CA).

El sistema de Receta Interoperable se estableció por parte del Sistema Nacional de Salud (SNS) como una plataforma de intercambio de información entre los distintos sistemas de Receta Electrónica de cada CA.

En Aragón comenzó a utilizar este sistema en mayo de 2017, previamente se realizó una auditoría por parte del SNS y otras CA que cumplíamos el formato de información establecido para poder utilizar esta plataforma de intercambio.

Objetivo: Observar la evolución de usos de Receta Interoperable tanto en pacientes aragoneses que han obtenido sus recetas fuera de su comunidad como en pacientes de fuera de la comunidad que han obtenido sus recetas en Aragón.

Método: Se han obtenido el número de envases dispensados de pacientes aragoneses en el sistema de Receta Electrónica por parte de farmacias no aragonesas (modo Emisor) y o el número de envases dispensados a pacientes fuera de la comunidad (modo Receptor) diferenciando la comunidad autónoma origen y destino en ambos casos desde mayo de 2016 hasta XXXX de 2019.

Resultados En los años estudiados se observan dos picos en el número de dispensaciones coincidentes con los meses de verano.

En el caso del modo emisor se observa que Valencia es la comunidad que más ha dispensado a pacientes aragoneses en general. La incorporación de Cataluña al nodo de intercambio en el verano de 2018 provocó un auge de dispensaciones en esta comunidad llegando a alcanzar a Valencia. Castilla y León también tiene relevancia en la gráfica como segunda comunidad autónoma hasta la incorporación de Cataluña

En el caso modo receptor se observa que es otra vez Valencia la comunidad que más se ha dispensado en Aragón y, como en el otro caso, hasta la incorporación de Cataluña en el nodo.

Conclusiones el uso progresivo del sistema de receta interoperable se podría deducir una buena aceptación por parte de los pacientes. Se espera que la gráfica siga creciendo durante este verano y próximos años. En ambas extracciones se observa que las comunidades predominantes son aquellas que son colindantes a Aragón y, en especial, Cataluña.

En el futuro sería conveniente analizar si el uso del sistema de Receta Interoperable se ha traducido en reducción de la burocracia en las consultas médicas en concreto en el número de recetas papel.

C181/19: REVISIÓN DE LOS DESABASTECIMIENTOS DE FÁRMACOS Y ELABORACIÓN DE UN ALGORITMO DE ACTUACIÓN

Primer autor: *Pilar Olier Martínez*

Coautores: *Itziar Larrodé Leciñena, Andrea Pinilla Rello, Arantxa Magallón Martínez, Andrea Casajús Navasal, Olga Pereira Blanco, María Reyes Abad Sazatornil*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Objetivo: Consensuar un procedimiento de actuación farmacéutica ante los desabastecimientos de medicamentos en el servicio de farmacia hospitalaria para actuar de forma más rápida y coordinada ante este problema.

Material y Métodos: Se analizaron los desabastecimientos entre 2009 y 2018 a partir de un listado de desabastecimientos del servicio de farmacia de Aragón extraído de los listados publicados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Se utilizó el centro de información de medicamentos (CIMA) de la AEMPS para obtener el grupo ATC y el tipo de medicamento. Se comparó con el listado de medicamentos esenciales de la OMS. Se elaboró un algoritmo de actuación reuniendo a los diferentes profesionales implicados (equipo administrativo y farmacéuticos) para la actuación coordinada y uniforme ante la detección de desabastecimientos.

Resultados: Se registraron 1.064 especialidades correspondientes a 495 principios activos de los cuales, 147 incluidos en la lista de medicamentos esenciales de la OMS. 427 (40,1%) especialidades fueron genéricos. 712 (66,92%) eran especialidades de receta médica (17 estupefacientes) y 46 especialidades publicitarias (EFP). 55 fueron medicamentos de diagnóstico hospitalario y, 243 hospitalarios (7 estupefacientes). Se notificó el desabastecimiento de un biosimilar. 874 (82,1%) especialidades tenían una alternativa terapéutica con el mismo principio activo disponible, 56 especialidades requirieron el cambio por otro principio activo y, 146 fueron una laguna terapéutica. Respecto a los grupos ATC, el más afectado fue el N (sistema nervioso), seguido por J (antiinfecciosos) y C (cardiovascular). Se ha realizado un algoritmo para la gestión de desabastecimientos: notificación del desabastecimiento al servicio por cualquier vía consistente en: -- Registro y notificación, tanto a las áreas implicadas como al servicio de inspección de farmacia aragonés no está notificado en la AEMPS

- Valoración por parte del farmacéutico de la repercusión clínica y búsqueda de alternativas
- Información de la situación a los profesionales
- Seguimiento hasta el restablecimiento del suministro.

Conclusiones: Los desabastecimientos son un problema que se ha incrementado en los últimos años que afecta a principios activos de uso muy frecuente e impacta en la atención de los pacientes y dificulta el trabajo de los profesionales. Ante los problemas que originan, la mejora de su gestión se ha convertido en un objetivo prioritario para nuestro Servicio.

C211/19: IMPACTO ECONOMICO DE LA SELECCIÓN DE PALBOCICLIB Ó RIBOCICLIB COMO INHIBIDOR DE CICLINAS PREFERENTE EN ARAGÓN

Primer autor: *Vicente Gimeno Ballester*

Coautores: *Cristina Trigo Vicente, María Pilar Aibar Abad, Ana Cristina Bandrés Liso, María Reyes Abad Sazatornil*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Objetivos: La incorporación de los inhibidores de las quinasas dependientes de ciclinas en el tratamiento del cáncer de mama ha aportado un beneficio claro, en pacientes con cáncer de mama metastásico. No obstante, ha supuesto un impacto presupuestario importante para el SALUD. Ambos fármacos se comercializaron con el mismo precio de adquisición. Sin embargo, estuvieron sujetos a techos de gasto distintos, al presentar diferencias en cuanto a indicación. El objetivo de este trabajo fue evaluar el impacto presupuestario de la incorporación de palbociclib y/o ribociclib en Aragón.

Método: Se analizaron ambos techos de gasto, en el momento de la evaluación del medicamento y se realizó una estimación del número mensual de candidatos al tratamiento. Con esta información se construyeron varios escenarios. El primero (escenario 1) analizó solamente la adquisición de palbociclib para todas las pacientes. El segundo (escenario 2) consideró la adquisición de ribociclib para pacientes en segunda línea y de palbociclib en primera línea. Posteriormente, se analizaron otros escenarios con distintos porcentajes de cuota de mercado para ambos fármacos y se seleccionó la opción más eficiente, que fue implantada. Asimismo, una vez alcanzado el techo de gasto el segundo año se calculó el ahorro real en función de los pacientes tratados

Resultados: Teniendo en cuenta solamente los costes de adquisición, sin techo de gasto, se estimó un impacto presupuestario de 7.602.884 € para el tratamiento aproximado de 168 pacientes. En el escenario 1, se estimó un impacto presupuestario de 2.556.799 € y en el escenario 2 un impacto de 3.410.129 €. En base a estos resultados se decidió priorizar la adquisición de palbociclib. En el análisis realizado en el mes 7 del segundo año, se pudo observar que el número total de pacientes en tratamiento fue superior al estimado 189 vs. 168. Durante el primer año las estimaciones coincidieron con los datos reales, fijando en ambos casos el techo de gasto en el mes nueve. En cambio, en el segundo año se estimó que el techo de gasto se alcanzaría en el mes cuatro y se alcanzó en el mes seis. Este análisis ha permitido ahorrar como mínimo de 853.330 € al SALUD, en comparación con la priorización de ribociclib. Si tenemos en cuenta los costes, sin aplicar el techo de gasto, el ahorro asciende a 3.837.844 €.

Conclusiones: La realización del estudio fármaco-económico y la priorización de un fármaco ha permitido minimizar el impacto presupuestario de estas nuevas terapias.

COMUNICACIONES MESA 5

Aula 4 (Planta 1ª)

Moderadora: Elana Lain

Código	Título	Autor	Centro
C013/19	SITUACIÓN INMUNOVIROLÓGICA DE LOS PACIENTES CON VIH DIAGNOSTICADOS EN EL AÑO 2018 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	José Miguel García Bruñén	Hospital Universitario Miguel Servet
C020/19	ACTUACIÓN EN QUIRÓFANO ANTE UN PACIENTE CON UNA ENFERMEDAD INFECCIOSA	Beatriz Barrera Soriano	Hospital Obispo Polanco
C057/19	PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN LA SALA DE DESPERTAR ANTE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES	Maite Muñoz Abad	Hospital Royo Villanova
C083/19	EVOLUCIÓN RESISTENCIA ANTIBIÓTICA DE E. COLI EN UROCULTIVOS DEL MEDIO HOSPITALARIO Y COMUNITARIO DEL SECTOR DE HUESCA.	Ana I Betrán Escartín	Hospital General San Jorge
C087/19	INDICACIÓN DEL TEST RÁPIDO DEL ESTREPTOCOCCO EN BASE A CRITERIOS CLÍNICOS	Silvia Navarro Rero	Centro De Salud Delicias Sur
C0109/19	PROPUESTA DE MEJORA DEL USO DE ANTIBIÓTICOS PARA MÉDICOS DE ATENCIÓN CONTINUADA DESDE PROA – AP SECTOR III	Mª Pilar Gabás Ballarín	Centro De Salud Delicias Sur
C0121/19	REVISIÓN DE LA CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN DE AZITROMICINA EN ATENCIÓN PRIMARIA	Pilar Gabás Ballarín	Centro De Salud Delicias Sur
C309/19	ELABORACIÓN DE RECOMENDACIONES DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS FRECUENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA POR GRUPO PROA-AP ZII	Mª Belén Pina Gadea	Dirección De Atención Primaria Sector Zaragoza II

CO13/19: SITUACIÓN INMUNOVIROLÓGICA DE LOS PACIENTES CON VIH DIAGNOSTICADOS EN EL AÑO 2018 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Primer autor: *José Miguel García Bruñén*

Coautores: *Rosa Martínez Álvarez, Lourdes Roc Alfaro, Antonio Rezusta López, Gonzalo Acebes Repiso, Laura Letona Giménez, Uxua Asín Samper, Piedad Arazo Garcés*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Objetivos

Principal: Valorar el estado inmunológico y virológico de los pacientes diagnosticados de VIH en el año 2018 en un hospital de referencia.

Secundarios: Tiempo desde el diagnóstico a la indicación del TAR en una consulta estándar (CE) vs consulta de alta resolución (CAR).

Material Y Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo. Desde el servicio de Farmacia se han recogido todos los pacientes (n=110) que por primera vez se les dispensa TAR en el 2018.

De los 50 pacientes naive se valoraron los siguientes parámetros: Características epidemiológicas, Motivo de diagnóstico, Quién diagnostica la infección, CD4 y CV: basal, a las 4-8 semanas, 12-14 semanas y/o última visita.

En el ítem “tiempo desde el diagnóstico hasta la indicación del TAR” se valoran dos grupos: Pacientes atendidos en CE (15 pacientes) vs CAR (25 pacientes), siendo excluidos aquellos que recibieron TAR durante el ingreso.

Resultados: El 76% de los pacientes naive fueron hombres, con una edad media de 39,8 años. El principal motivo de diagnóstico fue una relación de riesgo, seguido por síntomas clínicos, ser un paciente inmigrante y presentar un proceso oportunista.

Por otra parte, la mayoría de los pacientes son diagnosticados por Atención Primaria o por OMSIDA (ONG de nuestra ciudad que realiza el test rápido), siendo estas entidades las responsables de más del 75% de los diagnósticos (38% respectivamente), siendo el 24% durante la hospitalización. Además, cabe destacar los datos obtenidos por la consulta de Alta Resolución, permitiendo un acceso precoz al TAR (14 días). Un dato a destacar son los valores basales de carga viral, con cifras muy altas (>1,000,000 c/ml). Sin embargo, a las 12-14 semanas del inicio del TAR, el descenso es muy significativo. Por último, la evolución de los linfocitos CD4 presenta una evolución favorable desde el inicio del TAR, con una cifra media final de 1370.

Conclusiones y Discusión: En nuestro sector el perfil del paciente con VIH diagnosticado en el año 2018 es: Varón, de edad media, solicita el estudio Atención Primaria, una ONG o se realiza en hospitalización por una infección oportunista, presenta una elevada carga viral, y hay dos terceras partes con diagnóstico tardío.

La creación de una consulta de Alta Resolución permite acceder de forma más precoz al TAR con beneficio individual y de salud pública.

C020/19: ACTUACIÓN EN QUIRÓFANO ANTE UN PACIENTE CON UNA ENFERMEDAD INFECCIOSA

Primer autor: *Beatriz Barrera Soriano*

Coautores: *Susana Rosa Moraleda, Emerenciana Velázquez Pinazo, María Durán Pérez, María Jesús Escanero Solanas, Marta Esteban Panero, Araceli Martínez Ramos, Concha Garcés Domingo*

Centro: *Hospital Obispo Polanco*

Resumen:

Cuando es intervenido un paciente infeccioso en quirófano las medidas que tenemos que adoptar antes, durante y después de ser atendido son vitales para evitar propagar infecciones en un servicio en el que debemos vigilar la asepsia de forma especial. El número de pacientes infecciosos que son intervenidos en el servicio de quirófano no es muy alto, por eso hay que vigilar que cuando surge un caso todo el personal sepa las medidas a adoptar en cada tipo de infección.

Material y Métodos: Informar a todo profesional en contacto con un paciente infeccioso del tipo de infección que padece. Preparar de forma adecuada el quirófano para recibir al paciente según el tipo de infección que tenga (contacto, respiratorio...) Correcta utilización por parte de los profesionales de los equipos de protección individual (E.P.I.) Traslado y acogida en URPA, con las medidas adecuadas de seguridad para el personal sanitario y resto de pacientes que se encuentren en ella. Eliminación de forma adecuada de residuos que hayan estado en contacto con el paciente infectado. Limpieza y desinfección de material quirúrgico de forma segura para su posterior esterilización. Limpieza correcta del quirófano para prevenir la propagación de infecciones.

Resultados: Realización de sesiones formativas para profesionales del servicio quirúrgico para saber actuar de forma correcta ante cada caso. Elaboración de un cartel recordatorio para poder acudir a él en caso de duda con: tipos de infección, E.P.I a usar en cada caso, forma de limpieza de material y superficies según el tipo de infección.

Conclusiones: La infección nosocomial es un problema importante al que se enfrentan los hospitales, reducir su incidencia es una tarea de todos los profesionales sanitarios. La información, adecuada actuación con un paciente infeccioso, con residuos y material infectado es de vital importancia para el control de propagación de enfermedades. La elaboración de un cartel informativo en el bloque quirúrgico para poder consultar en caso de duda, ha facilitado el trabajo ya que elimina dudas a la hora de realizar las diferentes actuaciones a personal de limpieza, celadores, TCAEs, enfermeras y personal médico.

C057/19: PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN LA SALA DE DESPERTAR ANTE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES

Primer autor: *Maite Muñoz Abad*

Coautores: *Cristina Usón Álvarez, M^ª Mercedes Dieste González, M^ª Ángeles Gimeno Gimeno, Elena M^ª Lozano Sánchez*

Centro: *Hospital Royo Villanova*

Resumen:

Objetivo: Evitar contagios a los pacientes ingresados en la Unidad.

Método: Verificar que se cumplen todas las medidas de protección indicadas en el protocolo de aislamiento del hospital. Al ser una unidad abierta y compartida por varios pacientes quirúrgicos es necesario extremar al máximo todas las precauciones para minimizar el riesgo de infección quirúrgica. Registraremos los siguientes apartados:

- Ubicación del paciente en el box de infecciosos. Este espacio está aislado del resto de la sala por medio de barreras físicas.
- Debe entrar en la sala solamente el personal necesario e imprescindible para minimizar el riesgo de propagación.
- Fuera del box se colocarán batas, guantes y mascarillas para el personal que acceda al mismo.
- Lavado de manos con producto de base alcohólica inmediatamente después de la retirada del equipo de protección.
- Acceso al box con: batas desechables, guantes, y mascarilla.
- Colocar cubo y bolsa a la salida del box para el desecho de las protecciones. Dentro del box, y al lado de la salida se coloca bolsa verde para el desecho de las protecciones y producto de base alcohólica para la inmediata higiene de manos.
- Todas las protecciones son residuo tipo 2. Se desecharán en bolsa verde atada.
- Al alta del paciente de la unidad: Colocar una sábana limpia por encima para su traslado y sobre ésta, la historia clínica.
- Realizar una limpieza y desinfección del equipamiento del box. El personal de limpieza, para este cometido se colocará bata, guantes que desechará al terminar.
- Colocar la ropa en triple bolsa según protocolo, de interior a exterior: hidrosoluble, amarilla y rafia.

Resultados: Durante el estudio se verificaron un total de 12 pacientes quirúrgicos aislados, de los cuales, al final del procedimiento se consiguió que en todos los casos se aplicase correctamente el protocolo de protección de transmisión de infección.

Conclusiones

Aunque todo el personal conoce el protocolo y se intenta aplicarlo correctamente, suelen surgir dudas a la hora de llevarlo a cabo. En el proceso de verificación hemos tomado nota de las carencias a la hora de aplicar estas medidas para poder subsanarlas en el momento y trasladarlo a la revisión de dicho protocolo.

Lecciones aprendidas

Es de vital importancia seguir, de manera exhaustiva, las normas del protocolo de actuación ante pacientes quirúrgicos con gérmenes multirresistentes.

Si estas normas son imprescindibles en cualquier enfermo, todavía deben de extremarse más las precauciones en el Despertar, ya que nos encontramos.

C083/19: EVOLUCIÓN RESISTENCIA ANTIBIÓTICA DE E. COLI EN UROCULTIVOS DEL MEDIO HOSPITALARIO Y COMUNITARIO DEL SECTOR DE HUESCA.

Primer autor: Ana I. Betrán Escartín

Coautores: Berta María Pilar Vela Iglesia, Jorge Arribas García, M^a José Lavilla Fernández, Rosa Cored Nasarre, Luis Torres Sopena

Centro: Hospital San Jorge

Resumen:

Objetivos: Por un lado, investigar las infecciones del tracto urinario (ITU) en nuestro Sector para conocer el perfil y la evolución de la sensibilidad antibiótica y por otro, valorar si algunas de las pautas de tratamiento empírico comúnmente recomendadas, serían aplicables en nuestro entorno.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los urocultivos en los que se aisló E. coli de pacientes procedentes de Atención Primaria (AP) y Hospitalizada del Sector Sanitario de Huesca (2016-18). El urocultivo se realizó mediante siembra con asa cali-brada y el sistema MicroScan[®] de Beckman y el método de microdilución en placa permitieron la identificación bacteriana y la determinación de la sensibilidad frente a fosfomicina, nitrofurantoína, cefuroxima, cefepime, gentamicina, tobramicina, amoxicilina-clavulánico, trimetoprim-sulfametoxazol, piperacilina-tazobactam, ciprofloxacino y ampicilina. Se determinaron las proporciones de resistencias a los an-tibióticos indicados, con sus intervalos de confianza al 95% (SPSS 15.0).

Resultados: E. coli fue la bacteria más frecuentemente aislada, suponiendo el 50,3% del total de urocultivos positivos de AP y el 45,5% de los de Hospitalizada. Los máximos niveles de resistencia (superior al 20%) se encontraron en los antibióticos administrados vía oral y fre-cuentemente utilizados en infecciones urinarias no complica-das: trimetoprim-sulfametoxazol, ciprofloxacino y ampicilina.

Tobramicina presentó resistencia global del 22%. Gentamicina y cefepime mostraron buena actividad a nivel global. Amoxicilina-clavulánico mantuvo buena actividad a nivel comunitario pero el porcentaje de resistencia nosocomial fue cercano al 20%. Cefuroxima mostró sensibilidad del 88% a nivel comunitario; en cepas hospitalarias presentó mayores niveles de resistencia con incremento estadísticamente significativo en 2018. Fosfomicina, nitrofurantoína, piperacilina-tazobactam mantuvieron una excelente actividad a nivel extra e intrahospitalario con porcentajes de sensibilidad superiores al 95%.

Conclusiones: El tratamiento empírico inicial en nuestro sector podría ser fosfomicina, nitrofurantoína o cefalosporinas de segunda generación; estas últimas sólo a nivel comunitario. No se reco-mendaría como primera opción amoxicilina-clavulánico por su mayor frecuencia de reinfeccio-nes y porque globalmente su índice de resistencias es cercano al 18%. Tampoco trimetoprim-sulfametoxazol ni fluoroquinolonas serían pautas de primera elección por el elevado índice de resistencias que presentaron

C087 /19: INDICACIÓN DEL TEST RÁPIDO DEL ESTREPTOCOCO EN BASE A CRITERIOS CLÍNICOS

Primer autor: *Silvia Navarro Rero*

Coautores:

Pilar Gabás Ballarín, Nuria García Sánchez, Pilar Llorente Fauro, Alfonso Felipe Rubio, Carlota Canet Fajas, Laura Val Esco, M^a Jesús Martín

Centro: *Centro de Salud Delicias Sur*

Resumen:

Objetivo:

Con el PROA , se ha incrementado el uso del test rápido del estreptococo en las consultas de atención primaria. La mayoría de las faringoamigdalitis tanto en adultos como en niños son víricas. Queremos ver si la indicación del test es la adecuada en base a criterios clínicos de Centor y Mc Issac y si podemos mejorarla. Se ha programado una sesión con enfermería para mejorar la recogida de la muestra y un video que se incorporará al panel de mandos de PROA -AP de la Intranet del Área III.

Material y método: Revisamos los Streptotest realizados en consulta de AC de un centro de salud urbano durante el primer trimestre de 2019. Se realizan 57 test rápidos. Recogemos los siguientes datos por paciente: sexo, edad, criterios Centor, criterios McIssac, resultado del test, tratamiento prescrito, antibiótico prescrito, satisfacción del paciente al finalizar la consulta.

Resultados: El 70 % de los Streptotest se realizan a mujeres y un 64 % a pacientes entre 14 y 44 años. El 36,8% de todos los test resultó POSITIVO y por tanto el tratamiento prescrito fue antibiótico: Penicilina V en un 66.6%, Amoxicilina en un 14,3%, Amoxicilina-clavulánico en un 3.5% y Azitromicina en un 3.5% ya que eran casos de alergia a Betalactámicos. Se realizó Stretotest con Criterios Centor menor o igual a 2 en el 54,3 % y con Mc Isaac menor o igual a 3 en un 68%. Por debajo de 2 criterios Centor y 3 Mc Issac el porcentaje de valores positivos en el Streptotest es inferior al 20 /30 %. Con 3 criterios Centor y 4 Mc Isaac los valores positivos aumentan al 52,6 /54%. Con 4 criterios Centor y 5 Mc Isaac los valores positivos del Streptotest aumentan al 83%.

Conclusiones: Hasta el 90 % de las Faringoamigdalitis son de etiología vírica. Los criterios clínicos por si solos no son suficientes para asegurar una etiología bacteriana, pero si nos sirven para determinar si es necesario realizar un test rápido para confirmar la etiología bacteriana. Si existen criterios clínicos de baja probabilidad de etiología bacteriana, no es necesario realizar test de diagnóstico rápido, ya que hasta en un 80 % de los casos va a ser negativo. Debemos, por tanto, hacer un diagnóstico correcto, en caso de 3-4 criterios Centor /Mc Issac realizar test rápido y que este sea correctamente realizado para lo que es importante la formación e información tanto a profesionales como pacientes.

C109 /19: PROPUESTA DE MEJORA DEL USO DE ANTIBIÓTICOS PARA MÉDICOS DE ATENCIÓN CONTINUADA DESDE PROA – AP SECTOR III

Primer autor: *M^a Pilar Gabás Ballarín*

Coautores:

M^a Jesús Lallana Álvarez, Mercedes Aza Pascual Salcedo, Jramón Paño Pardo, Nuria García Sánchez, Silvia Navarro Rero, Aida Moreno Juste, Pilar Marcos Calvo

Centro: *Cs Delicias Sur*

Resumen:

Objetivos: Desde PROA – AP valoramos la necesidad de realizar actividades formativas para MAC en cuanto el uso adecuado de antibióticos por sus características especiales.

Material y métodos: Se remitió un cuestionario por correo electrónico a los 70 médicos de atención continuada que trabajan en nuestro sector en abril 2018. Las respuestas eran anónimas, garantizando la confidencialidad. El análisis de los datos se realizó con excel y en base a los resultados valoramos las actividades más adecuadas.

Resultados: Obtuvimos respuesta al 37,1% de las 70 encuestas enviadas. El 89,2% trabajan en un equipo rural y el 31% en equipos urbanos. Todos consideran que la cantidad de antibióticos que se prescribe en nuestro medio es excesiva y que se pueden hacer bastante (70%) por mejorar su utilización. Las mayores dificultades se dan en los centros rurales (46%). El 92% de los encuestados sabe en qué consiste la prescripción diferida de antibióticos y la usan. El 25% conoce el mapa de resistencias de nuestro ámbito y lo consulta. Un 31% consulta a menudo guías de tratamiento antimicrobiano, pero un 53,8% pocas veces. El 54% considera importante el acceso a guías desde el programa de consulta de AP. el 73% considera muy importante la formación sobre antibióticos. Consideran que disponer de un test de diagnóstico rápido, formación para profesionales e información dirigida a pacientes, serían herramientas útiles para un mejor uso de los antibióticos. **Actividades:** Se ha mejorado el panel de mandos de PROA-AP en la intranet de nuestro sector, donde se incluye todo tipo de información al respecto a disposición de los profesionales. El 17 de junio de 2019 se realiza curso de Mejora en el uso de antimicrobianos para MAC en el Centro de día Romareda, de 6 horas de duración, acreditado e impartido por miembros del grupo PROA- AP. Se realiza un tríptico resumen del capítulo de infecciones respiratorias de la guía autonómica. En colaboración con el Consejo de Salud del CS Delicias Sur, se realiza un tríptico de información para pacientes sobre el buen uso de los antibióticos y medidas para la prevención de infecciones.

Conclusiones: Los proyectos de mejora deben ser adecuados a las características de aquellos a los que van dirigidos y debemos conocer de antemano cuales son los puntos débiles para adecuar las actividades y desde PROA – AP queremos llegar a todos.

C121 /19: REVISIÓN DE LA CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN DE AZITROMICINA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Primer autor: *Pilar Gabás Ballarín*

Coautores:

Begoña Valle Salazar, Ciara Izquierdo Rodríguez, Noelia Lanau Bellosta, Pablo Coomonte Túnez, Aida Moreno Juste, M^a Jesús Lallana Álvarez, Mercedes Aza Pascual Salgado

Centro: *Centro de Salud Delicias Sur*

Resumen:

Objetivos: El consumo de macrólidos es uno de los indicadores de prescripción que se monitoriza en atención primaria y son el segundo grupo de antibióticos más prescritos. Queremos saber si la prescripción de Azitromicina, que es el 3^º más prescrito en atención primaria, se adapta a las guías terapéuticas autonómicas para los diferentes procesos.

Material Y Método: Obtenemos una muestra representativa con aleatorización del total de pacientes que han tomado azitromicina en CS Delicias Sur durante 2018, que son 1678. Obtenemos 157. Recogemos de cada uno de ellos los datos: número de identificación, diagnóstico, prescriptor (médico de familia o pediatra), indicación en la guía, alergia a betalactámicos, prescripción desde primaria o especializada, dispensación por oficina de farmacia o no y si ha sido prescripción diferida o no.

Resultados: El 90% de las prescripciones se realizan en medicina de familia, de los cuales el 70% son de médicos titulares. Menos del 1% son prescripciones que proceden de atención especializada. Un 8.2% de las recetas de azitromicina se realizan a pacientes con alergia a betalactámicos. La prescripción diferida en el 16% de los pacientes, de las cuales el 81% fueron en medicina de familia y el resto en pediatría. Los casos de prescripción diferida que no compraron la azitromicina en farmacia fueron un 11%. Las prescripciones que se ajustaban a las indicaciones de las guías de prescripción fueron 13, es decir, un 8.2%. Las indicaciones adecuadas según las guías corresponden a:

-Tos ferina: 4 (30.7%)-Faringoamigdalitis aguda en alérgicos a penicilina: 5 (38.5%)-Uretritis gonocócica: 1 (7.7%)

-GEA por *Campylobacter*: 3 (23%)El resto de prescripciones de azitromicina se realizaron en casos de patologías respiratorias de vías altas donde la etiología en la mayoría de los casos es vírica y en pacientes en los cuales debido a su patología crónica el tratamiento antibiótico indicado es otro: gripe, IRA, traqueítis, laringitis y reagudización de EPOC. **CONCLUSIONES:** La azitromicina es un antibiótico de amplio espectro con unas indicaciones claras según las guías y que en la práctica diaria se usa excesivamente y en procesos mayoritariamente virales. No debemos banalizar su uso por su especial posología y debemos tener presentes sus efectos secundarios y la relación de su uso inadecuado con la aparición de casos de resistencia cruzada a clindamicina.

C309/19 ELABORACIÓN DE RECOMENDACIONES DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS FRECUENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA POR GRUPO PROA-AP ZII

Primer autor: *M^a Belén Pina Gadea*

Coautores: *Carmen Labarta Mancho, Elena Laín Miranda, José Manuel García-Lechuz Moya, Gloria Martín Saco, Silvia Suñer Abadía, Pilar Lalana Josa, Selma Valverde Aranda*

Centro: *Dirección de Atención Primaria Sector Zaragoza II*

Resumen:

Objetivos:

- Elaboración de un manual de toma muestras microbiológicas sencillo y de fácil consulta en Atención Primaria (AP).
- Implantar las recomendaciones en el ámbito de AP del Sector II.

Método. En el grupo multidisciplinar PROA Atención Primaria del Sector II (PROA_AP_ZII) se priorizó disponer de información de rápida consulta para la toma de muestras ante la dificultad para su consulta hasta ese momento y para mejorar el rendimiento de los cultivos que se enviaban a microbiología. Se consideró como punto de partida, el Manual de Toma de Muestras elaborado por el Servicio de Microbiología del Hospital Miguel Servet, del que el grupo PROA_AP_ZII seleccionó aquellas muestras que se consideraban más frecuentes en Atención Primaria para la elaboración del Manual de Recomendaciones. Se elaboró un primer borrador en el que se incorporaron actualizaciones respecto al Manual disponible en la Intranet, y se envió al Servicio de Microbiología para su revisión por parte de los encargados de cada una de las Secciones de este servicio. El borrador, de nuevo, se revisó por el grupo PROA_AP_ZII a lo largo de varias reuniones de trabajo hasta la obtención del documento definitivo.

Se difundió del documento a todos los profesionales del ámbito de Atención Primaria mediante correo-e y formación en los equipos.

Resultados. Se ha elaborado un documento actualizado y consensado entre todos los ámbitos asistenciales y que contiene recomendaciones para la toma de muestras del tracto urinario, de sospechas de infecciones de transmisión sexual, de heces, de tracto respiratorio, de piel y partes blandas, serologías y otras. El documento se ha estructurado en tablas, en las que se recoge por tipo de infección de la que se sospecha, información de la muestra a recoger, material necesario, imagen de dicho material, consideraciones previas a la toma de muestras, recomendaciones para la obtención de la muestras y para su conservación y transporte. También se ha elaborado unas recomendaciones más explícitas en la toma de muestra de úlceras cutáneas crónicas y se ha formado en dicha técnica al personal de enfermería de AP del Sector II. Se ha difundido el documento mediante correo electrónico a todos los profesionales de AP y se ha colgado en la intranet.

Conclusiones. Disponer de un documento sencillo y adaptado a las necesidades de cada ámbito asistencial facilita su consulta, contribuye a mejorar la calidad de las muestras microbiológicas y a optimizar el uso de los antibióticos.

COMUNICACIONES MESA 6

Aula 5 (Planta 1ª)

Moderador: Julián Mozota

Código	Título	Autor	Centro
C093/19	FIGURA DEL TUTOR EN URGENCIAS; PROYECTO INNOVADOR.	Nieves López Ibor	Hospital Universitario Miguel Servet
C0115/19	ACTUACIÓN ANTE EL DOLOR TORÁCICO NO TRAUMÁTICO	Raquel Sánchez Pasamón	Centro De Salud Torrero - La Paz
C0160/19	EVALUACIÓN DE UN PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	Paula Ocabo Buil	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
C0188/19	DISMINUCIÓN DE LA ESTANCIA EN URGENCIAS EN CRISIS DE ASMA Y BRONQUITIS SEGÚN EL TRATAMIENTO RECIBIDO	Daniel Ruiz Ruiz De Larramendi	Hospital Infantil Miguel Servet
C259/19	ASISTENCIA AL PACIENTE HOSPITALIZADO MEDIANTE PETICIONES DE MEDICAMENTOS URGENTES AL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIO.	Rafael C. Rivas Gil	Hospital Universitario Miguel Servet
C266/19	PIDIENDO AYUDA. ESTUDIO OBSERVACIONAL SOBRE EL USO DE LAS INTERCONSULTAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL H. DE BARBASTRO	Iris Livia Mar Hernandez	Hospital De Barbastro
C291/19	ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS QUE APOYAN LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS	Andrea Pinilla Rello	Hospital Universitario Miguel Servet

C093/19: FIGURA DEL TUTOR EN URGENCIAS; PROYECTO INNOVADOR.

Primer autor: *Nieves López Ibort*

Coautores: *Silvia Garcés Horna, Marta Manero Solanas, Teresa Lorente Casaus, Sonia Sanchez Escobedo, Teresa Antoñanzas Lombarte, María Mar Pes Laguna, María Carmen Gómez Nicolás*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Introducción: Adquirir un determinado nivel competencial, es un tema que cada vez está ocupando mayor interés en el colectivo enfermero. En la progresión lineal de los niveles de competencia clínica de Benner, los niveles iniciales necesitan el recurso de una persona para guiar su progresión en la práctica clínica. Un tutor puede ayudar a acelerar su proceso de paso de novel hasta el de experto. Las debilidades y amenazas detectadas son el gran número de contratos que se realizan para periodos cortos. El movimiento de personal es continuo y la casuística variada. En la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud Período 2015-2020 en su primera Línea estratégica dice: “Incorporar líderes clínicos que promuevan la implantación, desarrollo y evaluación de prácticas clínicas seguras. Difundir de forma periódica las recomendaciones actualizadas”

Objetivos

- Proponer la figura del tutor como medida que mejore la eficacia del proceso de acogida del personal.
- Crear el perfil del tutor para fomentar la motivación e implicación de los profesionales.

Material Y Método: Estudio cualitativo mediante la elaboración de un grupo focal, referentes en sus unidades de pacientes críticos. Con convocatoria periódica a lo largo de 11 meses. Los datos de cobertura laboral fueron recogidos con GPT y analizados en Excel.

Resultados: La fase previa fue la formación del focus group. Se definió el perfil del tutor basándose en los diccionarios de Martha Alles. A cada Competencia se le asignó diferentes niveles, siendo 1 el nivel más básico y considerado como referente, el nivel 4. En cada nivel se objetiva unos comportamientos observables. Competencias Generales; Compromiso (Nivel 4), Calidad e innovación (Nivel 3), Ética (Nivel 4) y Orientación al usuario y profesionales (Nivel 3). Competencias Específicas; Pensamiento analítico (Nivel 4), Trabajo en equipo (Nivel 3), Comunicación eficaz (Nivel 4) y Aprendizaje continuo (Nivel 3). Competencias Técnicas; Entrenador (Nivel 4), Colaboración (Nivel 2), Empowerment (Nivel 3) y Temple y Dinamismo (Nivel 3).

Conclusiones: Demostrado queda que el tutor es un avance en el desarrollo de la calidad asistencial, dando uniformidad en los cuidados, tutorizando a los noveles y potenciando los profesionales más veteranos. Es una medida de gran eficacia, para unidades de gran especialización como unidades de enfermería del paciente crítico.

C115 /19: ACTUACIÓN ANTE EL DOLOR TORÁCICO NO TRAUMÁTICO

Primer autor: Raquel Sánchez Pasamón

Coautores: Laura Sanz Martínez

Centro: Centro de Salud Torrero - La Paz

Resumen:

El dolor torácico agudo es uno de los motivos más frecuentes de consulta en servicios de urgencia. Una de sus causas más relevantes son los síndromes coronarios agudos (SCA). Sin embargo, existen muchas otras etiologías de dolor torácico agudo dentro de los diagnósticos diferenciales, algunas de ellas igualmente graves. Signos de alarma:

- Hipotensión y shock.
- Disnea.
- Cianosis.
- Taquipnea.
- Arritmias.
- Alteración de la consciencia.
- Ausencia de pulsos periféricos y/o signos de focalidad neurológica.

Actuación en urgencias:

1. Anamnesis con el fin de conocer el carácter del dolor, la localización, la irradiación, comienzo, duración, causas precipitantes, factores que lo agravan, síntomas asociados, antecedentes e historia farmacológica.
2. Exploración física. Registrar las constantes vitales: presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria. Si están claramente alteradas debe actuarse inmediatamente para intentar normalizarlas. Después el médico continuará con una exploración más detallada.
3. ECG
4. Ante sospecha de una situación de urgencia al paciente se le dará prioridad 1 y pasará inmediatamente al servicio de vitales dónde será atendido por el equipo sanitario perteneciente (médico, enfermera y auxiliar de enfermería) con todos los medios necesarios.
5. Enfermería le canalizará una vía venosa periférica lo antes posible y realización de analítica de sangre para obtener los marcadores bioquímicos y enzimas. El médico valorará el resultado de los análisis junto con el ECG.
6. Radiografía de tórax si fuese conveniente. Si las enzimas están aumentadas se trata de un infarto agudo de miocardio (IAM). Si no están aumentadas no se puede descartar el IAM y hay que dejar al paciente en observación hasta que lleve más de ocho horas de evolución del dolor, para repetir ECG y enzimas. Causas de dolor torácico a descartar (Potencialmente mortales en breve plazo): Infarto agudo de miocardio, Angina inestable, Embolia e infarto pulmonar, Disección de aorta, Pericarditis aguda, Mediastinitis aguda, Neumotórax espontáneo, Neumonía, Procesos abdominales, Colecistitis, Pancreatitis, Perforación de víscera hueca. La finalidad de seguir un procedimiento de actuación es identificar y tratar de manera rápida pacientes con un SCA u otras patologías de alto riesgo

C160/19: EVALUACIÓN DE UN PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Primer autor: *Paula Ocabo Buil*

Coautores:

Santiago López, Jesús Cebollada, Julián Mozota, Juana Pelegrín, Raquel Ridruejo, Begoña Zalba

Centro: *Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

Resumen: La rapidez de instauración de maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) de calidad ha demostrado ser un factor predictor fundamental de la supervivencia, así como de la morbilidad a corto- medio plazo. Por este motivo se diseñó en nuestro hospital un protocolo de RCP basado en una cadena asistencial en el que, desde la primera llamada, hasta la llegada del médico intensivista, el paciente está recibiendo maniobras de resucitación.

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio ha sido analizar los resultados tras la aplicación del protocolo de RCP en nuestro hospital, en cuanto a términos de mortalidad y estado neurológico posterior.

Material y Métodos: Se han recogido de forma retrospectiva todas las paradas cardiorrespiratorias (PCR) intrahospitalarias desde mayo de 2016 hasta mayo de 2018 en el HCU Lozano Blesa. Las paradas en Urgencias, hemodinámica, quirófano y pediatría han sido excluidas, ya que no siguen el protocolo de RCP expuesto. Se ha realizado un análisis descriptivo y analítico, atendiendo a las características antropométricas de los pacientes, así como a su comorbilidad, lugar de la hospitalización, así como de las variables más estrechamente ligadas a la RCP (tipo de parada, ritmo, tiempo de inicio y duración de la RCP...). Las variables resultado se han definido como mortalidad y estado neurológico posterior según la escala pronóstica de Glasgow.

Resultados: Durante el periodo a estudio se han recogido 61 casos, la edad media era de 71.7 años (DE 12.7), el 59% eran varones con hipertensión (37%) y diabetes (27%) como principal comorbilidad. La mayoría de las llamadas procedían de Medicina Interna (18%). El 76% de las PCR fueron presenciadas. La duración de las maniobras fue en el 55.7% mayor de 10 minutos y la demora en el inicio de las mismas fue de 0.6 ± 1.5 minutos para la RCP básica y de 3.4 ± 3.1 minutos para la RCP avanzada. El ritmo inicial más frecuente fue desfibrilable (36.1%). El 32.8% de los pacientes reanimados sobrevivieron. El factor que se asoció con mayor mortalidad fue la parada no presenciada (R 0.58 (IC 0.450-0.752) $p=0.003$) y un ritmo inicial en asistolia ($p=0.066$). Los pacientes que sobrevivieron más de 24 horas, con parada presenciada y duración de RCP menor de 10 minutos, presentaron el mejor pronóstico neurológico.

Conclusiones Y Lecciones Aprendidas: Hay más éxitos en las paradas no presenciadas y en las asistolias. El pronóstico neurológico es mejor en los pacientes que han sufrido una parada presenciada y cuando la duración de la misma ha sido menor de 10 m

C188/19: DISMINUCIÓN DE LA ESTANCIA EN URGENCIAS EN CRISIS DE ASMA Y BRONQUITIS SEGÚN EL TRATAMIENTO RECIBIDO

Primer autor: *Daniel Ruiz Ruíz de Larramendi*

Coautores: *Rebeca Hernández Abadía, Víctor Fernández Ventureira, Lucía Aznar Gracia, Daniel Salvo Chabuel, Ana Sangrós Giménez, Virginia Gómez Barrena, Carmen Campos Calleja*

Centro: *Hospital Infantil Miguel Servet*

Resumen:

Introducción

La bronquitis aguda y la crisis asmática son frecuentes en Urgencias. Este estudio analiza los pacientes >2 años atendidos en Urgencias de un hospital terciario con dichos diagnósticos.

Objetivos:

- Mejorar la atención adecuando el sistema de inhalación al score clínico
- Reducir el tiempo en urgencias

Metodología Y Resultados. Se realizó una intervención que consistió en recomendar tratamiento inhalado a pacientes con crisis leves/moderadas con saturación $\geq 94\%$ y tratamiento nebulizado con score grave o saturación $< 94\%$.

Se revisaron 342 episodios entre noviembre-diciembre de 2018 evaluando: score y saturación iniciales, tandas de tratamiento y administración, score y saturación al alta y necesidad de observación en Urgencias o ingreso.

También se analizó, en pacientes con saturación $\geq 94\%$ y score inicial no grave que no precisaran observación ni ingreso, el tiempo transcurrido desde la primera administración hasta el alta. Para ello, se realizó un análisis multivariante de regresión lineal, teniendo en cuenta los factores independientes (saturación y score iniciales, número de tandas y tratamiento exclusivamente inhalado o no).

La mitad de los casos fueron bronquitis leves que no precisaron tratamiento.

- En 78 pacientes (22,8%) no figuraba el score inicial: 44 (12,8%) no precisaron tratamiento; 5 (1,4%) fueron formas graves que recibieron tratamiento inmediato y 29 (8,5%) presentaban saturación $\geq 94\%$ y recibieron tratamiento.
- 6 pacientes (1,7%) con saturación $< 94\%$ recibieron inadecuadamente inhalado.
- 47 pacientes (13,7%) con saturación $\geq 94\%$ sin score grave recibieron inadecuadamente nebulizado.

En pacientes con saturaciones $\geq 94\%$ sin score inicial grave que recibieron tratamiento, se observa una disminución del tiempo en Urgencias de 22,86 minutos cuando se administra el tratamiento inhalado, independientemente del número de tandas.

En estos pacientes, el número de tandas aumenta el tiempo en Urgencias en 35,82 minutos por cada tanda.

Conclusiones. Existen aspectos mejorables en la atención a estos pacientes: sistema de inhalación y tiempo en urgencias

En relación con este último, hay dos factores independientes estadísticamente significativos: número de tandas recibidas y tratamiento exclusivamente inhalado. El score y saturación iniciales no son factores relevantes en el análisis multivariante.

Es importante destacar el impacto que tiene en la reducción del tiempo en Urgencias la administración de tratamiento inhalado cuando está indicado.

C259/19 ASISTENCIA AL PACIENTE HOSPITALIZADO MEDIANTE PETICIONES DE MEDICAMENTOS URGENTES AL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIO.

Primer autor: *Rafael C. Rivas Gil*

Coautores: *Marta Lavilla Martínez, Asunción Mañas Medina, Andrea Casajus Navasal, Andrea Pinilla Rello*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Introducción: El Servicio de farmacia de un hospital terciario dispone de un módulo informático, denominado peticiones urgentes, para abastecer aquellos tratamientos que deben administrarse en el momento de su prescripción (antídotos, antibióticos, antifúngicos, hemoderivados...etc.). Tras la solicitud de los medicamentos vía urgente es el Técnico de Farmacia quien dispensa aquellas peticiones.

Objetivo: Analizar las peticiones urgentes de las diferentes unidades clínicas del hospital y estudiar el impacto de las mismas en el Servicio de Farmacia.

Método: Se creó un grupo de trabajo formado por farmacéuticos y técnicos en farmacia para realizar un seguimiento de las peticiones urgentes recibidas en el primer trimestre de 2019. Las variables del estudio fueron: número total de peticiones urgentes recibidas, medicamentos solicitados y porcentaje de peticiones recibidas en función del servicio implicado (unidad de cuidados intensivos (UCIs), urgencias, hospital de día, pediatría, ginecología, servicios médicos, servicios quirúrgicos,etc.). Los resultados se recogieron en una tabla Excell.

Resultados: Se recibieron un total de 94.710 peticiones siendo el 68% medicamentos no considerados urgentes (720 fitomenadiona ampollas, 690 quetiapina 25mg comprimidos, 540 atorvastatina 40mg comprimidos, 538 budesonida 0,5mg/ml ampollas, 500 omeprazol 20mg comprimidos), el 25% fueron antibióticos (4% antibióticos o antifúngicos restringidos) y un 7% antirretrovirales. El 52% de las peticiones fueron de servicios clínicos asociados al Hospital General, el 25% del Hospital de Traumatología, el 14% de UCIs, el 4% Urgencias del Hospital General y 4,3% Hospital Infantil.

Conclusión: Tras el análisis de las peticiones urgentes solicitadas, se ha observado un alto porcentaje de medicamentos no urgentes candidatos a ser solicitados por reposición de botiquín. Por este motivo, se va a proponer como acción de mejora un plan de distribución semanal en el que se asignarán los días de pedido para cada unidad clínica y conseguir disminuir la solicitud por la vía de peticiones urgentes, mejorando los circuitos de solicitud de medicamentos al Servicio de Farmacia.

C266/19 PIDIENDO AYUDA. ESTUDIO OBSERVACIONAL SOBRE EL USO DE LAS INTERCONSULTAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL H. DE BARBASTRO

Primer autor: *Iris Livia Mar Hernandez*

Coautores: *Juan José Eito Cuello, María del Rocío Rodríguez, Danae Comps Almunia, Mónica Arévalo Durán, Clara Lorient Martínez, María Gómez Marquéz, Javier Martínez Castellón*

Centro: *Hospital de Barbastro*

Resumen:

El Hospital de Barbastro es un centro de segundo nivel. Durante las guardias, la presencia de los especialistas está limitada a unos pocos facultativos. El resto de especialistas se encuentran localizados. La primera asistencia, así como el abordaje y manejo inicial, de casi cualquier paciente es llevada a cabo por el personal de Urgencias. Debido a la situación organizativa del Hospital hemos creído que un análisis sobre la gestión de las interconsultas desde el Servicio de Urgencias puede ser de gran interés en nuestro medio

La base de datos se ha elaborado a partir de los casos que han requerido interconsultas en el Servicio de Urgencias del Hospital de Barbastro en el periodo comprendido entre 2/01/2019 y 9/04/2019. Se cuenta con un total de 284 casos. El análisis se ha realizado con Excel y con SPSS. Los servicios a los que se dirige una mayor cantidad de interconsultas son: Cardiología (20%), Neurología (20%), Hematología (15%), ORL (11%), Oncología (7%), Urología (6%), y el resto de servicios representan cada uno menos del 5%. Sin embargo, encontramos un sesgo en estos datos, pues representan solo aquellas interconsultas realizadas y respondidas mediante el sistema informático. No incluye aquellas que se realizan telefónicamente, tanto a los especialistas localizados, como principalmente a los especialistas de presencia física en el hospital.

Analizando este sesgo, se observa que de aquellas que han sido realizadas electrónicamente, es decir, solicitadas por el facultativo de Urgencias, no todas han sido respondidas y registradas mediante el sistema como interconsultas. Cardiología y Neurología son las especialidades con mayor respuesta a la interconsulta electrónicamente, (67,24% y 86,44 respectivamente), seguidos por Nefrología (50%), Urología (35,29%), ORL (24,24%), Geriatria (20%), Oftalmología (20%), Digestivo y pruebas especiales (14,28%).

Se ha evaluado el tiempo de manejo de los pacientes, dividiéndolo en tres bloques, tiempo A (de triaje a interconsulta), tiempo B (respuesta interconsulta) y tiempo total. Estos tiempos medios varían mucho de una especialidad a otra, desde un tiempo A de 1:55 \square 3:04h en Urología a 1:33h \square 0:38h en Oftalmología. Un tiempo B de 6:01h \square 6:36 h y 0:04h \square 0:04h, respectivamente. Y un tiempo total de 7:56h frente a 1:37h \square 0:34h.

Entre el 50 \square 10 % de las interconsultas se han realizado adecuadamente, ya que el destino final del paciente ha sido bien hospitalización o consultas externas.

C291/19 ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS QUE APOYAN LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

Primer autor: *Andrea Pinilla Rello*

Coautores: *José Manuel Real Campaña, Ángel Escolano Pueyo, Arantxa Magallón Martínez, Olga Pereira Blanco, Lucía Cazorla Poderoso, María Pérez Moreno, Ágata Arias Sánchez*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Objetivo: Analizar y valorar la aceptación de intervenciones farmacéuticas (IF) relacionadas con el tratamiento farmacológico del paciente durante el año 2018 en un Servicio de Urgencias.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizaron las IF realizadas en 2018 en el Servicio de Urgencias de un hospital de tercer nivel registradas en el módulo de prescripción electrónica asistida (PEA) de Farmatools®. La PEA está implantada desde 21-noviembre-2017 en todos los pacientes de urgencias que se encuentran en observación/pendiente de ingreso. Las IF se realizaron después de revisar la prescripción y el perfil farmacoterapéutico del paciente. Variables: edad del paciente, grupo terapéutico implicado, motivo de IF, forma de comunicación y grado de aceptación. La valoración de la aceptación se registró en el programa Farmatools®, analizando los cambios relacionados con las intervenciones que se habían realizado en la prescripción.

Resultados: Durante el 2018 se registraron 1311 IF, lo que supone una media de 3,6 IF/día siendo el 91,7% de las IF aceptadas por los facultativos (27 IF no valoradas). La mediana de edad de los pacientes a los que se realizaron IF fue 77,8 (18,0-100,0) años. La principal vía de comunicación con los facultativos fue escrita, en un 71,7% (aceptadas 92,2% (n=919)), verbal 17,2% (96,5% aceptadas (n=142)) y telefónica 11,1% (98,7% aceptadas (n=223)). Las IF se realizaron sobre 537 fármacos distintos y los grupos terapéuticos implicados con más frecuencia fueron insulinas (15,6%), estatinas (11,0%), hormonas tiroideas (7,1%), ARA II (6,9%), antiagregantes plaquetarios (5,2%) y heparinas de bajo peso molecular (4,1%).

El principio motivo de IF fue conciliación (61,9%), destacando: tratamiento habitual no prescrito 52,1% (aceptadas 90,4% (n=418)), mantener dosis de domicilio 20,8% (aceptadas 82,4% (n=165)) y tratamiento habitual confundido 16,7% (aceptadas 87,2% (n=133)). El 30,1% de las IF eran sobre principios activos que había que conciliar en menos de 4h (aceptadas 90,2%, n=244) y el 64,6% en las primeras 24h (aceptadas 84,0%, n=524). Otros motivos de IF: modificación de dosis (9,8%), frecuencia de administración (4,2%) y forma farmacéutica (1,2%). La transcripción de órdenes médicas supuso el 9,1% de las IF y el 6,5% de las IF conllevó la suspensión del tratamiento por interacción, alergia o duplicidad terapéutica.

Conclusiones: El grado de aceptación de las IF en el servicio de urgencias muestra su contribución a la optimización de la PEA, aumentando la seguridad de paciente.

COMUNICACIONES MESA 7

Aula 9 (Planta 1ª)

Moderadora: Begoña Aguirre Alonso

Código	Título	Autor	Centro
C0130/19	ESTADO NUTRICIONAL Y VALORACIÓN DE LA DISFAGIA EN UNIDADES DE MEDICINA INTERNA DEL HU MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA	Pilar García Navalón	Hospital Universitario Miguel Servet
C0133/19	FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA ABDOMINAL	Yolanda Marcén Román	Facultad De Ciencias De La Salud. Universidad De Zaragoza. Hospital Miguel Servet.
C0141/19	ACTUACIÓN DEL FISIOTERAPEUTA EN LA FASE II DE LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE CARDIACO.	Antonio Miguel Romeo	Hospital Universitario Miguel Servet
C0142/19	ACTUACIÓN DEL FISIOTERAPEUTA EN EL DESTETE DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA	Antonio Miguel Romeo	Hospital Universitario Miguel Servet
C0207/19	CONTROL DE CALIDAD GRAVIMÉTRICO DE NUTRICIONES PARENTERALES DE NEONATOS ELABORADAS EN EL SERVICIO DE FARMACIA	Lucía Cazorla Poderoso	Hospital Universitario Miguel Servet
C268/19	EL PROBLEMA DE LA SARCOPENIA Y LA DESNUTRICIÓN, ¿ES MÁS FRECUENTE DE LO QUE PENSAMOS? ¿HACEMOS ALGO?	Hanish Vashi Dularamani	Hospital Sagrado Corazón De Jesús
C274/19	ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE DERIVACIÓN A UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SECTOR TERUEL.	Mª Teresa Muñoz Tomás	Centro De Salud Teruel Ensanche
C275/19	IMPLANTACIÓN DE "ESCUELA DE ESPALDA" COMO ACTIVIDAD DE UNIDAD DE FISIOTERAPIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SECTOR TERUEL.	Mª Teresa Muñoz Tomás	Centro De Salud Teruel Ensanche

C130 /19: ESTADO NUTRICIONAL Y VALORACIÓN DE LA DISFAGIA EN UNIDADES DE MEDICINA INTERNA DEL HU MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Primer autor: *Pilar García Navalón*

Coautores: *María Teresa Bimbela Serrano, Francisco Losfablos Callau, Alejandro Sanz París*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza*

Resumen:

Objetivos: Detectar pacientes con riesgo nutricional y de disfagia. Establecer un plan de tratamiento durante el ingreso y al alta en pacientes con desnutrición y/o disfagia. Favorecer la adherencia al tratamiento nutricional. Promover la continuidad de cuidados en pacientes con Nutrición Artificial Domiciliaria (NAD).

Método: Cribado nutricional y de disfagia a todos los pacientes ≥ 18 años ingresados en 2 Unidades de Medicina Interna del HU Miguel Servet (HUMS) de enero a septiembre 2018.

-Herramientas de cribado y valoración: Cribado nutricional con malnutrición Universal Screening Tool (MUST). Valoración del estado nutricional con Valoración Global Subjetiva (VGS) a pacientes con riesgo de malnutrición para clasificar su grado. Cribado de disfagia con Eating Assesment Tool (EAT-10). Valoración de la seguridad y la eficacia de la deglución mediante el Método de Exploración Cínica Volumen-Viscosidad (MECV-V) a pacientes con cribado positivo de disfagia.

-Elaboración de documentos de apoyo y seguimiento: Hoja de registro de ingesta de 2º plato. Recomendaciones dietéticas para malnutrición y disfagia. Documento educativo para pacientes con NAD. Informe de continuidad de Cuidados de Enfermería (ICCE) a pacientes con NAD.

Resultados: 1564 pacientes cribados. Media de edad: 75,5 años. Mujeres 50%. Riesgo de malnutrición: 35,6% y Malnutrición 75%. Disfagia 9,1%. Tratados con suplemento nutricional oral (SNO) 78% (resto adaptación de dieta/educación nutricional/rechazo del tratamiento). 66,7% Tratados con espesante + recomendaciones (resto recomendaciones + adaptación de dieta, nutrición enteral o rechazo del espesante). Pacientes con NAD (0,4%).

Conclusiones: MUST y EAT-10 son herramientas sencillas que han conseguido detectar un gran número de pacientes en riesgo. Su instauración debería formar parte de la valoración inicial de todo paciente hospitalizado. La incorporación de dos enfermeras de soporte nutricional en la U. Nutrición del HUMS, ha permitido realizar una valoración continuada del estado nutricional del paciente, de las prescripciones dietético/nutricionales y de la implementación de prácticas basadas en la evidencia.

Lecciones Aprendidas: Relevancia de promover “cultura DRE” (Desnutrición relacionada con enfermedad) entre el personal sanitario y los pacientes. Importancia de instaurar un plan de tratamiento en el paciente con DRE. Necesidad de gestionar la continuidad de cuidados en el ámbito comunitario en pacientes con DRE y/o disfagia que precisan SNO y/o espesante tras el alta hospitalaria.

C133/19: FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA ABDOMINAL

Primer autor: *Yolanda Marcén Román*

Coautores: *Nuria Lara Moreno, Antonio Miguel Romeo, Mercedes Ferrando Margelí, Pilar Serrano Del Río, Lorena Cartiel Marina, Isabel Diez Alonso, Carmen Carcas Ainaga.*

Centro: *Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza. Hospital Miguel Servet. Zaragoza*

Resumen:

Las aferencias inhibitorias de origen visceral secundarias a una intervención quirúrgica de cirugía abdominal sumadas al dolor y a la disminución de la complianza abdominal, favorecen la aparición de un síndrome respiratorio restrictivo.

Objetivo: Mejorar la disfunción diafragmática y los volúmenes respiratorios en pacientes tras cirugía abdominal en el Hospital Miguel Servet.

Metodología: Se utilizó el tratamiento fisioterápico para mejorar la disfunción a través de tres fases:

1.- Preoperatorio, día anterior a la cirugía:

Explicar al paciente el objetivo del tratamiento, enseñar ejercicios diafragmáticos y de expansión pulmonar, tos eficaz y controlada, utilización del incentivador, ejercicios activos de MMSS y MMII para prevenir problemas circulatorios y los derivados del encamamiento. Fortalecimiento de la musculatura inspiratoria y tranquilizar al paciente explicándole cómo se va a encontrar tras la cirugía.

2.- Postoperatorio inmediato, tratamiento en UCI, 2-5 días:

Corregir posturas antiálgicas, respiración abdómino-diafragmática, expansiones toraco-diafragmáticas, ventilación dirigida y vibraciones torácicas, para desprender secreciones auscultadas. Ejercicio diafragmático a partir del 2º-3º día, tos asistida manualmente con inmovilización de la zona operada y movilización activa de miembros superiores e inferiores.

3.-Postoperatorio del segundo tiempo, tratamiento en planta hasta el alta hospitalaria:

Expansiones toraco-diafragmáticas a través de ejercicios de movilización cintura escapular, movilización tronco y cintura pélvica, de cuello y hombros, y uso de Incentivador volumétrico, tos asistida y eficaz, deambulación.

Las complicaciones más frecuentes fueron síndrome restrictivo, atelectasia, distrés respiratorio agudo y elevación hemidiafragmática.

Resultados: Se han tratado 672 pacientes operados de cirugía abdominal en el año 2018, todos ellos pasaron por las 3 fases. El 87 % de los pacientes pasaron a la fase 3 sin complicaciones, y el 13 % requirieron mayor atención de fisioterapia respiratoria por complicaciones respiratorias.

Conclusiones: El tratamiento protocolizado de fisioterapia respiratoria genera efectos positivos sobre la recuperación inmediata en la cirugía abdominal, disminuye la aparición de complicaciones pulmonares por lo que mejora la calidad de vida del paciente.

Lecciones aprendidas:

El factor multidisciplinario del servicio es fundamental para garantizar el diagnóstico precoz, el enfoque quirúrgico y conservador y el cuidado post operatorio adecuado.

C141 /19: ACTUACIÓN DEL FISIOTERAPEUTA EN LA FASE II DE LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE CARDIACO.

Primer autor: *Antonio Miguel Romeo*

Coautores: *Nuria Lara Moreno, Mercedes Nuria Ferrando Margelí, Yolanda Marcén Román, Lorena Cartiel Marina, M^a Pilar Serrano Del Río, Paula Ferrer Romanillos, Begoña Serrano Aparicio*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Objetivos:

1. Aumentar la fuerza muscular, la resistencia, la capacidad funcional, la independencia, la calidad de vida y reducir la discapacidad.
2. Indicar ejercicio aeróbico a nuestros pacientes de forma segura (evidencia IA), fortalecimiento muscular (evidencia IIa A), flexibilidad (evidencia IIb B), y ejercicios de equilibrio (evidencia IIa A).
3. Estandarizar a todos los fisioterapeutas esta modalidad de tratamiento.

Método: Indicación de un programa de ejercicio teniendo en cuenta los riesgos cardiovasculares dependientes de la edad, nivel de forma física, problema cardiaco subyacente y la intensidad del ejercicio de resistencia. Determinación de la frecuencia cardíaca máxima, prueba de esfuerzo y de la fuerza máxima tolerada por el paciente, test "1 RM" Programar la sesión de ejercicio, de resistencia y de fuerza con cargas inferiores al 40% del 1 RM en pacientes denominados como "frágiles", con sus correspondientes periodos de reposo. Control del ejercicio a velocidad moderada, en todo el rango de movimiento de las articulaciones de extremidades superiores e inferiores. Control del paciente con Escala de Börg y pulsioxímetro durante todo el entrenamiento. Todas las sesiones constarán de una fase de calentamiento seguida de una fase de acondicionamiento que finalizará con la fase de vuelta a la calma, 3 sesiones semanales.

Resultados: Los pacientes realizan el entrenamiento con seguridad, manteniendo los límites que indican los estudios, sin superar valores de 3-4 de la escala de Börg modificada y con un rango del 60-85% de la frecuencia cardiaca. Realizar ejercicio supervisado les da seguridad para volver a su actividad anterior, mejorando su calidad de vida.

Conclusiones: La prescripción del ejercicio terapéutico por parte del fisioterapeuta debe realizarse teniendo en cuenta los siguientes cuatro aspectos fundamentales: Modo, Frecuencia, Intensidad y Duración del ejercicio. La seguridad a través de los criterios de inclusión en el Programa de Rehabilitación Cardiaca y la monitorización del paciente son imprescindibles.

Lecciones Aprendidas:1. La evidencia científica avala la prescripción del ejercicio terapéutico en el paciente cardiaco. 2. La Prueba de Esfuerzo es imprescindible para determinar los criterios de inclusión en un Programa de Rehabilitación Cardiaca.3. La seguridad del paciente en la ejecución del programa de ejercicios depende del diseño y de la monitorización.

C142/19: ACTUACIÓN DEL FISIOTERAPEUTA EN EL DESTETE DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

Primer autor: Antonio Miguel Romeo

Coautores: Nuria Lara Moreno, Mercedes Nuria Ferrando Margelí, Yolanda Marcén Román, Lorena Cartiel Marina, M^a Pilar Serrano Del Río, Paula Ferrer Romanillos, Carmen Carcas Ainaga

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet

Resumen:

Objetivos:

- Cuantificar la importancia de la intervención del fisioterapeuta en el destete de la ventilación mecánica invasiva a partir de los datos registrados en Historia Clínica Electrónica a través del “Protocolo de Fisioterapia Respiratoria” de derivación directa desde Medicina Intensiva hacia Fisioterapia durante todo el año 2018 en la UCI del Hospital Universitario Miguel Servet.
- Disminuir el tiempo empleado en la reducción del nivel de soporte ventilatorio.
- Identificación precoz de pacientes capaces de mantener su respiración espontánea y ser extubados o decanulados.
- Evitar complicaciones asociadas al mantenimiento de la ventilación mecánica invasiva.
- Prevenir y/o tratar la polineuropatía del paciente crítico.
- Optimizar la función respiratoria para mejorar la calidad de vida.

Método: La actuación del fisioterapeuta se contempla en aquellas situaciones denominadas como destete “difícil” e incluso “tórpedo”. Esta actuación requiere verificar que el paciente presenta unas óptimas condiciones para proceder a la retirada de la ventilación mecánica invasiva: patrón respiratorio óptimo, solución de la condición patológica por la requirió ventilación mecánica invasiva, Glasgow igual o mayor a 9, impulso respiratorio adecuado, estabilidad hemodinámica, reflejos de deglución, tos y expectoración intactos. El tratamiento de fisioterapia se desarrolla en 3 fases:

1. *Pre-Destete:* higiene bronquial, entrenamiento de la musculatura inspiratoria, control de la frecuencia respiratoria...
2. *Fase De Destete:* evaluación de tos y deglución, verticalización, reexpansión pulmonar, ventilación dirigida...
3. *Extubación:* recuperación funcional, evitar complicaciones respiratorias y/o neuromusculares (51 casos de polimioneuropatías registradas en 2018 que requirieron fisioterapia).

Resultados: La actuación del fisioterapeuta en el proceso de destete de la ventilación mecánica invasiva se ha consolidado. Por ello, se registraron en 2018 un total de 1324 pacientes tratados con el protocolo de fisioterapia respiratoria a través de derivación directa, lo que consigue acelerar el proceso de normalización de la función ventilatoria autónoma por parte de nuestros pacientes y prevenir complicaciones respiratorias y neuromusculares.

Conclusiones: El destete ventilatorio requiere que el fisioterapeuta y demás sanitarios presten especial atención a la situación del paciente con el fin de detectar y controlar condiciones patológicas que puedan aumentar los riesgos de fracaso en el destete ventilatorio.

C207/19: CONTROL DE CALIDAD GRAVIMÉTRICO DE NUTRICIONES PARENTERALES DE NEONATOS ELABORADAS EN EL SERVICIO DE FARMACIA

Primer autor: *Lucía Cazorla Poderoso*

Coautores: *Ángel Escolano Pueyo, María Pérez Moreno, Vicente Gimeno Ballester, Andrea Pinilla Rello, Ana Isabel Viñaras Fragueiro, Elia Alonso Casas, Cristina Vicente Iturbe*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Objetivos: Reducir la variabilidad en la preparación de nutriciones parenterales de neonatos (NPN) mediante la realización de un control gravimétrico como método para garantizar la calidad en la elaboración.

Método: Estudio observacional y retrospectivo. Se analizaron los resultados obtenidos del control gravimétrico diario de las NPN elaboradas en el Servicio de Farmacia (SF) durante el periodo comprendido entre 2017 y 2018. Las variables estudiadas fueron: peso real, peso teórico y error gravimétrico de preparación (EGP). El EGP se expresó en porcentaje y se define como la diferencia relativa entre el peso real y el peso teórico. El peso teórico se calculó como el producto del volumen de cada componente por su densidad, la cual se solicitó a los laboratorios fabricantes. En cambio, el peso real se obtuvo tras la pesada de las NPN elaboradas en una balanza electrónica previamente calibrada. Las NPN aceptadas por el SF fueron aquellas que cumplieron con el estándar de calidad de la Agencia Europea del Medicamento (EMA), que establece que el 100% de las NPN se deben elaborar con EGP inferior al $\pm 5\%$.

Resultados: A lo largo del periodo de estudio se elaboraron un total de 3.373 NPN individualizadas a las necesidades de cada neonato. El 100% de las nutriciones fueron sometidas al análisis gravimétrico de calidad, obteniendo una media de EGP de $0,2 \pm 1,1\%$ con un rango comprendido entre 0,003 y 4,8%. Por el contrario, 5 NPN (0,15%), con una media de EGP de $15,4 \pm 18,6\%$ y un rango entre 5,2 y 48,4%, fueron rechazadas por no cumplir el criterio de calidad establecido de EGP inferior al $\pm 5\%$.

Conclusiones y lecciones aprendidas: El 99,9% de las NPN elaboradas en el SF cumplieron los estándares establecidos de control de calidad, evitando posibles efectos no deseados en pacientes vulnerables. Por tanto, la implantación de un control gravimétrico rutinario es una estrategia útil y eficaz que permite garantizar los procesos de calidad definidos para mejorar la preparación de NPN.

C268/19 EL PROBLEMA DE LA SARCOPENIA Y LA DESNUTRICIÓN, ¿ES MÁS FRECUENTE DE LO QUE PENSAMOS? ¿HACEMOS ALGO?

Primer autor: *Hanish Vashi Dularamani*

Coautores: *Caterina Soler Frias, Adriana Narvion Carriquiri, Carlota Herrerías Velilla, Raquel María Quilez Pina, Nieves Doz Saura, Cristina Sanchez Lecina, José Galindo Ortíz de Landazuri*

Centro: *Hospital Sagrado Corazón de Jesús*

Resumen: Objetivo: Analizar incidencia de sarcopenia, obesidad y desnutrición en pacientes hospitalizados (H) y en pacientes semi-ambulatorios de Hospital de Día (HdG).

Métodos: Descriptivo prospectivo. Se analizan datos antropométricos, analíticos, valoración nutricional con MiniMNA y composición corporal con bioimpedancia de pacientes hospitalizados en planta Geriátrica y en HdG.

Resultados: 73 pacientes. 59% hombres. 40% pertenecían HdG. Edad media: 82 años. 22% institucionalizados. Pfeiffer:4. Barthel 70. Mediana Charlson 3 (≥ 3 65%). Fragil-VIG 0,38. Dinamometría 11,5. MiniMNA 9 (27% desnutridos). Perímetro pantorrilla 31. SPPB 5. Antecedentes: HTA 67%, dislipemia 36%, DM 33%. Toman de media 7,8 fármacos. Albumina 3,4 mg/dl, Colesterol 179 mg/dl, creatinina 1,1 mg/dl. IMC medio 26 (IMC >27 30%). Según bioimpedanciometría presentaban exceso de grasa 82%, sarcopenia 43%, obesidad sarcopénica 11%. Edemas 14%. Angulo fase 3,9. Obesidad sarcopénica se relacionó de forma significativa con bajo SPPB, presencia de ICC, insuficiencia renal y anemia. Encontramos relación significativa entre sarcopenia medida con bioimpedanciometría y puntuaciones bajas miniMNA, perímetro pantorrilla, albumina y colesterol. Los H presentaron peor Charlson, perímetro pantorrilla, miniMNA, Pfeiffer, dinamometría y albumina que los de HdG. El exitus se relacionó con menor peso ($p=0,02$), edad ($p<0,001$), MiniMNA ($p=0,006$), Barthel ($p<0,001$), Pfeiffer ($p<0,001$), dinamometría ($p=0,04$)

Conclusiones: Un 11% de los pacientes presentan obesidad sarcopénica; entidad difícil de evidenciar, además se relaciona con patologías importantes como ICC e insuficiencia renal. La bioimpedanciometría resulta útil para la detección y evolución de dichas patologías por lo recomendamos su uso siempre que esté disponible y no presente contraindicación. En los pacientes en los que no se pueda realizar bioimpedanciometría para valorar sarcopenia, nos puede ser útil hacer SPPB, miniMNA, dinamometría, analítica sanguínea y/o medir perímetro de pantorrilla. MiniMNA, Barthel, dinamometría y peso sería útil para pronóstico vital de los pacientes ancianos.

Lecciones: La desnutrición (27%) y la sarcopenia (43%) es muy frecuente en nuestros pacientes y se asocia con peor pronóstico vital por ello es importante detectarla e intervenir con nutrición y ejercicio adaptado a las características particulares. Estamos trabajando en el seguimiento tras la intervención en estos pacientes para evaluar su eficacia, la supervivencia y la funcionalidad en este grupo.

C274 /19 ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE DERIVACIÓN A UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SECTOR TERUEL.

Primer autor: *M^a Teresa Muñoz Tomás*

Coautores: *M^a Jesús Villa Oro, Mario Burillo Lafuente, Rubén Hernández Antón, Ángeles Mendivil Gracia, Inmaculada Sanz de Galdeano Villamayor*

Centro: *Centro de Salud Teruel Ensanche*

Resumen:

Objetivo: Llevar a cabo una actualización del protocolo vigente de derivación a Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria (UFAP) con la finalidad de mejorar y agilizar la derivación de pacientes a dichas unidades y optimizar la utilización de este recurso.

Método: La actualización se llevó a cabo mediante una revisión del protocolo que estaba vigente hasta el momento. Para ello, se realizó un trabajo conjunto de todos los Fisioterapeutas de Atención Primaria del Sector Teruel y el Equipo Directivo de Atención Primaria mediante reuniones periódicas hasta la elaboración por consenso del actual protocolo de derivación de pacientes a UFAP.

En dicho protocolo se establecieron una serie de criterios para el correcto funcionamiento de las UFAP del Sector Teruel y el uso razonable de dichas unidades por parte del paciente.

Resultados:

- Se concretó qué profesionales pueden derivar a UFAP.
- Cuáles son los documentos a utilizar para realizar la derivación.
- Tiempos que se establecen, asignados a la UFAP para su uso razonable.
- Características de los pacientes que pueden ser derivados a la UFAP.
- Patologías susceptibles de tratamiento en la UFAP.

Conclusiones:

- En la actualización de este documento, se han abordado algunos aspectos que no aparecían en el anterior protocolo de derivación.
- Igualmente se han concretado asuntos relacionados con los plazos de resolución de procesos terapéuticos y cómo re-evaluar los casos tratados dependiendo de la consecución o no de los objetivos.
- Tras la revisión y actualización de este documento, se dará a conocer tanto a profesionales como a pacientes.

C275/19 IMPLANTACIÓN DE "ESCUELA DE ESPALDA" COMO ACTIVIDAD DE UNIDAD DE FISIOTERAPIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SECTOR TERUEL.

Primer autor: *M^a Teresa Muñoz Tomás*

Coautores: *M^a Jesús Villa Oro*

Centro: *Centro de Salud Teruel Ensanche*

Resumen:

Objetivo: Se pretende implantar "Escuela de Espalda" como actividad de Unidad de Fisioterapia en Atención Primaria (UFAP) en Centro de Salud Teruel Ensanche a partir de un proyecto de Mejora de Calidad iniciado en 2018, con la finalidad de comenzar actividades de prevención y promoción de la salud desde esta Unidad.

El proyecto trata de disminuir la incidencia de episodios por algias vertebrales y enseñar a la población medidas encaminadas a la prevención.

Método: Las actividades realizadas para lograr los objetivos expuestos consisten en ciclos mensuales de "Escuela de Espalda" en grupos de 5-6 personas con una frecuencia de una sesión semanal durante un mes con un total de 4 sesiones de 45 minutos cada una distribuidas con diferentes contenidos cada una de ellas.

El responsable de la realización de la actividad ha sido un Fisioterapeuta de Área de Atención Primaria, realizando primero la selección de pacientes participantes en la actividad y posteriormente llevando a cabo las sesiones de trabajo propiamente dichas.

Resultados:

- Se han desarrollado 4 grupos de "Escuela de Espalda" durante el año 2018.
- Se ha realizado encuesta sobre la actividad a los participantes.
- Se han evaluado los resultados de dicha encuesta.

Conclusiones:

- Ha sido una actividad bien aceptada por los participantes.
- Se han iniciado así actividades encaminadas a la prevención y promoción de la salud desde la UFAP.
- Debería modificarse el procedimiento de selección de participantes en la actividad y valorar la posibilidad de que fueran los Médicos de Atención Primaria (MAP) quienes bajo su criterio propusieran la actividad de "Escuela de Espalda" como un acto terapéutico para poder incluir a dichos participantes en la actividad.

COMUNICACIONES MESA 8

Aula 10 (Planta 1ª)

Moderadora: Ana Matarredona

Código	Título	Autor	Centro
C019/19	COMPARACIÓN ENTRE DAILYQA Y MACHINE PERFORMANCE CHECK PARA LA REDUCCIÓN DE VERIFICACIONES EN UN ACELERADOR DE ELECTRONES	Alejandro Barranco López	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
C070/19	VALIDACIÓN DE ALGORITMOS DE CÁLCULO DE DOSIS PARA LA PUESTA A PUNTO DE LAS TÉCNICAS DE RADIOTERAPIA IMRT Y VMAT	Javier Díez Chamarro	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
C0114/19	ACERCAMIENTO DEL ESPECIALISTA DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA A LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DE LA PROVINCIA DE TERUEL.	Arantxa Campos Bonel	Hospital Universitario Miguel Servet
C0174/19	IMPLEMENTACIÓN DEL FLUJO DE TRABAJO DE DOSIMETRÍA CLÍNICA SIN FICHA EN PAPEL DENTRO DEL SERVICIO DE FÍSICA.	Alejandro Garcia Romero	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
C0214/19	IMPLANTACIÓN DE LA RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA EN EL CÁNCER DE MAMA EN LOS HOSPITALES DE ARAGÓN.	Arantxa Campos Bonel	Hospital Universitario Miguel Servet
C0250/19	VERIFICACIÓN DE TRATAMIENTOS DE ARCOTERAPIA VOLUMÉTRICA MODULADA (VMAT): PUESTA EN MARCHA DEL SISTEMA COMPASS	Beatriz Chover Díaz	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
C257/19	IMPLEMENTACIÓN DE MYQA PARA EL ANÁLISIS Y GESTIÓN DE CONTROLES DE CALIDAD EN ACELERADORES DE RADIOTERAPIA EXTERNA	Javier Díez Chamarro	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
C280/19	REDUCCIÓN DE DOSIS A PACIENTES TRAS LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE RECONSTRUCCIÓN ITERATIVA IDOSE4	Pedro Ruiz Manzano	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
C282/19	EVALUACIÓN DE LA NECESIDAD DE GESTIONAR EL LU177M COMO RESIDUO RADIATIVO	Pedro Ruiz Manzano	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

C019/19: COMPARACIÓN ENTRE DAILYQA Y MACHINE PERFORMANCE CHECK PARA LA REDUCCIÓN DE VERIFICACIONES EN UN ACELERADOR DE ELECTRONES

Primer autor: *Alejandro Barranco López*

Coautores: *Beatriz Chover Díaz, Javier Díez Chamarro, Sheila Calvo Carrillo, Javier Jiménez Albericio, Pablo Ortega Pardina, Pedro Ruiz Manzano, Alejandro García Romero*

Centro: *Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

Resumen:

El Real Decreto 1566/1998, de 17 de julio, por el que se establecen los criterios de calidad en radioterapia, recoge la necesidad de verificar diariamente la constancia de la dosis absorbida de referencia (en adelante, verificación de la dosis) en un acelerador lineal de electrones, usado en tratamientos de oncología radioterápica. En nuestro centro se ha estado verificando de manera redundante con dos métodos, que se han correlacionado con el objetivo de reducir dicha redundancia.

Material y Métodos: La verificación diaria se ha realizado a un acelerador lineal de electrones True Beam (Varian) para haces de fotones de diversas energías. Los sistemas de verificación usados son:

- DailyQA3 (Sun Nuclear Corporation): este equipo, tras ser colocado y centrado sobre la mesa del acelerador, permite determinar la energía, dosis, uniformidad y tamaños de campo de los haces de radiación.
- Machine Performance Check (MPC, Varian): basado en el panel plano detector de radiación incorporado al acelerador y es capaz de verificar, además de los parámetros anteriores, múltiples parámetros geométricos.

Durante 140 días se han realizado las verificaciones diarias de los haces de radiación con los dos sistemas anteriores. Además, para simular un posible cambio en la dosis, se ha interpuesto en el haz de radiación espesores variables de agua sólida.

Resultados: En las medidas realizadas se observa una mayor dispersión de los datos para DailyQA frente a MPC, aunque las medidas de ambos sistemas muestran una buena correlación lineal entre ellos, con coeficiente de Pearson $R(6X,10X,6FFF,10FFF) = (0.875,0.899,0.927,0.929)$, para las diferentes energías del haz de radiación. Esta correlación es similar cuando se consideran los cambios simulados de dosis.

Conclusiones: La correlación entre MPC y DailyQA para la verificación de la dosis es suficientemente buena como para permitir reducir la frecuencia de uso de DailyQA en favor de MPC, ya que el segundo es más cómodo de usar, al evitarse la colocación, ya que esta se realiza de manera automática por el acelerador, y, además, sus medidas tienen menos dispersión. Sin embargo, hay otros parámetros dosimétricos que es necesario verificar diariamente, como la uniformidad del haz. Por ello, se propone como extensión comparar el comportamiento de estos sistemas en la verificación de dicho parámetro.

C070/19: VALIDACIÓN DE ALGORITMOS DE CÁLCULO DE DOSIS PARA LA PUESTA A PUNTO DE LAS TÉCNICAS DE RADIOTERAPIA IMRT Y VMAT.

Primer autor: *Javier Díez Chamarro*

Coautores: *Luisa Ferrer González, Carlos Martínez Casbas, María del Carmen Castejón, Aurora Aguirre Collado, Marta Baquerizo, Pedro Ruíz Manzano, Miguel Canellas Anoz*

Centro: *Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

Resumen:

En 2018 y 2019, en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza se han instalado dos aceleradores de radioterapia modelo True Beam de energías de 6 y 10 MV con filtro aplanador (6X/10X) o sin él (6FFF/10FFF). Además de un nuevo sistema de planificación de tratamientos (SPT) Eclipse™. La comprobación de la exactitud de los algoritmos de cálculo de dosis es crucial dentro de la puesta a punto del SPT. Una de las guías de referencia de este proceso es el Documento Técnico 1583 de la Agencia Internacional de Energía Atómica, publicado en 2008. Siguiendo su metodología, se han ampliado sus controles a las técnicas de tratamiento empleadas actualmente. Este trabajo muestra el proceso de validación de los algoritmos de cálculo de dosis de fotones: Analytical Anisotropic Algorithm (AAA) y Acuros® XB (AXB) seguido para implementar las técnicas de intensidad modulada (IMRT) y de arcoterapia volumétrica modulada (VMAT).

Materiales y métodos: Se diseñan tratamientos de IMRT y VMAT sobre el maniquí CIRS (simula una geometría y tejidos propios de un tórax) para cada energía disponible y dos casos tratamiento complejos y exigentes computacionalmente: un volumen pequeño cercano a pulmón y un volumen grande con forma de "c" en zona mediastínica. Se calcula la deposición de dosis en el maniquí que predice cada algoritmo a evaluar. La resolución del cálculo es cúbica de lado 2.5 mm. Con el electrómetro PC Electrometer y la cámara de ionización CC01 de Scanditronix/Wellhofer, se mide la dosis en unos dos puntos: fuera y dentro (punto de referencia) del volumen a tratar para cada energía, técnica y caso. El grado de concordancia entre cálculos y medidas se cuantifica con el error absoluto entre ellas dividido por la dosis del punto de referencia y multiplicado por cien. Un resultado se considera tolerable si su error en valor absoluto es menor del 3%.

Resultados y discusión: Para planificaciones IMRT, el 94% de los cálculos AAA y 100% AXB están dentro de tolerancias, frente al 100% de AAA y 88% de AXB en VMAT. La exactitud de cada algoritmo se ha mejorado regulando los parámetros de entrada del algoritmo hasta optimizar los resultados. En promedio, AXB subestima la dosis, -0.73% y AAA la sobreestima un 0.10%, ambos dentro de tolerancias establecidas.

Conclusiones: Ajustando sus parámetros de entrada, se han configurado los algoritmos AAA y AXB para predecir satisfactoriamente la dosis de técnicas moduladas de radioterapia. Por primera vez en Aragón está disponible la técnica radioterápica VMAT.

C114 /19: ACERCAMIENTO DEL ESPECIALISTA DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA A LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DE LA PROVINCIA DE TERUEL.

Primer autor: *Arantxa Campos Bonel*

Coautores: *Alida Pardo Sus, María Nieves Galán Cerrato, María Álvarez Alejandro, Juan Antonio Verdún Aguilar, Ana Isabel Ferrer Pérez, Reyes Ibáñez Carreras.*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Objetivos: Aragón dispone de un único servicio público de Oncología Radioterápica (OR) centralizado en Zaragoza, llamado Unidad Clínica Multihospitalaria de Oncología Radioterápica de Aragón (UCMORA). Esto supone el desplazamiento de los pacientes de la provincia de Teruel hasta Zaragoza para realizar una valoración de la indicación de radioterapia (RT), planificación y administración de la misma, que suele ser diario, entre una sesión a 5 semanas, y posteriormente las consultas de revisión. Nuestro proyecto es acercar los recursos humanos al paciente oncológico, es decir, acercar al especialista de OR al Hospital de Alcañiz (HA) y Hospital Obispo Polanco (HOP) para realizar una correcta indicación de tratamiento radioterápico y posterior seguimiento, evitando los viajes que suponen estas consultas a Zaragoza. **Objetivos de la expansión de la especialidad:** Acercar al experto a los hospitales donde se diagnóstica y trata el cáncer para ofrecer el mejor y más adecuado tratamiento con RT. Esto permite conocer las necesidades reales del paciente oncológico. Acercar la OR a otras especialidades mediante la participación en los subcomités del hospital con el fin de establecer una correcta indicación de tratamiento radioterápico y establecer el momento adecuado de inicio de RT en coordinación con los demás servicios implicados en el tratamiento del paciente oncológico.

Método: Una vez por semana, un especialista de UCMORA se desplaza al HA y HOP para la participación en los subcomités de tumores, valorar a los pacientes con indicación de tratamiento radioterápico y realizar las revisiones necesarias para el seguimiento de posibles toxicidades agudas y crónicas derivadas del tratamiento y de la evolución de la enfermedad.

Resultados: Desde Abril/18 hasta Mayo/19, 135 pacientes han sido valorados en el HA y 130 pacientes en el HOP. El 95% de los pacientes valorados fueron tratados con radioterapia. Una vez finalizado el tratamiento con RT, han continuado las revisiones en su hospital de referencia. Las patologías más frecuentes son: mama (30%), próstata (19%), pulmón (17%), piel (10%) y recto (9%). Por intención de tratamiento: RT adyuvante (30%), RT radical (17%), RT-QT concomitante (17%) y RT paliativa (13%).

Conclusiones: Este modelo permite reducir la variabilidad en la práctica clínica sin pérdida de especialización. Supone un aumento del bienestar a los pacientes y beneficio económico al reducir los gastos. Proporcionamos proximidad, equidad y accesibilidad a nuestros pacientes.

C174 /19: IMPLEMENTACIÓN DEL FLUJO DE TRABAJO DE DOSIMETRÍA CLÍNICA SIN FICHA EN PAPEL DENTRO DEL SERVICIO DE FÍSICA.

Primer autor: *Alejandro García Romero*

Coautores: *Pablo Ortega Pardina, Sonia Serrano Zabaleta, Sheila Calvo Carrillo, Alejandro Barranco López, Beatriz Chover Díaz, Aurora Aguirre Collado, Luisa Ferrer González*

Centro: *Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

Resumen:

Objetivos: Eliminar el movimiento de la ficha en papel dentro del servicio de física para la realización de dosimetrías clínicas en radioterapia, gestión totalmente digital del proceso.

Método: Durante 2018 se ha introducido un nuevo sistema de planificación, registro, verificación y gestión de pacientes (ARIA) en radioterapia dentro de la unidad de radioterapia en el Hospital Clínico de Zaragoza. ARIA permite la gestión del flujo de trabajo de manera digital y sin papeles, a través de lo que denominan “Vías clínicas” dentro del sistema. Dichas vías clínicas se componen de actividades cuya finalización queda registrada, habilitándose secuencialmente las actividades posteriores. En particular, dentro del servicio de Física diseñamos un flujo que permite la gestión digital del proceso de dosimetría clínica, sin rotación de la ficha en papel al conocerse el estado de cada dosimetría.

Las dosimetrías las realizan técnicos y residentes, siendo los físicos adjuntos quienes realizan la revisión inicial y final. Entre una y otra el oncólogo radioterápico debe aceptar o rechazar el plan propuesto. Por último, la dosimetría es verificada en máquina si procede. Después, la ficha se pasa al médico, la aprueba y la entrega al gestor para su citación. Estos pasos quedan automatizados en ARIA.

Resultados:

Ventajas de pasar a flujo sin papeles:

- Visualización clara de la situación en la que se encuentra un paciente.
- Estandarización de las notas y modificaciones de un plan a través de la utilidad de notas
- Lista de comprobación digital para actividades que lo requieran. Las listas de comprobación permiten no olvidar verificaciones importantes sobre los planes, estableciendo barreras muy útiles.
- Organización de las tareas del servicio en dosimetría clínica visualizándose qué está pendiente, cuando vence y a qué pacientes afecta.
- Se pueden ver actividades que estarán disponibles en el futuro para una mejor planificación del trabajo. La puesta en marcha se ha realizado en un periodo de seis meses. Las fichas físicas acabarán desapareciendo con la digitalización del flujo para las actividades de radioterapia.

Conclusiones Y Lecciones Aprendidas

El cambio, a efectos de estadística y control de flujo supone una mejora efectiva de la eficiencia del proceso radioterápico. Se recopilan también las incidencias del proceso para reforzar los errores detectados con barreras eficientes.

C214/19: IMPLANTACIÓN DE LA RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA EN EL CÁNCER DE MAMA EN LOS HOSPITALES DE ARAGÓN.

Primer autor: *Arantxa Campos Bonel*

Coautores: *Laura Comín Novella, Ana Isabel Ferrer Pérez, Nieves Galán Cerrato, Juan Antonio Verdún Aguilar, Sara Corral Delgado, José Antonio Font Gómez, Reyes Ibáñez Carreras.*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Objetivos: El tratamiento estándar del cáncer de mama precoz es la cirugía conservadora con biopsia selectiva de ganglio centinela y radioterapia (RT) adyuvante, que se aplica con una frecuencia diaria, durante 3 semanas. La Radioterapia Intraoperatoria (RIO) es una modalidad terapéutica que permite la administración de una dosis elevada de radiación en el lecho quirúrgico durante la intervención, como tratamiento único de RT, con intención de mejorar el control local de la enfermedad y disminuir la toxicidad por menor irradiación de tejidos sanos. La implantación de esta técnica en los hospitales de las provincias de Teruel y Huesca, permite el acceso al tratamiento en las mismas condiciones y garantías de calidad y seguridad a los pacientes que residan en poblaciones alejadas del hospital de referencia para la RT. Esto conlleva mejorar la calidad de vida de las pacientes al evitar 3 semanas de desplazamiento a Zaragoza para la administración de la RT.

El objetivo es establecer el circuito asistencial para las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama subsidiarias de recibir tratamiento con RIO en Aragón, para que las secuencias de actividades a desarrollar durante la intervención se ejecuten de forma fluida.

Método: La RIO se administra mediante un equipo portátil capaz de desplazarse hasta el quirófano. Precisa de la estrecha colaboración de un equipo multidisciplinar formado por oncólogos radioterápicos, cirujanos generales, radiofísicos, oncólogos médicos, radiólogos, patólogos, anestesiistas y personal de enfermería. Las pacientes candidatas a tratamiento con RIO son comentadas en el comité de mama y se establece la fecha de intervención, que se comunicará a todos los involucrados en el procedimiento. El día de la intervención quirúrgica, tanto el equipo como los especialistas de oncología radioterápica y radiofísicos se desplazan al hospital correspondiente.

Resultados: La implantación de la técnica está siendo progresiva en los diferentes hospitales de Aragón. En febrero/19 se inició en el Hospital Obispo Polanco de Teruel, habiendo realizado RIO en 5 pacientes. En abril/19 se inició en el Hospital de Alcañiz, siendo 2 las pacientes que se han beneficiado de este tratamiento. En mayo/19 se ha iniciado el Hospital San Jorge de Huesca y Hospital de Barbastro.

Conclusiones: Mediante la descentralización de la radioterapia y el acercamiento de los médicos expertos, se puede garantizar la accesibilidad a los pacientes, manteniendo la calidad y la eficiencia.

C250/19: VERIFICACIÓN DE TRATAMIENTOS DE ARCOTERAPIA VOLUMÉTRICA MODULADA (VMAT): PUESTA EN MARCHA DEL SISTEMA COMPASS

Primer autor: *Beatriz Chover Díaz*

Coautores: *Alejandro García Romero, Alejandro Barranco López, Javier Díez Chamarro, Marta Baquerizo Castán, Carlos Javier Martínez Casbas, Javier Jiménez Albericio, Sonia Serrano Zabaleta*

Centro: *Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)*

Resumen:

Introducción: En el servicio de física y protección radiológica existe un flujo de trabajo a seguir cuando se comienza la planificación de un tratamiento. Una de las partes más importantes, y que ha de formar parte del control de calidad según protocolos internacionales (TG114 de AAPM), es verificar que el sistema de planificación (TPS) ha calculado correctamente las UM. Además, para técnicas más complicadas, como la arcoterapia volumétrica modulada (VMAT), se realiza una verificación más extensa, comparando las distribuciones de dosis obtenidas por diferentes métodos (TPS, cálculo redundante y medida de la fluencia). El software empleado en estas verificaciones es Compass y se tiene como objetivo su validación e implementación en el proceso de verificación de tratamientos con VMAT.

Métodos: Compass calcula y muestra sobre un CT la distribución de dosis obtenida por dos métodos: cálculo redundante de dosis realizado por el sistema y reconstrucción en función de la respuesta recogida en una matriz de detectores (MatrixX). Muestra los histogramas dosis-volumen, las métricas de comparación de dosis y los valores de la función gamma 3D en cada volumen. Para su validación se comparan la dosis calculada y la función gamma 3%, 3mm obtenidas, tanto de las medidas con MatrixX como del cálculo redundante, con los resultados obtenidos en el TPS para 8 planes divididos en: arcos con MLC estático y dinámico, con objeto de separar la influencia de la modulación y se realizan para las energías disponibles en el acelerador TrueBeam: 6X, 10X, 6FFF y 10FFF.

Discusión: Se estudian las diferencias en D1, D99, Dmed y en la función gamma (% de volumen > 1) entre TPS y cálculo redundante, así como entre TPS y medidas. Tras el análisis se observa una discrepancia de 2,7% en los valores de dosis y un 3,5% de puntos que no cumplen el criterio de la función gamma en la reconstrucción a partir de medidas para 10FFF en arco con MLC dinámico, lo que sugiere problemas en la respuesta de las cámaras del MatrixX. El resto de medidas muestran discrepancias < 3% (tolerancia en casos clínicos). El PTV empleado es de un tamaño medio-grande, de manera que quedaría pendiente un estudio para PTV pequeño, ya que la resolución de MatrixX puede ser insuficiente.

Conclusión: El sistema Compass asociado a MatrixX es válido como método de verificación de tratamientos VMAT para PTVs medios-grandes, excepto para 10FFF donde convendría emplearlo con prudencia.

C257/19 IMPLEMENTACIÓN DE MYQA PARA EL ANÁLISIS Y GESTIÓN DE CONTROLES DE CALIDAD EN ACELERADORES DE RADIOTERAPIA EXTERNA

Primer autor: *Javier Díez Chamarro*

Coautores: *Alejandro Barranco López, Beatriz Chover Díaz, Luisa Ferrer González, Aurora Aguirre Collado, Marta Baquerizo Castán, Carlos Martínez Casbas, Mamen Castejón Andrés*

Centro: *Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

Resumen:

Introducción:

En el Real Decreto 1566/1998 se establecen los criterios de calidad en radioterapia. En ellos se establece la obligatoriedad de establecer y seguir un programa de control de calidad del equipamiento, que incluye una serie de pruebas a realizar con distintas periodicidades y tolerancias. Además exige la realización de informes con los resultados, así como la obligación de mantenerlos durante 30 años. En julio de 2018 el servicio de Física y Protección Radiológica del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza (HCUZ) pone en marcha la plataforma myQA que permite realizar estas tareas en todas sus unidades de radioterapia externa, de forma digital, integrada y sin papeles.

Métodos y materiales: La integración de un servidor en la red del HCUZ permite el almacenamiento de toda la información y la intercomunicación de los 5 ordenadores en los que se ha instalado el software "myQA". Los aceleradores de radioterapia se dan de alta en el programa y se establece un listado de pruebas, periodicidades (diarias, semanales, mensuales, trimestrales o puntuales) con sus respectivas tolerancias personalizado para cada una de las máquinas. También se dan de alta los detectores integrados en el programa que permiten medir directamente la calidad del haz mediante myQA y se calibran. Se establece el estado de referencia inicial del acelerador en el programa, realizando uno a uno todos los test y creando unos datos base con los cuales poder comparar la constancia de resultados. Las pruebas y tolerancias a realizar se han implementado siguiendo el "Task Group 142 report" de la Asociación Americana de Física Médica, así como el Real Decreto 1566/1998. Incluyen controles geométricos de posicionamiento, de calidad de haz de radiación y calidad de imagen, así como recomendaciones periódicas que realizan la empresa suministradora del acelerador.

Se crea un base de datos de usuarios con contraseña que se emplea para acceder al programa y que registra quien es el responsable que ha realizado cada control. Los resultados de los controles son consultables desde cualquier ordenador de la red del hospital mediante usuario con contraseña. El programa permite la evaluar las tendencias en el tiempo de los resultados de cada prueba y cada máquina.

Resultados y conclusiones: La plataforma myQA se ha implementado en el HCUZ facilitando la realización y registro de los controles de calidad de todos sus aceleradores de radioterapia, cumpliendo con la legislación de una forma integrada y sin papeles

C280/19 REDUCCIÓN DE DOSIS A PACIENTES TRAS LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE RECONSTRUCCIÓN ITERATIVA IDOSE4

Primer autor: *Pedro Ruíz Manzano*

Coautores: *F. Javier Jiménez Albericio, Miguel Canellas Anoz, Alejandro García Romero, Pablo Ortega Pardina, Sonia Serrano Zabaleta, Sheila Calvo Carrillo, Luisa Ferrer González*

Centro: *Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

Resumen:

En 2008 se instaló el TC Philips Brillance 64 en nuestro hospital, y se observó que, para lograr una calidad de imagen aceptable para el diagnóstico, el Índice de Dosis CT ponderado volumétrico (CTDIvol) de las exploraciones de cráneo, tórax, abdomen-pelvis y tórax-abdomen-pelvis eran superiores a los valores recomendados y/o ideales propuestos en el Protocolo Español de Control de Calidad en Radiodiagnóstico (PECCR). Los valores de Producto Dosis Longitud (PDL) estaban siempre por debajo de los valores de referencia. Desde el servicio de Física y Protección Radiológica siempre se informó de esta situación y se recomendó revisar los protocolos e implementar la reconstrucción iterativa en este equipo para reducir la dosis a paciente. Por fin, en 2018, se implementó el sistema de reconstrucción iterativa IDOSE4 en este equipo y se ajustaron los protocolos para reducir las dosis a paciente conservando la calidad de imagen.

Durante años se ha estimado la dosis a paciente en las exploraciones tipo tomando los datos técnicos de más de 20 pacientes de cada tipo de exploración, y evaluando CTDIvol y PDL mediante los valores de CTDI medidos en los controles de calidad del equipo, o los indicados por el propio equipo corregidos por los factores adecuados. Tras la implementación de IDOSE4 en abril 2018, el técnico de aplicaciones junto con los radiólogos y técnicos del equipo ajustaron los parámetros de IDOSE4, y los protocolos reduciendo los mA por corte, manteniendo la calidad de imagen. En septiembre de 2018 se volvió a evaluar la dosis a paciente. Según el fabricante, IDOSE4 propone tanto una reducción de dosis de hasta el 80% como un aumento de la calidad de imagen en resolución espacial (68%) y resolución de bajo contraste (51%). IDOSE4 trabaja directamente en el espacio de proyecciones, e incluye al mismo tiempo modelos de formación de la imagen.

Se han comparado los indicadores de dosis CTDIvol y PDL antes de la implementación de IDOSE4 (2017), y después (2018). Se observa una reducción considerable de los valores de CTDIvol situándose por debajo de los valores ideales propuestos por PECCR. El CTDIvol se ha reducido entre un 38% (cráneo) y un 53% (tórax, abdomen-pelvis). El PDL se ha reducido entre un 13%(cráneo) y un 63% (tórax, abdomen-pelvis).

Tras la implementación de IDOSE4 en el TC Philips Brillance 64 se ha logrado una importante reducción de los indicadores de dosis a paciente y, por lo tanto, una reducción significativa de dosis efectiva para todas las exploraciones en este TC.

C282/19 EVALUACIÓN DE LA NECESIDAD DE GESTIONAR EL LU177M COMO RESIDUO RADIATIVO

Primer autor: *Pedro Ruiz Manzano*

Coautores: *Pablo Ortega Pardina, Sonia Serrano Zabaleta, Sheila Calvo Carrillo, Luisa Ferrer González, Marta Baquerizo Castán, Carlos Martínez Casbas, Mamen Castejón Andrés*

Centro: *Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

Resumen:

Introducción: El Lu-177, isótopo que se emplea en el tratamiento de paragangliomas y/o linfomas, puede contener Lu-177 metaestable (Lu-177m) cuya contaminación, según un informe de *United States Nuclear Regulatory Commission*, puede llegar a ser el 0.02% de la cantidad total de Lu-177. Se planteó pedir autorización ante el CSN para el Lu-177m y gestionar los posibles residuos sabiendo que, según la Instrucción IS/05 del CSN, se le asignan al Lu-177m unos valores de exención de 1MBq de actividad total y 10 Bq/g de actividad específica. Se decide evaluar la cantidad de Lu-177m que se tiene, tanto en los viales que se reciben del suministrador, como en los residuos.

Métodos: Se realiza, para 25 pacientes, una evaluación de la actividad que queda en el vial residual midiendo, tras cada administración, el resto de actividad de Lu-177. Por otro lado, una evaluación de la tasa de exposición, en contacto y a 1m, de la vía y agujas empleadas (depositadas en los contenedores correspondientes) a través de la constante de tasa de dosis del Lu-177. Si la tasa de dosis es $<1\mu\text{Sv/h}$ consideramos que la actividad residual es despreciable y el bulto se gestiona como basura convencional. Se realiza también un cálculo de días necesarios para que el decaimiento del Lu-177 alcance una actividad por gramo inferior al nivel de exención. Y, por último, un registro de la tasa de dosis a 1m tras la administración y antes del alta del paciente.

Discusión: Observamos que el 1.5% de la actividad inicial del vial queda como residuo, siendo la actividad total de Lu-177m muy inferior al límite de exención. Sin embargo, los Bq/gr de Lu-177m del líquido del vial lo superan. La legislación exige que para estar exento solo hay que cumplir una de las dos condiciones.

Por último, la tasa de dosis a 1m del paciente inicialmente ha sido de $24 \pm 5 \mu\text{Sv/h}$ y la tasa de dosis a 1m el día del alta de $6 \pm 4 \mu\text{Sv/h}$.

Conclusiones: La actividad inicial y residual de Lu-177m hace que no sea necesario pedir autorización para este isótopo y que los residuos generados estén también exentos de ello, de manera que su gestión no presenta problema alguno desde el punto de vista de la protección radiológica.

COMUNICACIONES MESA 9

Aula 12 (Planta 1ª)

Moderador: José Manuel Granada

Código	Título	Autor	Centro
C032/19	DESCUBRIENDO CAPACIDADES: PROYECTO DE CALIDAD APETITO COMÚN COMO REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE.	Carmen Fumanal Lacambra	Hospital General San Jorge
C033/19	PROYECTO DE CALIDAD SOCIOEDUCATIVO PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: EDIFICANDO HABILIDADES.	Adolfo Lanao Martín	Centro De Salud Santo Grial
C095/19	ACOMPAÑANDO EN LA TRANSICIÓN DE ADOLESCENTE A ADULTO: PROTOCOLO DE DERIVACIÓN INTERNA EN LA USM DE CALATAYUD	Marcos Cebolla Pola	USM De Calatayud
C0116/19	ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIDEPRESIVOS	María De Los Ángeles Alcázar	Hospital Nuestra Señora De Gracia
C0164/19	EVALUACION DE NECESIDADES EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE PSICOGERIATRICO EN UNIDAD DE SALUD MENTAL Y ATENCION PRIMARIA	Clara Caudevilla Soler	Hospital Universitario Miguel Servet
C276/19	NUEVOS RETOS: "LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA"	Gemma Cordero Gimenez	Centro De Rehabilitación Psicosocial Nª Sra. Del Pilar
C299/19	TRATAMIENTO CON FÁRMACOS ANTICOLINÉRGICOS E INHIBIDORES DE LA ACETILCOLINESTERASA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	Miren Arantzazu Garcia Colinas	Dirección De Atención Primaria Sector Alcañiz

C032/19: DESCUBRIENDO CAPACIDADES: PROYECTO DE CALIDAD APETITO COMÚN COMO REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE.

Primer autor: *Carmen Fumanal Lacambre*

Coautores: *Pilar Plano Vidosa, Belén Artero Guillén, Marta Elboj Saso, José Manuel Lalana Cuenca, Adolfo Lanao Martín.*

Centro: *Hospital General San Jorge*

Resumen:

Introducción: La perspectiva de la recuperación supone reconocer a la persona con enfermedad mental como verdadera protagonista de su proceso terapéutico y crecimiento personal. Las características de esta patología son entre otras el aislamiento, el sufrimiento, la falta de voluntad y la desconexión emocional; la actitud apática causada no sólo por la enfermedad si no también por la medicación; y el distanciamiento y miedo social del entorno por desconocimiento de la enfermedad.

Objetivos: Conocer, recuperar las habilidades y capacidades de cada persona, anuladas tanto por la patología como por la rutina institucional. Fomentar lo relacional.

Dar visibilidad y quitar esa idea socialmente arraigada de lo que supone padecer una enfermedad mental.

Material y Métodos: Dinámicas relacionales en grupo, realizando talleres periódicos -cocina, escritura-terapia- y reuniones de equipo. Estudio observacional descriptivo: En cuanto a la muestra, se seleccionaron 21 personas con trastorno mental grave institucionalizadas en el CRP. De éstas, 2 no son valorables porque una falleció al año de empezar y otra recibió el alta del centro, quedando 19 personas en el estudio. Queremos destacar que a lo largo del tiempo se fueron incorporando de forma intermitente más personas al grupo. Para poder dar visibilidad social se publicó un libro como muestra física del proyecto sirviendo de medio para salir a la comunidad a paliar el estigma.

Resultados:

El 42,1% socializan dentro de la institución y fuera de actividades organizadas.

El 26,3% consigue salir del centro de forma autónoma sin tutorizar.

En cuanto a lo relacional se observa cercanía y sentido de pertenencia al grupo en el 89,4% de las personas de la muestra. Presentan roles de liderazgo 21% El libro nos ha permitido objetivar que la visibilidad es un hecho.

Conclusiones:

Se observa un empoderamiento tanto de la autonomía como de los conocimientos de estas personas. Se observa la reconexión con algunas de las emociones básicas: alegría, afecto...

Se observa que participan voluntariamente y activamente en más actividades organizadas por el centro a raíz de este trabajo. Muestran interés y ofrecen sus habilidades y capacidades para seguir creciendo en su zona de desarrollo próximo.

Conseguir que estas personas socialicen y salgan a la comunidad a contar su proyecto les ha permitido ser visibles rompiendo con el estigma social, pudiendo así mostrar esa parte sana que pervive dentro de cada uno.

C033/19: PROYECTO DE CALIDAD SOCIOEDUCATIVO PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: EDIFICANDO HABILIDADES.

Primer autor: *Adolfo Lanao Martín*

Coautores: *Pilar Plano Vidosa, Belén Artero Guillén, Carmen Fumanal Lacambra, Elena Mata Tornil, Gloria Bernad Betored, Marta Elboj Saso, José Manuel Lalana Cuenca*

Centro: *Centro de Salud Santo Grial*

Resumen:

Introducción

En el CRP de Huesca el abordaje de la patología en salud mental pasa por despertar la motivación de los usuarios desde la óptica de la recuperación, lo que nos permite anteponer la parte sana de la persona frente a la enfermedad. En los usuarios se han detectado déficits en el desarrollo de sus capacidades funcionales que limitan diversos aspectos de su vida: retraimiento social, abandono de responsabilidades y del autocuidado personal -entre otras-. Todo esto sucede como consecuencia de la rutina institucional, la enfermedad y el tratamiento farmacológico.

Objetivos

Objetivo general: Recuperación de la salud física y mental creando conciencia de los hábitos de alimentación, autocuidado y habilidades sociales.

Objetivos específicos:

Mejorar el compromiso con uno mismo mejorando el autocontrol, la disciplina y el compromiso con la tarea. Aprendizaje de conocimientos básicos sobre alimentación teniendo como perspectiva central los buenos hábitos nutricionales. Mejora el comportamiento social -las normas de convivencia y la comunicación activa-. Potenciación de las habilidades instrumentales: manejo del dinero gestionando su economía personal.

Material y Métodos: Talleres prácticos: higiénico dietéticos, salidas a la comunidad, autoconocimiento y habilidades sociales. Estudio observacional descriptivo: se seleccionaron 26 personas con trastorno mental grave institucionalizados en el CRP. Una persona se excluyó porque falleció, quedando la muestra en 25 personas. Estas habilidades se han puesto en práctica en escenarios reales saliendo a la comunidad mediante excursiones, visitas, convivencias, presentaciones del proyecto, salir a comprar, coger transporte público, ir a restaurantes, cine, fútbol, entre otras actividades.

Resultados: Se observa que el 60% de la muestra mejora sus habilidades de autocuidado y autocontrol. Se observa que el 50% de la muestra distingue alimentos saludables y no saludables. Mejoran la voluntad y motivación el 68% de la muestra. Mejoran habilidades sociales el 48% de la muestra. El 48% se responsabiliza de sus compras personales teniendo en cuenta su presupuesto.

Conclusiones: A pesar de las mejoras conseguidas, observamos que el 32% de la muestra tiene una resistencia, aunque lo valoramos positivamente porque mantienen su compromiso con el proyecto y consigo mismo teniendo en cuenta que la voluntad y la motivación son dinámicas ¿hasta dónde es resistencia o autonomía? Decir que se está creando conciencia de hábito en todas las personas de la muestra.

C095/19: ACOMPAÑANDO EN LA TRANSICIÓN DE ADOLESCENTE A ADULTO: PROTOCOLO DE DERIVACIÓN INTERNA EN LA USM DE CALATAYUD

Primer autor: *Marcos Cebolla Pola*

Coautores: *Alicia Giménez Zorraquino, Bárbara Marco, Cristina Abad Bouzán, Eugenia Esteban, Pilar Delgado, Miguel Ángel Lerín Sánchez, María del Rosario Lahoz Caballero*

Centro: *USM de Calatayud*

Resumen:

Objetivos: Garantizar una correcta continuidad de atención y cuidados para aquellos pacientes que precisen continuar el seguimiento en la USM de adultos, y agilizar el traspaso de información relevante entre profesionales estructurando la derivación de casos mediante una reunión multidisciplinar periódica de ambos recursos.

Método: Se ha establecido un protocolo para aquellos pacientes en activo en la USMIJ que precisarán seguimiento en Salud Mental al cumplir la edad adulta. Tras obtener el consentimiento informado, se analiza el caso determinando el mejor abordaje terapéutico, qué profesional/es asumirán el seguimiento y la prioridad de la atención.

Resultados: Se ha realizado un estudio descriptivo con la muestra de 15 pacientes del cupo de la USM infanto-juvenil que cumplen mayoría de edad en 2019, determinando variables como sexo, procedencia (rural vs urbano), diagnóstico y profesional que continuará el seguimiento, presentándose además los resultados de las encuestas de satisfacción creadas a tal efecto para el proyecto de mejora de calidad.

De los 15 pacientes identificados, 11 de ellos precisarán mantener seguimiento a medio-largo plazo en Salud Mental por lo que ya se está trabajando en el enlace entre unidades. Tres de ellos ya han sido derivados satisfactoriamente, y los demás avanzarán en los próximos meses. De los 4 restantes, uno ha abandonado unilateralmente el tratamiento y los 3 restantes dada la buena respuesta clínica es previsible que sean dados de alta. Hasta el momento todos los pacientes y sus familias han colaborado con el protocolo de manera adecuada, y los profesionales implicados consideramos que es de gran utilidad.

Conclusiones: Todavía en fase de implementación, pretendemos que la coordinación entre ambos equipos, con el traspaso de información y objetivos de tratamiento planteados con pacientes y familia, garantice una correcta continuidad asistencial, se reduzca la incertidumbre ante el cambio ofreciendo una atención personalizada previa a su inclusión en el recurso de adultos y contribuya a favorecer la adecuada adherencia terapéutica minimizando el abandono o la pérdida de pacientes con trastorno mental.

C116 /19: ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIDEPRESIVOS

Primer autor: *María de los Ángeles Alcázar*

Coautores: *Martínez Crespo A., Mallen Torrijo N., Frutos Pérez- Surio A., Apesteguía El Buto A., Lozano Ortiz J.R.*

Centro: *Hospital Nuestra Señora de Gracia*

Resumen:

Objetivo: Analizar la prevalencia de antidepresivos (Grupo N06A, clasificación ATC) prescritos en el centro como variable principal y como variables secundarias la proporción de antidepresivos de cada uno de los subgrupos con diferente mecanismo de acción y la prevalencia de prescripciones “off-label”.

Método: Estudio observacional transversal realizado con los pacientes ingresados en el centro el día 12 de abril de 2016 que llevaban prescrito algún antidepresivo en ese momento.

Conclusiones:

- La media de antidepresivos prescritos por paciente fue de $1,61 \pm 0,64$.
- El grupo de antidepresivos con mayor prevalencia fueron los ISRS.
- El antidepresivo más utilizado fue la trazodona.
- La prevalencia de prescripciones “off-label” fue baja, excepto para el escitalopram.
- El escitalopram es utilizado en dosis “off-label” con una prevalencia mayor del resto, habiendo una diferencia estadísticamente significativa.

C164/19: EVALUACION DE NECESIDADES EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE PSICOGERIATRICO EN UNIDAD DE SALUD MENTAL Y ATENCION PRIMARIA

Primer autor: *Clara Caudevilla Soler*

Coautores: *Cristina Soler González, Patricia Gracia García, Miguel Pascual Oliver, Marta Mota Rivas, Camino Pérez Pemán, Manuel Corbera Almajano, María Jesús Pérez Echevarría*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Los ancianos presentan una especial complejidad en el manejo, debido a la comorbilidad de problemas de salud diferentes y al frecuente uso de múltiples fármacos (polimedicación); así como su mayor probabilidad de prescripción de un fármaco de alto riesgo.

Objetivo: Consideramos que era necesario conocer las necesidades en Atención Primaria en relación a la asistencia del paciente psicogerítrico, por lo que se elaboró una encuesta a través de formulario de google. El pilotaje se realizó en dos Centros de Salud Mental. También se elaboró un registro de asistencia y de necesidades específicas de pacientes mayores de 65 años atendidos en la USM. Se recogieron las siguientes variables: estado cognitivo, comorbilidad física, polifarmacia, problemática social, e institucionalización.

Resultados: A continuación, exponemos los datos sobre el estudio:

Porcentaje de pacientes mayores de 65 años atendidos en CSM subsidiarios de asistencia en programa específico de psicogeriatría: 47.2%

Problemática específica: Demencia 15.6%; Comorbilidad 44.1- 67.9%; Polifarmacia 61%; Problemática social 12.7- 25.6%; Institucionalización 10.9%

Respuestas al cuestionario por parte de los MAP: 26 (78.8% del total de Facultativos). 17 (65.4%) consideran complejo el abordaje del paciente psicogerítrico. 23 (88.5%) consideran que su abordaje de estos pacientes podría mejorar bastante o mucho mediante sesiones formativas; específicamente en el abordaje de las alteraciones de conducta en el paciente con demencia y el uso de antipsicóticos en el anciano. 16 (61.5%) considerarían bastante o muy beneficiosa la interconsulta con Psiquiatría para el abordaje de estos pacientes.

Se señalan asimismo limitaciones en la asistencia actual al paciente psicogerítrico en CSM, tal como la demora en las citas (73%), la dificultad de traslado del paciente (46%) y el uso excesivo de medicación (38.5%).

Lecciones Aprendidas: Existe una necesidad desde Atención Primaria en relación a la mejora de la asistencia en el paciente geriátrico debido a la demanda creciente de servicios asistenciales y sociales para dicha población y la complejidad del mismo.

C276/19: NUEVOS RETOS: "LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA"

Primer autor: *Gemma Cordero Giménez*

Coautores: *Cristina Soler González, M^a Angeles Yarza Jordano, José Belda Hijano, Alejandro Rubio Fernández, Carmen Martín Martínez*

Centro: *Centro de Rehabilitación Psicosocial N^a Sra. del Pilar*

Resumen:

Introducción: La introducción de la figura del psicólogo clínico en atención primaria representa un reto para la sanidad en Aragón en los próximos años. Poder orientar los nuevos modelos de atención comunitaria hacia la interdisciplinariedad reforzaría el concepto de recuperación y empoderamiento de los usuarios; además, también representaría una descarga significativa y una potencial reducción de las listas de espera de las unidades de salud mental.

Objetivos e Hipótesis: Planteamos la incorporación del psicólogo clínico al equipo de atención primaria con los objetivos siguientes: Generar un rol activo en las actividades de prevención de la salud mental que favorezca el cambio en el propio usuario. Fomentar la prevención y promoción de la salud en el ámbito comunitario, reduciendo la cronificación. Aumentar la atención psicológica y psicoeducativa generando una reducción de la ingesta de psicofármacos. Poder detectar casos de trastorno mental grave que precisen su derivación a los dispositivos de salud mental especializada (espectro autista, psicosis, depresión o suicidio entre otros). Mejorar la salud mental y la calidad de vida de los pacientes con patología crónica. Atender casos de gravedad leve y moderada, generando una reducción significativa de las listas de espera de los centros de salud mental. Ofrecer un abordaje bio-psico-social de los usuarios en atención primaria.

Métodos: El Centro de Atención Primaria "Delicias Sur" (Zaragoza), incluyó la figura del residente de psicología clínica en su cartera de servicios. Durante los meses de enero a agosto, los residentes de psicología clínica del sector III, realizan su actividad profesional en dicho centro.

Resultados: Se han analizado los resultados obtenidos de las intervenciones realizadas por los residentes de psicología clínica en este centro de atención primaria durante el periodo de un año. Los diagnósticos más frecuentes señalados por los MAP fueron de ansiedad (64,63%) y los de adaptación (35,36%).

Conclusiones: El dispositivo de Psicología Clínica de Atención Primaria es una unidad intermedia entre los médicos de Atención Primaria y las unidades especializadas por lo que se atiende sintomatología menos grave y menos definida que en las Unidades de Salud Mental y que supone un apoyo y una descarga importante para estos.

C299/19 TRATAMIENTO CON FÁRMACOS ANTICOLINÉRGICOS E INHIBIDORES DE LA ACETILCOLINESTERASA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Primer autor: *Miren Arantzazu Garcia Colinas*

Coautores: *José Antonio Oliván Usieto, Edgar Fernández Alonso, Esther Trillo Sallán, Miguel Guiu Campo, Carmen Sánchez-Celaya Del Pozo, Laura Ballester Marco, Irene Beltrán Marín*

Centro: *Dirección Ap Sector Alcañiz*

Resumen:

Los fármacos inhibidores de acetilcolinesterasa (IACE) se utilizan para el tratamiento de los síntomas de la enfermedad de Alzheimer (EA). Pueden causar síntomas secundarios colinérgicos, e inducir la prescripción de fármacos anticolinérgicos, que reducen la eficacia de los IACE llevando a un empeoramiento cognitivo, que puede ser erróneamente atribuido a progresión de la EA, y por ello se consideran inapropiados en pacientes ancianos.

Objetivo. Conocer la prevalencia de pacientes con EA >75 años, prescripción concomitante de IACE y al menos un fármaco de elevado riesgo anticolinérgico, identificarlos e informar a los médicos responsables para que valoraren la idoneidad de los tratamientos.

Metodología. Estudio descriptivo transversal de pacientes del Sector Alcañiz con diagnóstico de EA, >75 años, con prescripciones activas de un IACE y, al menos un fármaco de elevado efecto anticolinérgico. (riesgo=3 en la escala ACB-2012 adaptada) en mayo 2019.

Desde la comisión de URM del sector se propone la colaboración entre los servicios de MFyC-neurología – farmacia atención primaria (SFAP), que se ratifica en la comisión de URM-AP.

Desde el SFAP se envió el listado de pacientes afectados a neurología. Los médicos de familia consultan el listado de sus pacientes y tratamientos en el cuadro de mandos de farmacia (CMF) que se actualiza mensualmente, junto con unas recomendaciones.

Por otro lado, se analizará a través del Data Farmacia en julio y octubre si se ha reducido o eliminado la carga anticolinérgica de los pacientes, o si se ha eliminado el IACE, y se expondrá en las comisiones URM.

Resultados. En Aragón hay 15.000 pacientes diagnosticados de EA, de los que 7.717 con EA >75 años están en tratamiento con un IACE y 2.390 con la interacción estudiada (33,58%). En el Sector Alcañiz hay 457 pacientes con EA >75 años en tratamiento con un IACE y 160 con la interacción estudiada (35,01%). Los médicos ya disponen de los listados desde mayo 2019.

Conclusiones. La prevalencia de la interacción IACE-anticolinérgicos es relevante, afectando a población vulnerable. Los resultados apoyan la necesidad del CMF como sistema de ayuda a la prescripción que alerta de la interacción y sus consecuencias, y la colaboración multidisciplinar liderada por el farmacéutico AP.

Lecciones. La revisión de tratamientos en base a parámetros de seguridad es solicitada y valorada en las comisiones URM, y bien acogida por los médicos. Estas actuaciones mejoran la seguridad del paciente, el uso de los fármacos y de los recursos sanitarios.

COMUNICACIONES MESA 10

Sala de Exámenes (Planta 2ª)

Moderadora: Sagrario López Ibáñez

Código	Título	Autor	Centro
C004/19	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO PROFESIONAL Y PERSONAL DE LOS MANDOS INTERMEDIOS DE ENFERMERÍA	M ^a Elena Gálvez Herrando	Hospital Universitario Miguel Servet
C007/19	EFFECTO DE LA CREACIÓN DE LA SUPERVISIÓN DE ENFERMERÍA DE ADMISIÓN Y GESTIÓN DE PACIENTES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS	Abel David Antón Basalo	Hospital Universitario Miguel Servet
C014/19	TIEMPO ES CEREBRO: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE ICTUS EN LA POBLACIÓN GENERAL Y LOS PROFESIONALES SANITARIOS	Marta Manero Solanas	Hospital Universitario Miguel Servet
C016/19	ELABORACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA MOVILIDAD EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA	María Elena Castro Vilela	Hospital San José
C021/19	¿PODEMOS CONSEGUIR MAYOR SATISFACCION DEL PERSONAL MEDIANTE EL CAMBIO DE LA GESTION DEL RECURSO HUMANO?	Ana M ^a Latorre Izquierdo	Hospital Universitario Miguel Servet
C022/19	MEJORAR LOS CUIDADOS DEL PACIENTE ONCOPEDIÁTRICO CON LA CARTILLA DE REGISTRO PARA EL CONTROL DEL RESERVORIO SUBCUTANEO	Richard Berenguel Lovaco	Hospital Universitario Miguel Servet
C029/19	IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE FORMACIÓN EN LA ATENCIÓN A PACIENTES ONCOLÓGICOS EN HOSPITAL DE DIA DEL HUMS	Rita Aguilar Gimeno	Hospital Universitario Miguel Servet
C051/19	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS A TRAVÉS DE UN CATÉTER SUBCUTÁNEO	Ana Isabel Cabrero Claver	Hospital Sagrado Corazón De Jesús
C0204/19	PUESTA EN MARCHA DE UN NUEVO MODELO ASISTENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA	Nuria Val Jimenez	Centro De Salud Ejea De Los Caballeros
C0240/19	LIDERAR LA TRANSFORMACIÓN DE LA ACTIVIDAD ENFERMERA TRADICIONAL EN CONSULTAS HACIA UN "NUEVO MODELO" DE PRÁCTICA	Elena Altarribas Bolsa	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
C0241/19	SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN OPERACIONAL DE LAS UNIDADES DE ENFERMERÍA.	Elena Altarribas Bolsa	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

C004/19: PROMOCIÓN DEL DESARROLLO PROFESIONAL Y PERSONAL DE LOS MANDOS INTERMEDIOS DE ENFERMERÍA

Primer autor: M^a Elena Gálvez Herrando

Coautores: Nieves López Ibort, Delia González de la Cuesta, Teresa Antoñanzas Lombarte, Silvia González Horna, Carmen Carmona Ruiz, M^a Carmen Luna Torres, M^a Luz Navarro Inuñez

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet

Resumen:

El relevo generacional de los mandos intermedios es un acto que se convierte en todo un reto cuando es más del 65 % el que se realiza en tres años. Tanto los nuevos supervisores, como los veteranos presentan altos niveles de estrés y ansiedad, unos por soledad e inseguridad y otros por sobrecarga de trabajo al tener que desempeñar el suyo y tutorizar a los noveles. Para dar respuesta a esta situación, dentro del programa "Personas para Personas" en el cual se desarrolla la "Gestión por competencias" se crean cuatro espacios competenciales: Compartir experiencias (espacio de conocimientos), Tómame un respiro (espacio relajante), Madurez grupal (espacio motivacional) y Desarrollo Competencial (espacio de habilidades) El objetivo de estos espacios es el acompañamiento en el desarrollo profesional y personal de estos mandos intermedios.

Objetivo:

- Conocer como se está viviendo la puesta en marcha de estos espacios desde el punto de vista de los participantes.
- Saber la repercusión que están teniendo éstos en los profesionales.
- Valorar el impacto de estos espacios en la organización.

Material y Métodos: Se realizó un análisis cuantitativo mediante un *focuss group* en el que participaron doce supervisores referentes como participantes en el programa. En la convocatoria se incluyó las preguntas de investigación dirigida 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 para realizar una grabación de la sesión con el fin de extraer conclusiones más adelante.

Resultados: La participación en estos espacios es muy alta. Los participantes consideran que el tiempo invertido es una inversión tanto para ellos como para la organización. El 95% recomiendan su implantación en otros hospitales. Se considera de forma mayoritaria que es una manera de ampliar conocimientos, mejorar habilidades, aumentar la motivación y les hace mejores en su trabajo. Existe un interés en estos mandos en replicar el modelo en sus propias unidades.

Conclusiones: Los espacios competenciales crean redes que trascienden a ellos mismos. Se deberían realizar en todas las organizaciones. Replicar este modelo por parte de los supervisores en sus propias unidades sería el siguiente reto

C007/19: EFECTO DE LA CREACIÓN DE LA SUPERVISIÓN DE ENFERMERÍA DE ADMISIÓN Y GESTIÓN DE PACIENTES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

Primer autor: *Abel David Antón Basalo*

Coautores: *Héctor Sanmartín Allué, Juan Carlos Abad Cebolla, Beatriz García Langoyo, Marta Manero Solanas, Manuel Luis Pérez Camacho, Oscar Morales González. Natalia Martínez Morera*

Centro: *Hospital Miguel Servet*

Resumen: Evaluar el impacto, que, en la saturación en nuestro SUH, ha tenido la creación de la supervisión de enfermería de admisión y gestión de pacientes (SEAGP).

Material y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, analizando dos periodos separados por tres años de actividad del SEAGP. El primero, previo a la creación del puesto (2º semestre de 2015) y el segundo (2º semestre de 2018) posterior a la misma. Se estudiaron las variables, número de episodios e ingresos y traslados cursados desde urgencias, pacientes presentes en las salas de observación (SO) a las 8 a.m. (pendientes o no de ingreso) y tiempo estructural en el SUH. El análisis descriptivo de los datos aparece como media (intervalo de confianza del 95%) o como número absoluto de casos y porcentajes. En el estudio de las diferencias de grupos se asumió el nivel de significación cuando $p \leq 0,05$.

Resultados: En el segundo periodo de estudio, 67736 episodios acudieron al SUH, que supone un incremento del 8,74% respecto a 2015. De estos 8147 (12,03%) ingresaron y 1550 (2,29%) fueron trasladados a otro centro. Si bien los ingresos desde urgencias descendieron un 3,31%, los traslados aumentaron un 117,70% por nuevas concertaciones externas. Ello conllevó que la suma de ingresos y traslados se elevara un 6,12%. Respecto a los pacientes pendientes de ingreso en las SO a las 8 a.m. la media fue de 30,27 IC 95% (28,64-31,90) en 2015 y de 24,72 IC 95% (23,02-26,42) en 2018. Asimismo, en 2018, el número de días en situación de Alerta I, que es el mejor escenario planteado, fue 93 un 36,76% mejor. En los pacientes presentes en las SO a las 8 am, las medias fueron 53,95 IC 95% (52,18-55,71) en 2015 y 45,41 IC 95% (43,64-47,18) en 2018, siendo 19 los días en Alerta I en 2018, aumentando un 18,75%. Ambas diferencias eran estadísticamente significativas $p < 0,001$. En 2018, los pacientes ingresados con gestión exclusiva por los SEAGP fueron 4346 (53,34%) y su media del tiempo estructural, en horas, fue 11,79 IC 95% (11,39-12,19) cuando en 2015 fue 15,15 IC 95% (14,65-15,65), hallándose también ésta diferencia estadísticamente significativa. La proporción de pacientes con tiempo estructural >24 h y >12 h descendió un 26,65% y un 19,33% respectivamente entre ambos periodos.

Conclusiones: La creación de la SEAGP, ha supuesto una mejora para el SUH, pues junto con el aumento de la concertación de camas en otros hospitales, contribuye a agilizar tanto los ingresos de los pacientes, como a disminuir la saturación que el ineficaz drenaje de estos pacientes a hospitalización crea.

CO14 /19: TIEMPO ES CEREBRO: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE ICTUS EN LA POBLACIÓN GENERAL Y LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Primer autor: *Marta Manero Solanas*

Coautores: *Ezequiel Montero García, Nieves López Ibor, Silvia Garcés Horna, Héctor San Martín Allué, Ana Pérez Calvo, Eva María Graciada Pérez, Sonia Sánchez Escobedo.*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Estimar el conocimiento de la población sobre el término ictus, sus factores de riesgo, los síntomas para su detección y la actitud a seguir ante éstos. Promover actividades de mejora asistencial y estrategias educativas

Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo comparativo mediante un cuestionario electrónico de siete preguntas cerradas, que evaluó el conocimiento de la población sobre el ictus. Se recogieron variables antropométricas, demográficas, término ictus, factores de riesgo, síntomas y la relevancia de ser una patología tiempo-dependiente. La población de estudio fue personal sanitario y población general de Aragón; en todo momento se garantizó el anonimato y confidencialidad de los encuestados. Análisis estadístico mediante el SPSS versión 20.

Resultados: 2138 cuestionarios, 1504 mujeres y 634 hombres. El 95,3% reconoció correctamente el término ictus y casi el 96% de los encuestados consideró el ictus una enfermedad tiempo-dependiente. En cuanto a la edad, un 60% tiene entre 31-60 años, siendo el grupo con mayor conocimiento sobre sintomatología. Sólo un 22,2% reconoció los cuatro: Hipertensión arterial (HTA), diabetes (DM), tabaco y colesterol alto como FR; un 45% señaló al menos tres. La HTA fue el más indicado (98%), y la DM el menos (31%). Se consideró un buen conocimiento, indicar 3 síntomas de un ictus (87,4%). Sólo un 56,7% identificó los cuatro síntomas propuestos. Siendo la pérdida súbita de visión el menos reconocido. El mejor conocimiento, se relacionó con el grupo de profesional sanitario y género femenino.

Conclusiones: Nuestro estudio refleja un déficit de conocimiento sobre determinados FR y síntomas de alarma. Se objetiva una mejora en los conocimientos sobre término ictus, en relación a un estudio de 2015, del Complejo Hospitalario de Cáceres, en el que un 49,5% no había oído nunca dicho término. El ictus es la segunda causa de muerte en España y afecta a unas 2800 personas al año en Aragón, los factores de riesgo de este estudio son todos modificables y la población que es el eslabón más importante para la prevención, los debe reconocer; del mismo modo, detectar un ictus a tiempo, es determinante para el pronóstico y la calidad de vida del paciente. En este marco, se han planificado intervenciones educativas y de formación por parte de enfermería, para los aspectos en los que se ha constatado un déficit de información, y para continuar con la línea de mejora en la asistencia al ictus.

CO16 /19: ELABORACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA MOVILIDAD EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA

Primer autor: *María Elena Castro Vilela*

Coautores: *Carlos Gala Serra, Mercedes Forcano García, Purificación Montero Cercos, Inmaculada Ponz Flor, Laura Fandos Sierra, María Ángeles Doñate Baselga, Carmen Esteban Montalar*

Centro: *Hospital San José*

Resumen:

Implantar un protocolo de movilización temprana, que incluya la participación de pacientes, familiares y personal sanitario. Prevenir el deterioro funcional hospitalario

Material y Métodos: Creación de equipo interdisciplinar: geriatras, enfermeras, auxiliares de enfermería, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional. Búsqueda bibliográfica: estrategias de promoción de movilidad durante hospitalización. Reuniones periódicas organizativas. Población: pacientes ingresados en la unidad de agudos - Hospital San José. Los pacientes se agruparon en tres categorías: Nivel A: Deambulación con o sin ayuda. Nivel B: Transferencias a sillón. Nivel C: Encamado. Se excluyeron pacientes con criterios de cuidados paliativos, demencias severas y pacientes con I. Barthel < 20. Valoración de la movilidad en las primeras 24 horas, durante hospitalización y al alta. Registro de Índice de Barthel basal, ingreso y alta. Recolección de datos: 3 meses (abril-junio 2018). Variables epidemiológicas y clínicas.

Resultados: Creación de equipo interdisciplinar: geriatras, enfermeras, auxiliares de enfermería, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional. Búsqueda bibliográfica: estrategias de promoción de movilidad durante hospitalización. Reuniones periódicas organizativas. Población: pacientes ingresados en la unidad de agudos - Hospital San José. Los pacientes se agruparon en tres categorías: Nivel A: Deambulación con o sin ayuda. Nivel B: Transferencias a sillón. Nivel C: Encamado. Se excluyeron pacientes con criterios de cuidados paliativos, demencias severas y pacientes con I. Barthel < 20. Valoración de la movilidad en las primeras 24 horas, durante hospitalización y al alta. Registro de Índice de Barthel basal, ingreso y alta. Recolección de datos: 3 meses (abril-junio 2018). Variables epidemiológicas y clínicas.

Conclusiones: Conseguir la instauración de un protocolo de movilización temprana en el Hospital San José ha sido posible con un buen grado de implicación del grupo de trabajo, personal sanitario, pacientes y familiares, aunque con un amplio margen de mejora. En nuestra población de estudio, el perfil del paciente con deterioro funcional hospitalario es un varón, mayor de 85 años, institucionalizado, con dependencia previa moderada, demencia, desnutrición y delirium durante la hospitalización. Creemos que, en el futuro inmediato, esta estrategia se puede hacer extensiva a otras unidades y servicios del hospital.

C0021 /19: ¿PODEMOS CONSEGUIR MAYOR SATISFACCION DEL PERSONAL MEDIANTE EL CAMBIO DE LA GESTION DEL RECURSO HUMANO?

Primer autor: Ana M^a Latorre Izquierdo

Coautores: Richard Berenguel Lovaco, M^a Del Mar Bruna Martín, José Carlos Marín Portero, Esther Gallego Casas, Marina Ramón Bruna, Adrián Romero Berenguel, M^a José Martínez Blasco

Centro: Hospital Miguel Servet

Resumen:

La Gestión de Recursos Humanos es el proceso administrativo aplicado al incremento y preservación del esfuerzo, las prácticas, la salud, los conocimientos y las habilidades de los miembros de la estructura, en beneficio del sujeto, la organización y la sociedad. La gestión de RR.HH. es más una inversión que un gasto y tiene como finalidad conseguir resultados en salud para incrementar la calidad, la eficiencia y disminuir los errores lo que conlleva mayor efectividad y mejora en la relación con el paciente. Objetivos: Conseguir mediante la buena gestión y optimización del recurso la satisfacción del personal. Dar cobertura a las necesidades existentes.

Material y Métodos: En 2016 contábamos con un pool de 10 enfermeras y 11 TCAES con turnos preestablecidos más una media de 5 contratos eventuales de cada categoría para cubrir necesidades. En numerosas ocasiones las fiestas solicitadas no coincidían con lo que en ese momento había disponible no pudiendo dar cobertura. Este personal debía acudir al principio del turno a la Subdirección para que les asignaran unidad, cubriendo o por encima de plantilla al no existir necesidad en ese turno. Todo esto creaba insatisfacción tanto en el personal de pool como en las unidades. En enero de 2017 tras un estudio exhaustivo de los recursos y las necesidades, se decide hacer una reorganización de personal que lleva a aumentarla plantilla en determinadas unidades y a disminuir el pool, quedando 5 enfermeras y 5 TCAES con turno establecido y con el compromiso de que estén libres para incidencias de última hora. Se establece la contratación de personal eventual renovable mes a mes al que se le asigna un turno según las necesidades previstas asegurando el disfrute de un fin de semana al mes y la posibilidad de solicitar fiestas como el resto del personal y siempre, si la demanda lo permite, procurando que desarrollen su actividad en las mismas unidades.

Resultados: El grado de satisfacción del personal de las unidades es mayor ya que se da una cobertura de un 99% de su demanda siempre que se respeten los mínimos de antigüedad en las presencias. Contamos siempre con una persona de cada categoría para cubrir descubiertos de última hora.

Conclusiones: El personal eventual tiene alto grado de satisfacción ya que conoce de antemano el turno, la ubicación y tiene posibilidad de solicitar fiestas como el resto del personal.

CO22/19: MEJORAR LOS CUIDADOS DEL PACIENTE ONCOPEDIÁTRICO CON LA CARTILLA DE REGISTRO PARA EL CONTROL DEL RESERVORIO SUBCUTANEO

Primer autor: *Richard Berenguel Lovaco*

Coautores: *Ana M^a Latorre Izquierdo, M^a Del Mar Bruna Martin, José Carlos Marín Portero, Esther Gallego Casas, Marina Ramón Bruna, Adrián Romero Berenguel, M^a José Martínez Blasco*

Centro: *Hospital Miguel Servet*

Resumen:

El tratamiento actual del paciente pediátrico, con patología onco-hematológica, exige la utilización de pautas terapéuticas agresivas prolongadas en el tiempo. Ante esta situación, es imprescindible someter a dichos pacientes a la implantación de catéteres venosos centrales de larga duración: catéteres tunelizados tipo Hickman® y reservorios subcutáneos. El empleo del reservorio subcutáneo conlleva una serie de ventajas para el paciente: • Posible uso fuera del ámbito hospitalario que mejora su calidad de vida. • Menor riesgo de infecciones • Utilización sencilla, segura y duradera que proporciona un acceso venoso rápido y de calidad. Es esencial tanto para los profesionales como para los propios pacientes y sus familias tener un conocimiento tanto de los cuidados como de las posibles complicaciones que pueden derivar del uso continuado de estos dispositivos, por lo que se hace imprescindible poder contar con una herramienta única donde registrar los cuidados realizados, tanto a nivel hospitalario como en el domicilio.

Objetivos: Garantizar la continuidad y la seguridad en los cuidados de los catéteres de larga duración, tipo reservorio, implantados en los niños con patología onco-hematológica mediante el uso de un único registro, que recoja todas las intervenciones realizadas, tanto a nivel hospitalario como a nivel domiciliario para mejorar la continuidad de cuidados y así evitar posibles situaciones adversas derivadas de mala praxis.

Material y Métodos: Tras detectar la necesidad de conseguir un consenso, tanto en los cuidados como en el registro único de los mismos, que se realizan a los pacientes portadores de reservorios subcutáneos tanto en el ámbito hospitalario como en el domicilio se procede a la creación de un grupo de trabajo multidisciplinar para la creación de una cartilla de registros acompañada de una hoja de recomendaciones. Tras la elaboración de la misma y la implementación se realiza encuesta de satisfacción tanto al personal como a los pacientes y sus familias.

Resultados: De las 51 personas encuestadas 42 consideraron útil el uso de la misma; 2 no vieron utilidad y 7 no saben o no contestan.

Conclusiones: Se hace evidente la utilidad de dicha herramienta que facilita tanto el control como el seguimiento de los cuidados administrados, así como el adiestramiento tanto a profesionales de nueva incorporación, pacientes y familias.

CO29/19: IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE FORMACIÓN EN LA ATENCIÓN A PACIENTES ONCOLÓGICOS EN HOSPITAL DE DIA DEL HUMS

Primer autor: *Rita Aguilar Gimeno*

Coautores:

Lorena Morales Hijazo, Belén Fernández Castro, Laura Grima Campos

Centro: *Hospital Miguel Servet*

Resumen:

Objetivos:

- Formar adecuadamente al personal de enfermería de nueva incorporación al servicio de hospital de día oncológico del HUMS.,
- Garantizar una asistencia óptima a los pacientes oncológicos, evitando errores, para mejorar así la seguridad en el trabajo.
- Reducir el grado de ansiedad generado en el personal al incorporarse al servicio facilitando, con ello, una mejor acogida.

Material y Métodos: Preparar dos sesiones formativas dirigidas al personal de enfermería de nueva incorporación en HD, que incluya:

Sesión 1: Recorrido y dinámica del paciente oncológico que acude a tratarse a HD

Sesión 2: Manejo de fármacos administrados en oncología, haciendo especial hincapié en aquellos que se considera que pueden requerir más complicación en su aprendizaje, así como, la forma de actuar en caso de urgencia y/o extravasación. Evaluar, al finalizar, el conocimiento adquirido durante las sesiones impartidas. Realizar una tarjeta de información clave, esquematizada, para poder dar apoyo en caso de duda al personal de enfermería. Elaborar una encuesta que deberá completar el personal formado, al final del programa, para evaluar su grado de satisfacción con el mismo.

Resultados: Se ha observado que la formación previa en servicios específicos aumenta la seguridad del trabajador mejorando, a la vez, la calidad asistencial de nuestros pacientes. De la misma manera el proporcionar un medio de soporte (como son las tarjetas de información clave) reduce el riesgo de errores y refuerza la formación adquirida. Todo esto consigue reducir la ansiedad provocada en el personal que se incorpora y se enfrenta a estos servicios que requieren unos cuidados tan especiales.

Conclusiones: La confianza del paciente aumenta al recibir cuidados por profesionales formados específicamente. La seguridad obtenida mediante la formación se transmite al paciente, que es capaz de percibirlo al recibir su tratamiento. El poder acudir a un soporte informativo en el quehacer diario facilita el modo de actuar en un momento preciso ayudando, a la vez, a reforzar los conocimientos adquiridos. Todo ello contribuye a disminuir el grado de ansiedad del personal de nueva incorporación.

Lecciones aprendidas: El paciente al sentir confianza en la profesionalidad y habilidades del personal de enfermería es capaz de abrirse emocionalmente manifestando su estado anímico, dudas, miedos, inseguridades...pudiendo proporcionar, así, un cuidado integral que garantizará una mejor calidad asistencial en nuestro servicio.

C051/19: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS A TRAVÉS DE UN CATÉTER SUBCUTÁNEO

Primer autor: *Ana Isabel Cabrero Claver*

Coautores: *Yolanda Puértolas Güerri, Gema Auría Genzor, Adriana Narvió Carriquiri, Visitación Ortega Riba*

Centro: *Hospital Sagrado Corazón De Jesús*

Resumen:

Objetivos: Mejorar la calidad asistencial proporcionando confort, evitando contenciones, efectos adversos, disminuyendo la variabilidad en los tratamientos y estandarizando los cuidados de enfermería en el uso de la vía subcutánea para los citados tratamientos.

Metodología:

Cronograma de elaboración

2016-2017

- Revisión bibliográfica en bases de datos biomédicas y lectura crítica de los artículos seleccionados.
- Estudio prospectivo descriptivo sobre los pacientes ingresados en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús durante el año que precisaron para su tratamiento la utilización de un catéter subcutáneo.

2018 Elaboración de la guía

- Enunciado de las preguntas clínicas con el método PICO (Pacientes, Intervención, Comparación y Resultados)
- Clasificación de los niveles de evidencia y grados de recomendación según el método GRADE
- Elaboración de una lista de fármacos para uso por vía subcutánea.

2019 proceso de revisión externa y conclusión de la guía

Pendiente de implementación en la segunda mitad del año 2019. La guía se ha incluido en los planes de formación del Sector de Huesca.

Resultados Y Conclusiones

La elaboración de esta guía ha evidenciado que la administración de fármacos a través de un catéter subcutáneo es una alternativa terapéutica eficaz para la hidratación, sedación y control de algunos síntomas, aunque su uso no es posible con todos los fármacos.

La utilización de catéteres subcutáneos no metálicos ha permitido reducir los accidentes biológicos y proporcionar mayor confort al paciente, mejorando la tolerancia a esta alternativa terapéutica. Esperamos que esta guía ayude a disminuir la variabilidad y la diferencia de criterios en el uso de la vía subcutánea desde el punto de vista de los cuidados de enfermería, así como su indicación terapéutica.

C204/19: PUESTA EN MARCHA DE UN NUEVO MODELO ASISTENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

Primer autor: *Nuria Val Jiménez*

Coautores: *Alba Gállego Royo, Camelia Valentina Mares, Raquel Llera Guerra, Ana Rivera Fuertes, Merche Romeo Lamban, Fernando Lahoz García, Monica Barrios Miguel*

Centro: *C.S. Ejea de los Caballeros*

Resumen:

Modelo asistencial presentado en las Jornadas de Calidad Calatayud2018: Consultas monográficas y Consulta indemorables: Adaptación del equipo(EAP) y gestión de la demanda. Contratación de personal para desarrollar el proyecto.

Método: Proceso: Persona contratada1: Realización/Sustitución persona encargada de consulta indemorable. Persona contratada2: Consulta de indemorables/Sustitución otra persona del EAP. Lunes no se realiza consulta monografía por una mayor demanda asistencial. Consulta monográfica: Horario: 8:30a11:00. Cirugía menor(martes)/Infiltraciones(miércoles)/Bienestar emocional(jueves)/Tabaquismo(viernes). Nueva agenda de indemorables. Análisis descriptivo.

Resultados: Inicio del proyecto: junio 2018 (nuevos contratos). Evaluación inicial: Septiembre/Octubre en colaboración con el equipo de admisión, decidiendo: aumento de demanda no presencial: protocolo renovación y visado de receta electrónica; y gestión de ILT. Noviembre-Diciembre: Presentación protocolo al EAP y criterios de derivación.

Enero 2019: Funcionamiento a pleno rendimiento.

Evaluación de resultados: C. Indemorable: Inicial: 30-40 paciente diarios. Demora en la siguiente visita:3-7 días para su médico de familia. Intermedio:23,72 pacientes diarios. Media: 2,5pacientes de cada cupo/día, demora en la siguiente visita entre 1-3días.

C. Monográficas: Resultados(3meses): [Monografía (nº de pacientes/nº de pacientes no acuden)]Cirugía menor (59/4); Infiltraciones (89/2);

Bienestar emocional (74/16); Tabaquismo (22/1). Las personas contratadas realizan sustituciones de forma habitual, evitando cerrar consultas y manteniendo una demora entorno a las 24-48 horas. Además, forman parte del equipo, estando incluidas en los proyectos de calidad y gestión. La consulta de indemorables resuelve situaciones que requieren gestión urgente. Se realiza educación para la salud.

Conclusiones: Es posible gestionar la demanda, disminuyendo la demora, aumentando la demanda no presencial y mayor educación para la salud. Mejora de los contratos eventuales, con larga duración y permitiendo la estabilidad laboral evitando la precariedad laboral. Permitir a los profesionales con inquietudes y habilidades concretas llevarlas a cabo durante la jornada laboral para mejorar la asistencia a la población.

Lección aprendida: Adaptación de la atención longitudinal: El cupo no es responsabilidad de un profesional sino de todo el EAP. Compartir pacientes entre profesionales: Homogenizar cuidados, intercambio conocimientos y estimula aprendizaje. Organización: Planificación, evaluación: necesidad tiempo en agenda.

C240/19: LIDERAR LA TRANSFORMACIÓN DE LA ACTIVIDAD ENFERMERA TRADICIONAL EN CONSULTAS HACIA UN “NUEVO MODELO” DE PRÁCTICA

Primer autor: *Elena Altarribas Bolsa*

Coautores: *Pilar Cascan Herreros, Pilar Fuster Dieste, Pilar Ibáñez Tenas, Agustín Guijarro Casado, Myrian Sáez de Guinoa, Carmen Rebollo Pina, Ignacio Barrasa Villar*

Centro: *Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

Resumen:

En el Hospital Clínico se realizan anualmente unas 450.000 consultas médicas, muchas de ellas con apoyo enfermero en tareas de menor cualificación.

Según Beortegui et al (2012), los cambios sociales y políticos han creado un aumento en la demanda de atención que permite el surgimiento de diversos perfiles profesionales bajo el término Enfermera de práctica avanzada. Enfermera que ha adquirido una base de conocimiento experto, habilidades para la toma de decisiones y competencias clínicas para una práctica extendida. En España, debido al proceso de Bolonia, la formación de posgrado, estos perfiles han comenzado a emerger y a tener un impacto positivo. Según Martín et al (2015), algunas pruebas indican que los profesionales de enfermería en funciones de atención ambulatoria especializada mejoran los resultados de los pacientes. Sin embargo, existe una gran asimetría (formación-puesto de trabajo) con la práctica asistencial de los hospitales.

Por estas razones, el Equipo de Dirección apostó por liderar la transformación de la actividad enfermera tradicional en consultas hacia un “nuevo modelo” de servicios, competencias y roles.

Objetivo: Implantar y evaluar Consultas de Enfermería en Atención Especializada del Sector Sanitario Zaragoza III

Metodología: 1) Identificación de áreas clínicas y tipo de consultas a implantar; 2) Diseño de los componentes mínimos de cada consulta; 3) Despliegue de una estrategia de implementación; 4) Evaluación de resultados; 5) Gestión del conocimiento generado (investigación).

Resultados: 1) Nº de consultas implantadas en 2018: 51; 2) % de áreas clínicas cubiertas 73,5% ; 3) Nº de consultas totales año: 51.451; 4) Nº de consultas de seguimiento y cuidados: 49.728; 5) Nº de consultas de técnicas y procedimientos: 1723; 6) “Visibilizar” sistemáticamente la actividad de enfermería con el paciente ambulatorio (actividad, prestaciones); 7) Desarrollar el trabajo enfermero desde su máximo nivel de cualificación; 8) Implantar consultas de enfermería de práctica avanzada; 9) Potenciar el conocimiento y aprendizaje continuo; 10) Difundir y alinear la actividad de enfermería con los objetivos del hospital; 11) Mejorar el trabajo en equipo y la coordinación entre las unidades y Atención Primaria y, 12) Satisfacción Profesional.

C241/19: SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN OPERACIONAL DE LAS UNIDADES DE ENFERMERÍA

Primer autor: Elena Altarribas Bolsa

Coautores: Pilar Fuster Dieste, Pilar Ibáñez Tenas, Agustín Guijarro Casado, Rosario Izquierdo Jiménez, Pilar Nieves Crespo, Isabel Baselga Soriano, Ignacio Barrasa Villar

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

Resumen:

La gestión de la información en los hospitales es un reto debido a la gran cantidad de información y al gran número de personas que participan en las funciones organizativas. La gestión de la información desempeña un papel importante en la prestación de atención y puede mejorarse con la tecnología de la información y la comunicación. La toma de decisiones directivas ocurre en niveles estratégicos, tácticos y operativos. Según Murtola et al (2013) los principales hallazgos que se han desarrollado son sistemas diferentes de información y comunicación para respaldar la gestión de la información de los directivos de enfermería; sin embargo, estos sistemas se centran principalmente en los niveles de decisión estratégicos y tácticos sin soporte de información en tiempo real y, además, la toma de decisiones operativas está débilmente apoyada.

En el mismo sentido, Peltonen et al, 2019, explican que los sistemas de información no apoyan suficientemente la toma de decisiones directivas enfermeras y que la información necesaria en la gestión operacional, del día a día en las unidades hospitalarias es desconocida. En los hospitales una decisión se toma normalmente sin mucho tiempo para buscar información o consejos. Por lo tanto, es imperativo que la información importante sea fácilmente accesible y en tiempo real.

Por estas razones y ante la falta de sistemas de información para la gestión operacional de enfermería en el Hospital Clínico Lozano Blesa nos planteamos desarrollar e implantar un sistema de información y comunicación para los directivos de enfermería (supervisores) que respalden su toma de decisiones.

Objetivo: Desarrollar e implantar un Sistema de Información para la Gestión Operacional de las Unidades de Enfermería.

Metodología: Definición de los componentes del sistema de información y estrategia de implantación.

Resultados: 1) Gestionar las incidencias diarias de forma accesible, inmediata en todas unidades de gestión enfermera (N= 5246); 2) Facilitar el conocimiento y aprendizaje a través del sistema de incidencias; 3) Difundir y alinear el trabajo enfermero con los objetivos del hospital; 4) Proporcionar información operativa para la gestión diaria enfermera; 5) Mejorar el trabajo en equipo y coordinación entre las unidades; 6) Unificar criterios sobre política de personal; 7) Tiempo ganado por eliminación de tareas innecesarias =700h; 8) N° de unidades con cuadro de mandos online - suministros, farmacia, personal- 38/38=100%; 9) 100% unidades con manual de normativa RRHH; y 10) 10 reuniones /año con cada.

COMUNICACIONES MESA 11

Aula 1 (Planta 1ª)

Moderadora: María Nuria Sanllehi Vila

Código	Título	Autor	Centro
C034/19	PROPUESTA DE MEJORA EN FASE PREANALÍTICA: ¿CÓMO DISMINUIR LA INCIDENCIA “MUESTRA NO RECIBIDA”?	Raquel Lahoz Alonso	Servicio de Bioquímica Clínica. Hospital Miguel Servet
C044/19	ADAPTACIÓN DEL PROTOCOLO DE RECuento DE ADDIS PARA LA MEJORA DE SU VALOR DIAGNÓSTICO EN ENFERMEDAD GLOMERULAR	Paula Sienes Bailo	Servicio de Bioquímica Clínica. Hospital Miguel Servet
C048/19	REDUCCIÓN DE LA HEMÓLISIS DE MUESTRAS DE SUERO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO	Paula Sienes Bailo	Servicio de Bioquímica Clínica Hospital Miguel Servet
C066/19	PROYECTO DE MEJORA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL SERVICIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS.	Irene Ponz Martinez	Universidad De Zaragoza
C0128/19	DÉFICIT DE VITAMINA D ¿MITO O REALIDAD?	Marta Fabre Estremera	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
C0177/19	PROYECTO DE MEJORA EN LOS PROCESOS PREANALITICOS DE LOS CENTROS DE EXTRACCION Y RECOGIDA DE MUESTRAS PERIFERICOS.	Nuria Sanllehi Vila	Hospital Obispo Polanco
C0183/19	FIABILIDAD DE LA TIRA DE ORINA REACTIVA VS. BÁSICO DE ORINA EN PACIENTES NO CONTINENTES EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA	Daniel Ruiz Ruiz De Larramendi	Hospital infantil Universitario Miguel Servet
C0218/19	DETERMINACIÓN DE BIOMARCADORES EN LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO PARA LA APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	Laura Jarauta Lahoz	Hospital Obispo Polanco
C254/19	CALIDAD PREANALÍTICA EN LA DETERMINACIÓN DE HOMOCISTEÍNA	Ana Esmeralda Soriano Huerta	Hospital Universitario Miguel Servet
C260/19	BIGDATA EN GESTANTES. ESTABLECER VALORES DE REFERENCIA DE TSH PARA EL CRIBADO TIROIDEO EN EL PRIMER TRIMESTRE	Alba Alonso Llorente	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
C287/19	GESTIÓN DE LA DEMANDA DE LA SECCIÓN DE COPROCULTIVOS DE UN SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA DE UN HOSPITAL TERCIARIO	Miguel Moreno Hijazo	Hospital Universitario Miguel Servet

C034 /19: PROPUESTA DE MEJORA EN FASE PREANALÍTICA: ¿CÓMO DISMINUIR LA INCIDENCIA “MUESTRA NO RECIBIDA”?

Primer autor: *Raquel Lahoz Alonso*

Coautores: *Paula Sienes Bailo, María Rosa Gracia Matilla*

Centro: *Servicio de Bioquímica Clínica. Hospital Miguel Servet*

Resumen:

El proceso de Laboratorio Clínico es un sistema complejo formado por múltiples pasos en los que intervienen distintos profesionales, lo que conlleva la posibilidad de errores y retrasos en el diagnóstico. Estas incidencias deben ser medidas y controladas, adoptando las medidas de mejora oportunas. En nuestro caso estudiamos la incidencia derivada de muestras no recibidas en el laboratorio, por lo que el objetivo fue analizar la procedencia de las peticiones y la creación de una herramienta que permitiese disminuir el número de muestras no recibidas.

Material y Métodos: Estudio observacional retrospectivo desde octubre-2017 a abril-2018. Se evaluó el número de muestras no recibidas en el laboratorio de Bioquímica, indicando su procedencia. Como herramienta para la mejora de la calidad, se creó una tabla que engloba los diferentes perfiles de análisis de nuestro laboratorio, el tipo de tubo de extracción o recipiente para la recogida de muestra y el número necesario de ellos, que fue enviada a los centros de Atención Primaria. Durante octubre-2018 a abril-2019 se reevaluó el número de muestras no recibidas.

Resultados: Desde octubre 2017-abril 2018 hubo 8147 muestras no recibidas, de las cuales el 81,3% pertenecían a centros de Atención Primaria. El 40,4% pertenecen a centros del Sector 1, que no pueden consultar online estos perfiles, y el 59,6% al Sector 2. Desde octubre 2018-abril 2019 han sido 8455 muestras no recibidas, siendo el 83,2% de Atención Primaria. Por sectores, en el 1 han aumentado (42,1%) y en el 2 han disminuido (57,3%).

Conclusiones: Como mejora para la calidad se propuso el uso de esta nueva herramienta que de manera rápida y sencilla permite consultar los perfiles de pruebas del laboratorio. Esto cobra mayor importancia para aquellos centros a los que llegan solicitudes en formato papel que no tienen acceso rápido a la información desde los puestos de extracción. Como limitación contamos con la dificultad de una correcta evaluación de resultados, ya que el número de muestras no recibidas en la explotación estadística del sistema informático hace referencia al total de analíticas, no únicamente a aquellas en las que se solicita como perfil. En vista de los resultados, la implementación de la herramienta ha sido deficiente y se plantea insistir en su uso para reducir esta incidencia, así como en la concienciación del personal de enfermería de la necesidad de extraer todas las muestras solicitadas para evitar dar información incompleta al clínico, evitando retrasos diagnósticos y terapéuticos.

C044/19: ADAPTACIÓN DEL PROTOCOLO DE RECuento DE ADDIS PARA LA MEJORA DE SU VALOR DIAGNÓSTICO EN ENFERMEDAD GLOMERULAR

Primer autor: *Paula Sienes Bailo*

Coautores: *Rosa Gracia Matilla, Raquel Lahoz Alonso*

Centro: *Servicio de Bioquímica Clínica. Hospital Miguel Servet*

Resumen:

Introducción. La hematuria se define como la presencia en el sedimento urinario de ≥ 3 hematíes/campo en orina fresca centrifugada usando el objetivo 40X y el ocular 10X del microscopio óptico (MO) o >5 hematíes/mm³ en orina no centrifugada. Aunque pueda ser asintomática, es habitual en enfermedades uronefrológicas por lo que, tras confirmarla, conviene determinar su origen glomerular o no. Para ello, es importante estudiar el dismorfismo eritrocitario con el recuento de Addis, ya que ni el grado de hematuria ni otros hallazgos correlacionan con el origen o gravedad de la enfermedad. Este análisis se basa en el conteo de células, cilindros y cristales con MO en muestras de orina centrifugadas recogidas 2 horas después de la primera micción matinal. Si bien el % de hematíes dismórficos que indica lesión glomerular varía en la literatura, hay consenso al considerar la presencia de $\geq 5\%$ de acantocitos indicativo de hematuria glomerular.

Objetivo. Modificar la metodología y los informes emitidos sobre los recuentos de Addis que se realizan en el Laboratorio para obtener resultados de mayor valor diagnóstico con los que establecer el origen glomerular de la hematuria.

Método. Estudio descriptivo observacional retrospectivo de los recuentos de Addis realizados entre enero 2018 y marzo 2019 seguido de la revisión de historias clínicas de los pacientes con $\geq 5\%$ acantocitos para relacionar la sospecha de hematuria glomerular derivada de este recuento con otros eventos clínicos, de imagen o anatomopatológicos compatibles con enfermedad glomerular (EG).

Resultados. En el periodo citado se realizaron 151 recuentos de Addis, 62% a hombres y 38% a mujeres. El 14% pertenecía a niños de 1-14 años, 35,3% a adultos de 15-60 años y 50,7% a >60 años. De estos, 13 presentaron $\geq 5\%$ acantocitos (8,6%). La revisión de historias clínicas permitió establecer el origen glomerular de la hematuria en 9 de ellos y causas no glomerulares en solo uno. De los 3 pacientes restantes (23,1%) no se encontraron hallazgos que explicaran la causa de la hematuria en el momento de estudio.

Conclusión. Aunque existe buena correlación entre la presencia de $\geq 5\%$ acantocitos en orina y otros hallazgos indicativos de EG, en la búsqueda bibliográfica motivada por estos resultados se hallaron modificaciones en el protocolo de conteo de Addis destinadas a aumentar su valor diagnóstico como la emisión de resultados en términos de células o elementos/min en lugar de hacerlo en valores absolutos, con las que se pretende mejorar la calidad de esta herramienta.

C048/19: REDUCCIÓN DE LA HEMÓLISIS DE MUESTRAS DE SUERO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO

Primer autor: *Paula Sienes Bailo*

Coautores: *Rosa Gracia Matilla, Raquel Lahoz Alonso*

Centro: *Servicio de Bioquímica Clínica. Hospital Miguel Servet*

Resumen:

Introducción. La hemólisis de muestras de suero es un problema habitual en la práctica clínica, que altera los resultados analíticos y conduce al rechazo de parámetros y a la solicitud de nuevos especímenes. Los factores asociados con la hemólisis son varios, siendo los más relevantes el tipo de venopunción, el sistema válvula-catéter y el uso de sistemas de vacío.

Objetivo. Comparar la reducción del % muestras hemolizadas alcanzada usando: 1) un bioconector diferente al habitual y 2) tubos de bajo vacío.

Método. Para ello se condujeron dos estudios sucesivos, ambos observacionales, longitudinales y prospectivos. En ambos ensayos se incluyeron muestras de suero de pacientes de Urgencias sin distinción de edad, sexo ni patología y se compararon los índices de hemólisis de cada muestra con los de un tamaño muestral idéntico obtenido un año antes en el mismo Servicio:

1) Comparación del % de muestras hemolizadas obtenidas con el conector BD-Q-Syte, frente al ICU-Medical. Se analizaron 71 muestras de suero extraídas durante los días 18-20 de marzo de 2019 y 2018.

2) Comparación del % muestras hemolizadas obtenidas con el tubo de bajo vacío BD-Vacutainer 4 ml de vacío, frente al obtenido un año antes con el BD-Vacutainer 5 ml de vacío. Se analizaron 150 muestras de suero extraídas en el periodo 26/03-9/04 de 2019 y 2018.

Resultados. Con el conector Q-Syte se logró reducir la hemólisis un 5,64%, por la ausencia en este de una pieza presente en el conector anterior en la que se creaban turbulencias que presumiblemente favorecían la destrucción hemática. La gran limitación observada fue la frecuente obstrucción de los catéteres, que imposibilitaba la administración intravenosa de fármacos y requería limpiezas continuas. Con el tubo de bajo vacío se redujo la hemólisis un 22,67% gracias a su menor fuerza de aspirado que lograba reducir el impacto de los hematíes contra las paredes del tubo y su lisis. En este ensayo no se reportaron otras limitaciones.

Conclusiones. La menor reducción de la hemólisis lograda junto con la limitación que supone la obstrucción de los catéteres nos llevan a considerar el uso de tubos de bajo vacío como la mejor alternativa para reducir el % muestras hemolizadas en el Servicio de Urgencias. Esto supondrá una mejora en la práctica clínica al reducir el número de pruebas que son rechazadas debido a la posible interferencia de la hemólisis. Futuros estudios podrán considerar otros factores implicados como el lugar de punción, el tiempo de torniquete o el calibre de catéter empleado.

C066/19: PROYECTO DE MEJORA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL SERVICIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS.

Primer autor: *Irene Ponz Martínez*

Coautores: *María Iulia Catalina, Sara Gómez Civera*

Centro: *Universidad de Zaragoza*

Resumen:

Objetivos

Concienciar al personal enfermero de la importancia de la higiene de manos y uso de guantes en la técnica de venopunción.

Proponer un procedimiento estándar de actuación.

Método: Planificación: Selección del problema: se realiza un brainstorming. Se obtiene que la higiene de manos en el servicio de análisis clínicos es inadecuada y no se utilizan guantes en la venopunción. Los beneficios derivados de la solución del problema serán la disminución del riesgo de infección durante la extracción y la prevención de riesgos laborales.

Análisis del problema: mediante un análisis modal de fallos y efectos se analizan los problemas que se plantean en el proceso de extracción sanguínea. Se detectan fallos en la higiene de manos con agua y jabón, con solución hidroalcohólica y el uso de guantes. Los pasos con mayor puntuación son los 2 últimos.

Implantación:

Se realizarán 2 actividades al personal enfermero, un taller sobre higiene de manos (con lámpara de luz ultravioleta) y se entregará un poster del procedimiento de la extracción sanguínea.

El objetivo será concienciar sobre la importancia de la higiene de manos con solución hidroalcohólica, realizando una encuesta previa al lavado y posterior.

Se colocará en cada box de extracción un dispensador de solución hidroalcohólica y un poster explicativo sobre su uso.

Evaluación: Se hará cada 15 días durante 4 meses. Se revisará el porcentaje de cumplimiento de los objetivos, a través de 2 indicadores:

Nº de botes de solución hidroalcohólica: $\frac{\text{Nº de botes de solución hidroalcohólica utilizados en el servicio en 15 días}}{\text{Nº de botes gastados estimado en 15 días}} \times 100$.

Nº de cajas de guantes gastadas en 15 días: $\frac{\text{Nº de cajas de guantes gastadas en 15 días en el servicio}}{\text{Nº de cajas gastadas estimado en 15 días}} \times 100$.

El estándar será un 80% en los dos.

Resultados:

Instaurar un procedimiento de venopunción que incluya la higiene de manos con solución hidroalcohólica y uso de guantes, estandarizando los pasos.

Conclusiones: La higiene de manos previene la transmisión de enfermedades infecciosas en la venopunción. El uso de solución hidroalcohólica es más eficaz y rápido que el lavado de manos con agua y jabón. El uso de guantes previene el contagio biológico o exposición accidental del profesional. Se aumentará la concienciación en enfermeros mediante un taller de higiene de manos. Se implantará un procedimiento de correcta extracción sanguínea en la Unidad de Análisis Clínicos, junto a dispensadores de solución en cada box y un poster explicativo.

C128 /19: DÉFICIT DE VITAMINA D ¿MITO O REALIDAD?

Primer autor: *Marta Fabre Estremera*

Coautores: *Elena Llorente Fernández Alba Alonso Llorente, Esther Solé Llop, Juan José Puente Lanzarote*

Centro: *Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

Resumen:

Introducción: En los últimos años se ha producido un creciente interés por la vitamina D (25D). Los valores de referencia (VR) son: < 10ng/mL deficiencia, 10-30 ng/mL insuficiencia y > 30ng/mL suficiencia. La elevada prevalencia de deficiencia de 25D en nuestra área, del 77%, provoca una elevada suplementación y cuantificación de 25D.

Objetivo: Determinar los VR de vitamina D en nuestra población mediante métodos indirectos y evaluar el ahorro económico en cuanto a cuantificación de 25D sobre los VR calculados.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de las peticiones de 25D durante enero 2017 a abril 2019. En el estudio de VR incluimos pacientes >18 años con niveles de PTH normales (15-65ng/mL) y excluimos las peticiones de los servicios de oncología, nefrología, reumatología y cirugía, así como los valores de 25D fuera del intervalo de medición de la técnica (3-100 ng/mL). En pacientes con determinaciones seriadas de 25D fue incluido el 1º resultado. Para el cálculo de los VR se siguieron las recomendaciones de CLSI/IFCC C28-A3, basado en el cálculo de percentil 2,5 y percentil 97,5 y sus intervalos de confianza (IC) al 95%. En el estudio económico incluimos los pacientes con PTH normal que tenían más de una petición. Se consideraron peticiones no procedentes las posteriores a una 25D > 20 ng/mL. Para el análisis estadístico se utilizó SPSSv20.0. El estudio de outliers se basó en el criterio de Reed.

Resultados: Un total de 7223 pacientes fueron incluidos para estimar los VR. No encontramos outliers. La población no siguió una distribución normal (Shapiro-Wilk, $p < 0,05$). Los VR estimados fueron 5.6-57.3 ng/mL (IC95%: 5.4-5.8 y 55.3-60.1, mediana 18,5 ng/mL). Dado la mediana observada en nuestra población de referencia, nos planteamos establecer como suficiente 25D > 20 ng/mL, disminuyendo la prevalencia de deficiencia de 25D un 30%. Económicamente esto hubiera supuesto un ahorro de 1805 determinaciones de 25D, 9.043 euros.

Conclusiones: Los VR estimados en nuestra población son menores a los recomendados por la técnica, pero acordes con lo descrito en la bibliografía más reciente. Por lo que concluimos que ajustarnos a estos nuevos VR permitiría una mayor eficacia en el diagnóstico y seguimiento de deficiencia de 25D, evitando tratamientos y determinaciones innecesarias. Como futuros estudios nos proponemos confirmar este VR descrito para 25D en adultos mediante su estimación por métodos directos.

C177 /19: PROYECTO DE MEJORA EN LOS PROCESOS PREANALITICOS DE LOS CENTROS DE EXTRACCION Y RECOGIDA DE MUESTRAS PERIFERICOS.

Primer autor: *Nuria Sanllehi Vila*

Coautores: *M^a José Fernández Arredondo, Elvira Julve Monterde, Dominica Romero Pobo, Lucía Lorente Serrano, Sara Fustero Fustero, J Antonio Montolio Plumed, M Carmen Gallardo Ganuza*

Centro: *Hospital Obispo Polanco*

Resumen: Las incidencias preanalíticas son la mayor causa de errores en el laboratorio. La limitada relación profesional con los centros de extracción periférica CE, el desconocimiento de su dinámica de trabajo, condicionada también por el proceso de petición de la orden médica (OM) ha implicado un funcionamiento independiente de ambos que no ha favorecido la oportunidad de mejorar los procesos ni disminuir errores, que más bien tienden a incrementar en periodos de rotación de personal nuevo.

La identificación de muestras es un punto crítico, en los CE se realiza mediante etiquetas preimpresas. Las OM generadas (OMI-AP) ya identificadas, se transmiten on-line al sistema informático del laboratorio (S.I.L) y éstas con un porcentaje no despreciable de peticiones “no transmisibles on-line” son transportadas con las muestras al Laboratorio.

Objetivo: Conocer los procesos de obtención y envío de muestras para optimizar y estandarizar los procesos en CE y reducir errores preanalíticos. Estudio comparativo abril-agosto (A) vs septiembre-enero 2019 (B).

Material y Métodos. Acciones realizadas:

- Modificación de la OM impresa desde OMI-AP.
- Diseño y uso de un formato de información de incidencias detectadas en el CE.
- Puesta en marcha de un sistema de identificación (etiquetas de historia clínica) colaborando con Atención Especializada para evitar rotulado manual de muestras.
- Puesta en marcha proceso “PUNTO ROJO”, para hacerlo extensivo a todos los pacientes y aumentar velocidad de implantación respecto a la anterior estrategia. Se aplica a todas las peticiones no transmitidas en su totalidad al S.I.L.

Se ha diseñado material gráfico de apoyo al personal nuevo: enfermería y TCAE, para minimizar errores, basándonos en la descripción secuencial de los distintos procesos y refuerzo mediante comprobaciones.

Seleccionamos indicadores para determinar la utilidad de las estrategias aplicadas.

Resultados

- % Peticiones con incidencias cumplimentación/registro: 83.73
- Variación A vs B: % Peticiones con incidencias asociadas a la identificación de una muestra del paciente: -0.02
- Variación A vs B: % Peticiones con incidencias de muestra que impiden realizar las determinaciones: % falta muestra: -0.01; % rechazos hemólisis: -0.02;

Conclusiones

Objetivo de mejora: discreto. Identificados los puntos críticos, actuar. La identificación con etiquetas preimpresas predispone a error. Las nuevas tecnologías mejoran. Lecciones aprendidas: Mantener la motivación del equipo=mejora continua. Reuniones de equipo necesarias.

C183/19: FIABILIDAD DE LA TIRA DE ORINA REACTIVA VS. BÁSICO DE ORINA EN PACIENTES NO CONTINENTES EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

Primer autor: *Daniel Ruíz Ruíz de Larramendi*

Coautores: *Daniel Salvo Chabuel, Cristina Bardella Gil, Juan Hidalgo Sanz, Patricia Rubio Sánchez, Laura Andrés Zalló, Rebeca Hernández Abadía, Virginia Gómez Barrena*

Centro: *Hospital Materno Infantil Miguel Servet*

Resumen:

Objetivo: Las pruebas complementarias en Urgencias de Pediatría suponen una importante herramienta diagnóstica de las patologías pediátricas. Sin embargo, su realización también conlleva un aumento del tiempo de estancia y costes sanitarios. El objetivo de este estudio es determinar si existe una correlación adecuada entre los resultados del estudio de orina con tira reactiva en Urgencias y en laboratorio, dado que en nuestro centro se realiza sedimento de orina a pacientes no continentales de forma protocolizada; y determinar a qué pacientes deberíamos enviar la orina para realización del sedimento, basándonos en los resultados de la tira reactiva.

Método: En este estudio prospectivo se estudian pacientes no continentales atendidos para estudio de fiebre sin foco o síntomas miccionales, entre noviembre de 2018 y enero de 2019. En ellos se realizó una tira reactiva de orina adicionalmente al estudio básico de orina en laboratorio de la misma muestra. Se instruyó al personal de Urgencias acerca de la técnica de realización de la tira reactiva para obtener una lectura válida. Se han comparado los resultados con el objetivo de hallar las alteraciones mínimas en tira reactiva de Urgencias que se correlaciona con la realización de sedimento en el laboratorio.

Resultados: Se compararon un total de 75 casos en los que se llevaron a cabo ambos estudios. La edad media de los pacientes es de 18.7 meses, con una mediana de 13.4 meses. En total 21 casos (28%) fueron diagnosticados de infección del tracto urinario (ITU) mediante estudio básico de orina, confirmados con urocultivo. La mejor correlación se logra tomando como requisito mínimo cualquier detección de leucocitos (indicios, +, ++, +++) y cualquier detección de nitritos (+, ++ y +++). No se ha podido establecer un criterio para sangre en orina, ya que no se ha recogido ningún caso en el que haya determinante para la realización del sedimento. Con estos criterios se hubiera realizado sedimento en 20 de las 21 ITUs (95.24%) y se hubiera evitado el envío de 21 (28%) de las muestras a laboratorio, en las que no se realizó sedimento de orina.

Conclusiones: Cualquier alteración en nitritos y leucocitos en la tira reactiva de Urgencias es el parámetro que mejor se relaciona con la realización de sedimento de orina, evitando innecesariamente el envío de 28% de las muestras al laboratorio y permitiendo el diagnóstico de 95.24% de las ITUs.

Lecciones aprendidas: La tira reactiva de orina es una prueba que nos da un resultado de forma rápida. Si bien, la fiabilidad del resulta

C218/19: DETERMINACIÓN DE BIOMARCADORES EN LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO PARA LA APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

Primer autor: *Laura Jarauta Lahoz*

Coautores: *Natalia Hernando Quintana, José Manuel Sanz Asin, María Carmen Villarroya Salesa, María Luisa Martín Gómez*

Centro: *Hospital Obispo Polanco*

Resumen:

Objetivo: Mejorar la accesibilidad al estudio a los pacientes, evitando derivaciones a otros centros.

Métodos: Se presentó el proyecto al Servicio de Análisis Clínicos de Hospital Obispo Polanco (HOP), aceptando la iniciativa y trabajando conjuntamente para adaptar el protocolo del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) a nuestro Hospital. Se estableció contacto con el Servicio de Bioquímica del HUMS para plantear el proyecto, ya que es dicho servicio el receptor final de la muestra extraída en el HOP. Desde el HUMS nos enviaron un documento sobre la conservación y envío de la muestra. Se seleccionaron seis pacientes candidatos que fueron ingresados para realizarles la punción lumbar y posterior recogida de LCR. El procedimiento de extracción de la muestra (LCR) se realiza como marca el protocolo de manejo aportado anteriormente:

El paciente se ingresa el lunes por la mañana, se le realiza una punción lumbar bajo anestesia local y tras conseguir la muestra de LCR necesaria en los tubos de almacenamiento especiales, se envía a nuestro laboratorio del HOP quienes, al día siguiente, envían las muestras al HUMS. El viernes anterior se debe avisar tanto al Servicio de Laboratorio del HOP como del HUMS, para que sepan que les van a llegar las muestras correspondientes. El método y medidas higiénicas se llevaron a cabo según explica el documento de manejo de la muestra.

Resultados: El 100% de los pacientes candidatos a estudio a los que se les realiza la extracción del LCR y el análisis en el Hospital Obispo Polanco, ninguno fue derivado al Hospital Universitario Miguel Servet. Menos del 5% de los estudios fueron no concluyentes por defectos en la técnica de extracción del LCR. En ninguno de los casos se observaron complicaciones derivadas de la prueba.

Conclusiones: Se han cumplido los objetivos propuestos en el proyecto. Aunque se precisa aumentar el tamaño de la muestra, se ha observado que la extracción de LCR en nuestro hospital es segura, así como su conservación, envío y recepción por el centro de referencia. Los resultados obtenidos hasta ahora han arrojado mayor seguridad en el diagnóstico sindrómico y etiológico de estos pacientes, cambiando el manejo terapéutico y el pronóstico en muchos de ellos.

Lecciones aprendidas: Con la implicación de los profesionales colaboradores en el proyecto se ha conseguido dar accesibilidad a esta prueba diagnóstica en nuestro sector.

C254/19 CALIDAD PREANALÍTICA EN LA DETERMINACIÓN DE HOMOCISTEÍNA

Primer autor: Ana Esmeralda Soriano Huerta

Coautores: María Yolanda Santanatalia Arrizabalaga, Lucía Suárez Fernández, María Pilar Fernandez Lacruz, Evelyn Bernad Serrano, María Leire Anadón Fontana

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet

Resumen: La homocisteína, aminoácido sulfurado del metabolismo de la metionina, tiene interés clínico como factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares. Las condiciones preanalíticas son esenciales para obtener resultados fiables. Su determinación, acreditada en el laboratorio con la norma ISO 15189, se hace en plasma por inmunoanálisis quimioluminiscente de micropartículas en la sección de hormonas del Servicio de Bioquímica Clínica. Se emplea sangre venosa en tubo EDTA 3K refrigerado y protegido de la luz, centrifugado lo antes posible ya que, debido al metabolismo eritrocitario in vitro, la concentración de homocisteína plasmática aumenta a temperatura ambiente. Tras dicha separación, permanece estable. Requiere extracción en el hospital. Cuando se remite desde otro centro, el plasma se decanta y congela hasta su envío, respetando siempre la cadena de frío.

Objetivo. Determinar la frecuencia y tipos de errores preanalíticos, así como ofrecer pautas para mejorar la calidad en la determinación de homocisteína.

Material y métodos: En el área de preanalítica se reciben diariamente muestras procedentes de las zonas de extracción y hospitalización, de centros de atención primaria y de especialidades del Sector Zaragoza II así como de otros hospitales. Es aquí donde el personal de laboratorio determina su idoneidad para el procesamiento. Aquellas que no cumplen los requisitos no son aceptadas, registrando una incidencia en la que consta el motivo de rechazo. Para valorar la calidad de la determinación se realiza un análisis retrospectivo mediante la extracción de datos del sistema informático del laboratorio Modulab versión 2.0 (Werfen) de las muestras recibidas en 2018.

Resultados. A lo largo del 2018 se recibieron 2403 muestras, de las cuales el 93,09 % fueron procesadas y el 6,91 % rechazadas. Los errores detectados fueron:

- Requiere extracción en el hospital (71,69 %)
- No procede (16,87 %)
- Muestra mal remitida (11,45 %)

Conclusiones:

- El 93,09% de las muestras recibidas se procesaron. El 6,91% se descartaron y la incidencia mayoritaria fue “requiere extracción en el hospital” con un 71,69%.
- Los errores son comunicados a la fuente, dando información adecuada para subsanarlos.
- Es preciso tener protocolos de obtención y manejo de muestras actualizados (Documento de nivel II [PTP-01_Z2(E)M_L] Preanalítica Periféricos, accesible desde Intranet Sector Zaragoza II)
- La organización de sesiones formativas periódicas en centros de extracción es necesaria como refuerzo al soporte documental.

C260/19 BIGDATA EN GESTANTES. ESTABLECER VALORES DE REFERENCIA DE TSH PARA EL CRIBADO TIROIDEO EN EL PRIMER TRIMESTRE

Primer autor: *Alba Alonso Llorente*

Coautores: *Elena Llorente Fernández, Marta Fabre Estremera, Esther Solé Llop, Juan José Puente Lanzarote*

Centro: *Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

Resumen:

Objetivo: Durante el embarazo, la glándula tiroidea sufre importantes cambios que afectan a su funcionamiento. La producción de hormonas tiroideas (T3 y T4) aumenta durante el primer trimestre de gestación, lo que implica un descenso de producción de tirotropina (TSH). La disfunción tiroidea es más prevalente en este periodo, con riesgos tanto para la madre como para el feto, por lo que está establecido de forma universal el cribado de disfunción tiroidea con TSH en el primer trimestre de gestación.

Los diferentes inmunoensayos disponibles para TSH dificultan la disponibilidad de un intervalo de referencia (IR) único, por lo que se recomienda que cada laboratorio establezca valores de referencia (VR) adaptados a su población. El desarrollo de técnicas de predicción estadísticas basadas en grandes volúmenes de datos (bigdata), junto con el gran número de resultados de TSH en gestantes almacenados en el sistema informático del laboratorio (SIL), permite establecer VR adaptados a la población atendida.

El objetivo de este estudio es establecer VR para TSH en el primer trimestre de gestación para la población atendida en nuestra área sanitaria, utilizando herramientas bigdata.

Método: Fueron incluidas un total de 1318 gestantes, entre la semana 9 y 14, a las que durante el año 2018 se les había realizado una determinación de TSH. Fueron excluidos los resultados de TSH fuera del límite del intervalo de medición de la técnica, <0.01 mU/L y > 100 mU/L.

El método utilizado para la medición de TSH fue el ensayo de electroquimioluminiscencia (ECLIA) en el autoanalizador Cobas e801 de Roche Diagnostics.

Para el análisis estadístico se utilizaron las herramientas Excel 2013 y XLSTAT. Los outliers se identificaron utilizando el test de Grubbs. Como límites de los VR se seleccionaron los percentiles 2.5 y 97.5, con un intervalo de confianza del 95%.

Resultado: La mediana de TSH en el primer trimestre de gestación en la muestra poblacional estudiada fue 1.56 mU/L, y los límites inferior y superior del IR 0.06 mU/L (95% IC 0.03-0.09) y 5.09 mU/L (95%IC 4.82-5.56) respectivamente.

Conclusiones: El IR para TSH en el primer trimestre de gestación establecido con herramientas bigdata tiene una gran consistencia estadística gracias al importante número de datos de TSH utilizados. Este sería difícil de conseguir mediante métodos convencionales basados en el reclutamiento de al menos 120 gestantes sanas, para los cuales no siempre se disponen de los medios.

C287/19 GESTIÓN DE LA DEMANDA DE LA SECCIÓN DE COPROCULTIVOS DE UN SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

Primer autor: *Miguel Moreno Hijazo*

Coautores: *Pilar Egido Lizán, Saray Mormeneo Bayo, Diego Ortega Larrea, Eric López González, Sandra Nabal Díaz, Antonio Rezusta López,*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

En el Servicio de Microbiología se recibe un elevado número de muestras de heces para coprocultivo y determinación de patógenos intestinales, procedentes tanto de pacientes ingresados como de los sectores I y II de atención primaria (AP) y, muchas veces, sin indicación adecuada. Todo ello conlleva aumento del tiempo de trabajo y del gasto atribuible a la propia sección. Para realizar un mejor uso de los recursos sanitarios, a lo largo de 2015 y 2016 se implantó un sistema de cribado de peticiones inadecuadas.

Objetivos:

- Conocer la evolución de las peticiones realizadas a la sección, así como el origen principal, el porcentaje de positividad y el patógeno detectado con más frecuencia.
- Conocer el porcentaje de muestras inadecuadas con los criterios actuales de cribado, así como lo ahorrado al dejar de procesarse.
- Conocer el ahorro en reactivos.

Métodos: Se contó el número de coprocultivos, determinaciones de virus intestinales y toxina de *C. difficile* en dos años posteriores al cribado (2017 y 2018), así como un año previo como comparación (2015). Se calculó el porcentaje de muestras provenientes de AP, y de positivas. Se determinó el porcentaje de muestras rechazadas de acuerdo con los siguientes criterios: heces sólidas, hospitalizado más de 4 días, muestras repetidas. Se revisó el coste del material de laboratorio de estas pruebas sin repercutir en tiempo de trabajo de facultativos y TSLDC.

Resultados:

Coprocultivos: En 2015 total 10215 (AP 71,21%, pos 7,32%)

En 2017 total 10077 (AP 62,4%, pos 9,5%, rechazados 17% ahorro 17.737,33€)

En 2018 total 10043 (AP 64,76%, pos 8,75%, rechazados 20,67% ahorro 21.494,90€).

Virus: en 2015 total 2406 (AP 71,28%, pos 15,96%)

En 2017 total 2847 (AP 72,3%, pos 14,6%, rechazados 12% ahorro 3.928,86€)

En 2018 total 959 (AP 73,17%, pos 13,01%, rechazados 15,75% ahorro 5.830,5€).

Toxina: En 2015 total 1702 (AP 29,11%, pos 3,59%)

En 2017 total 2011 (AP 23,1%, positivos 7,8%, rechazados 7% ahorro 150,62€)

En 2018 total 2140 (AP 11,12%, pos 3,13%, rechazados 5,98% ahorro 136,96€).

Conclusiones: Las tendencias de los resultados son estables en cuanto a número, procedencia y positividad. Para evitar molestias al paciente y gasto innecesario, sería aconsejable consensuar con los médicos de AP que no se recogieran muestras si la patología ha desaparecido, ya que son de carácter autolimitado. Con vistas a futuros estudios, podría ser útil tener en cuenta las unidades relativas de valor para analizar en profundidad el gasto de recursos.

COMUNICACIONES MESA 12

Aula 2 (Planta 1ª)

Moderadora: Pilar Calvo

Código	Título	Autor	Centro
C049/19	¿QUÉ CONOCIMIENTOS TENEMOS EN NUTRICIÓN ARTIFICIAL?	María Teresa Bimbela Serrano	Hospital Universitario Miguel Servet
C0105/19	ANÁLISIS SOBRE EL CONOCIMIENTO DEL PERSONAL SANITARIO EN LA UTILIZACIÓN DE LOS TIPOS DE CONTENCIÓN EN PACIENTES AGITADOS	Alba Lucia Noguera López	Hospital Universitario Miguel Servet
C0135/19	¿TENEMOS EN CUENTA LA OPINIÓN DEL ESTUDIANTE?	Yolanda Marcén Román	Universidad De Zaragoza. Hospital Miguel Servet. Zaragoza
C0166/19	SATISFACCION DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA CON LA IMPLANTACIÓN DE PRESSALUD®	Cristina Bustos Morell	Hospital De Barbastro
C0168/19	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DIRIGIDA A TÉCNICOS DE FARMACIA POST-AUTOMATIZACIÓN DEL ÁREA DE PACIENTES EXTERNOS	Marta Lavilla Martínez	Hospital Universitario Miguel Servet
C0186/19	MEJORA DE LA FORMACION CONTINUADA EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II	María Elena Laín Miranda	Dirección De Atención Primaria Sector Zaragoza
C0187/19	HUMANIZAR LA ASISTENCIA CON ARTE	Concha Revilla López	Departamento De Sanidad
C0200/19	GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE UNA UNIDAD DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES EXTERNOS	Arantxa Magallón Martínez	Hospital Universitario Miguel Servet
C0221/19	PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD SOBRE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR: TERUEL CAMINA CON GUSTO	Tania Díaz Díaz	Centro De Salud Teruel Ensanche
C0238/19	EDUCAR. UNA HERRAMIENTA FUNDAMENTAL PARA LA RECUPERACION ACELERADA. EMPODERAR EN EL FAST TRACK DE ARTROPLASTIA	M. Carmen Luna Torres	Hospital Universitario Miguel Servet

C049/19: ¿QUÉ CONOCIMIENTOS TENEMOS EN NUTRICIÓN ARTIFICIAL?

Primer autor: *María Teresa Bimbela Serrano*

Coautores: *María Elena Pueyo Bergua, Celia Isabel García Cabello*

Centro: *Hospital Miguel Servet*

Resumen:

Objetivos: Alcanzar una visión global en Nutrición Parenteral y Enteral hospitalaria y domiciliaria de los estudiantes EIR, Grado en Enfermería (UNIZAR) y de los enfermeros del Servicio Aragonés de Salud; obtener el nivel de aciertos y errores en relación a la administración y mantenimiento de la nutrición parenteral y enteral; conocer la necesidad de Formación, las preferencias formativas y el grado de satisfacción en la participación.

Método: El estudio multicéntrico descriptivo transversal y analítico observacional dispone de una muestra formada por enfermeros pertenecientes a los hospitales y Centros de Salud de 19 Direcciones de Enfermería, los estudiantes de 4º de los campus de Huesca y Zaragoza y los EIR de las especialidades Familiar y Comunitaria, Geriátrica y Pediatría. La participación se realizará a través de dos formularios en línea, que incluyen ítems específicos en Nutrición Parenteral y Enteral. Se ha solicitado autorización y colaboración para el reenvío de los formularios a través de las Direcciones de Enfermería y los Coordinadores de Formación EIR y Grado. Para la difusión del estudio se han facilitado pósteres. Los resultados se analizarán mediante el paquete estadístico SPSS19.

Resultados: La participación global ha sido inferior al 15%. La nota media en conocimientos para los profesionales ha sido de 7,18 y de 5,49 para los estudiantes, siendo en ambos casos la nota parcial de nutrición parenteral más baja que la nutrición enteral. El error que destaca en NP es la esterilidad con un 28% y en NE la conservación y el ritmo de infusión con un 36,94%. La necesidad de formación fue del 100% y destacaron una satisfacción global alta tras la realización de este proyecto el 73,7% de los participantes.

Conclusiones: El nivel de conocimientos obtenido no garantiza la seguridad asistencial total. Sin embargo, hay una inquietud favorable hacia la formación acreditada y la disponibilidad de protocolos actualizados. Este tipo de iniciativas son valoradas muy positivamente por la mayoría de los participantes.

Lecciones Aprendidas: El proceso investigador presenta dificultades ajenas al estudio por falta de herramientas en las Instituciones y el carácter multicéntrico, entre otras. Aunque el nivel de satisfacción ha sido muy alto se necesitaría conocer el motivo asociado a la satisfacción. Por otra parte, la escasa participación de algunos Centros plantea preguntas sobre la motivación de los profesionales y estudiantes, la metodología utilizada para la difusión y el acceso a los formularios.

C0105/19: ANÁLISIS SOBRE EL CONOCIMIENTO DEL PERSONAL SANITARIO EN LA UTILIZACIÓN DE LOS TIPOS DE CONTENCIÓN EN PACIENTES AGITADOS.

Primer autor *Alba Lucia Noguera López*

Coautores: *María Jesús Chopo Alcobilla, Ana Romeo Laguarda, Sandra Melendo Roy, Carmen Expósito Sánchez, Raquel Villar Turón, Josefina Fondevila López*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Introducción: La agitación psicomotriz es un síndrome englobado en los trastornos de la conducta. Suele ser uno de los cuadros de presentación más frecuentes en los diversos ámbitos profesionales. La presencia de un paciente agitado, a veces confuso, y generalmente demandante u hostil, constituye un reto tanto a nivel institucional como profesional, ya que habitualmente desbordan sus habilidades de manejo.

Objetivos:

1. Analizar los conocimientos del personal sanitario de la unidad sobre la contención mecánica en el paciente con agitación psicomotriz.
2. Analizar la percepción de los profesionales respecto a la técnica.
3. Analizar la preparación del personal sobre la utilización de la contención verbal, ambiental y química.

Metodología: Estudio descriptivo, transversal y prospectivo al personal sanitario de la Unidad de Neurología del H. U. Miguel Servet. Tras una revisión bibliográfica se realiza un formulario de elaboración propia en el que se valora principalmente conocimientos en la utilización de los tipos de contención.

Resultados: Saben que existe un protocolo de actuación un 41,9% y un 93,5% refiere que necesita formación sobre la materia. Al valorar los sentimientos que despierta en el personal al utilizar la contención mecánica el 48,4% muestra frustración y pena, y un 41,9% alivio y seguridad. Respecto a los factores ambientales que creen que pueden influir responden afirmativamente con un 90,3% que la ausencia de familiares es la causa que más creen que afecte al paciente y que la comunicación no verbal (postura abierta, no realizar gestos bruscos, mirar al paciente, etc.) influye más que utilizar un tono de voz moderado.

Conclusiones: es prioritario que el personal conozca el protocolo de actuación de su lugar de trabajo, así como las técnicas que pueden evitar si es posible la realización de una contención mecánica

Lecciones aprendidas: La información obtenida contribuirá a llevar a cabo una mejora en la calidad y atención en el paciente con agitación, así como realizar un plan de formación para el personal del servicio para mejorar la asistencia a estos pacientes

C135/19: ¿TENEMOS EN CUENTA LA OPINIÓN DEL ESTUDIANTE?

Primer autor: *Yolanda Marcén Román*

Coautores: *Nuria Lara Moreno, Antonio Miguel Romeo, Mercedes Ferrando Margelí, Pilar Serrano Del Río, Lorena Cartiel Marina, Ana María de Francisco García, María Ángeles Franco Sierra.*

Centro: *Universidad de Zaragoza. Hospital Miguel Servet.*

Resumen:

La Organización Internacional de Estandarización se dedica a asegurar la calidad, seguridad y eficiencia de productos y servicios a través de la creación de unos estándares. Uno de los indicadores para medir la calidad lo marcan las normas ISO, que mediante guías y herramientas aseguran la calidad de los productos y servicios de las empresas, así como la satisfacción del paciente. Estas normas implantadas en el servicio de rehabilitación del HMS hace que las características del servicio sean conocidos por todos los profesionales, de la misma forma que las actuaciones a llevar a cabo por los implicados en la formación pregrado del estudiante lo que garantiza que sean adecuados a sus propósitos. Se detecta la necesidad que el estudiante tenga conocimientos y experiencias de los diferentes ámbitos en los que el fisioterapeuta puede realizar su labor dentro del servicio, se plantea que pasen por varias unidades durante su rotatorio.

Objetivos: Garantizar una formación adecuada, rigurosa y estandarizada a los estudiantes de prácticas curriculares en el grado de Fisioterapia.

Metodología: Se diseñó un procedimiento operativo estructurado que delimita las actividades mediante la creación de documentos que proporcionen requisitos, especificaciones, pautas y características que se pueden usar de manera consistente para garantizar que los procesos sean adecuados para su propósito que es garantizar la calidad de la formación del estudiante.

Se diseñó una encuesta de las prácticas curriculares con 2 preguntas de respuestas tipo Likert con un indicador de satisfacción general para cada etapa y una pregunta de percepción de grado de utilidad en cuanto a la adquisición de competencia.

Resultados: La puntuación media de la pregunta relacionada con el grado de satisfacción para el curso 2018/19 es de 9.075, a la pregunta si les parece de utilidad es de 10/10.

Conclusiones: El grado de satisfacción de los estudiantes en cuanto a la formación y estructura del rotatorio es muy alto y les parece muy útil este tipo de actividades para la adquisición de competencias.

Lecciones aprendidas: La estandarización permite que todos los tutores y los estudiantes conozcan el contexto en el cual se realizan las prácticas desde el 1 día ya en la sesión de los estudiantes, lo que hace que exista un clima de seguridad entre las personas implicadas.

C166/19: SATISFACCION DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA CON LA IMPLANTACIÓN DE PRESSALUD®

Primer autor: *Cristina Bustos Morell*

Coautores:

Pilar Medrano Martínez, Elisa Sahún García, Paula Gómez Rivas, Francisco Ruiz Montes, Juan Gastón Añaños, Juan Salas Jarque, Silvia Sicart Loncan

Centro: *Hospital de Barbaastro*

Resumen:

Medir las expectativas previas y el grado de satisfacción del personal de enfermería antes y después de la implantación del sistema de prescripción y administración electrónica Pressalud®.

Método: Durante las sesiones de formación se distribuyó la encuesta a los asistentes (ENCPRE), tras la fase de implantación se entregó la encuesta en la unidad (ENCPOST).

Resultado: El número de enfermeras asistentes a las sesiones previas a la implantación de Pressalud® fue de 42 enfermeras. En estas sesiones se recogieron un total de 21 ENCPRE, 50% de los asistentes. La edad media de las encuestadas era de 35 años y 95% mujeres, un 33% de ellas tenía experiencia previa con sistemas de prescripción/administración electrónica. El 95% de las encuestadas consideraba a priori que la prescripción electrónica sería mejor que la hoja de prescripción en papel. Apuntaron como posibles ventajas: la disminución de errores de interpretación de un medicamento escrito a mano 90% y la disminución de errores de transcripción 90%. Entre los posibles inconvenientes indicaron la falta de ordenadores 95% y los problemas con la red informática 57%. Tras la instauración del sistema se obtuvieron 18 encuestas, la media de edad de las encuestadas era de 39 años y mayoritariamente mujeres 89%. De ellas un 22% tenía experiencia previa en sistemas de prescripción/administración electrónicos. Entre las ventajas experimentadas tras la implantación del programa destacan: la disminución de errores de interpretación 100% (versus 90% previo) y la disminución de errores de transcripción 100% (v.s 90% previo). En cuanto a los inconvenientes resaltan: los problemas de la red informática 100% (vs 57%) y la falta de ordenadores 78% (vs 95%). La nota media en cuanto a la satisfacción con la formación es de un 7 sobre 10 y el seguimiento por parte del Servicio de Farmacia durante la puesta en marcha es de un 8 sobre 10. Finalmente el grado de satisfacción con el sistema de prescripción y administración electrónica es de un 6.

Conclusiones: El personal encuestado consideró que la prescripción electrónica sería mejor que el sistema tradicional en papel y señalaron como principales ventajas la disminución de errores de interpretación y transcripción -tanto en las encuestas previas como posteriores a la implantación-. Sin embargo, tras la instauración del programa la satisfacción alcanza un 6 sobre 10 señalando como principales escollos los problemas con la red informática y la falta de ordenadores en la planta.

C168 /19: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DIRIGIDA A TÉCNICOS DE FARMACIA POST-AUTOMATIZACIÓN DEL ÁREA DE PACIENTES EXTERNOS

Primer autor: *Marta Lavilla Martínez*

Coautores:

Andrea Pinilla Rello, Cristina Hernández Prieto, Vanesa Cavero Teresa, María José Bielsa Mínguez, María José Lázaro Anglada, Ana Murillo Bayo, Carlota Vinués Salas

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Objetivos: En el área de Pacientes Externos (PEXT) del Servicio de Farmacia del Hospital (SFH) se implantó en 2018 un sistema automatizado para el almacenamiento, gestión y dispensación de medicamentos, permitiendo la trazabilidad completa de los medicamentos dispensados. El objetivo del trabajo es evaluar la satisfacción del personal técnico de farmacia (TAF) tras la robotización de la dispensación y gestión del almacén.

Material Métodos: Se confeccionó una encuesta de satisfacción y se ofreció a aquellos TAF que habían trabajado en el área de PEXT antes y después de la robotización, dicha encuesta constó de dos partes con 20 preguntas en total, la primera parte recogió aspectos relativos a la utilidad del sistema robotizado en la dispensación y gestión del almacén y su aportación a la seguridad y la segunda parte contempló aspectos como formación recibida, facilidad de uso, velocidad de la dispensación y mejora en la atención al paciente. En la primera parte el TAF podía responder desde totalmente en desacuerdo=1 a totalmente de acuerdo=5 y en la segunda parte podía valorar las preguntas de 1 a 10.

Resultados: El número de TAF encuestados fue de 6. El 66,67% opinaron que estaban “totalmente de acuerdo” y el 33,33% “de acuerdo” con que la automatización facilita la dispensación, sin embargo, respecto a si acelera la dispensación un 66,67% contestó que estaban “en desacuerdo”, un 83,33% dieron la puntuación máxima a la seguridad aportada y a la facilidad de control del inventario. Respecto al uso del almacén robotizado, la formación recibida por la empresa fabricante se calificó de $6,00 \pm 1,79$, la facilidad de introducción en el almacén: $6,33 \pm 2,25$, la facilidad del programa de dispensación: $7,00 \pm 1,79$, la satisfacción con la velocidad de entrada y la velocidad de dispensación $6,15 \pm 1,94$ y $6,00 \pm 2,60$ respectivamente, el grado de utilidad del sistema para su trabajo: $8,83 \pm 1,60$ y el grado de seguridad aportado: $8,83 \pm 1,47$. La satisfacción global recibió una puntuación de $8,83 \pm 1,60$ y el 100% recomendarían la implantación a otros SFH.

Conclusiones: Los puntos mejor valorados fueron la utilidad y la seguridad aportada, así como el disponer de más tiempo para la atención del paciente, los puntos peor valorados fueron la velocidad de dispensación y la formación recibida. Destaca que la totalidad de los técnicos encuestados recomendarían la automatización para el almacenamiento, gestión y dispensación de medicamentos en el área de pacientes externos a otros Servicios de Farmacia.

C186/19: MEJORA DE LA FORMACION CONTINUADA EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

Primer autor: *María Elena Laín Miranda*

Coautores: *María Pilar Abril Zaera, Flor Pascual Gutiérrez, Marta Alonso Sánchez, Ángel Aznar Carbonell, Cristina Gómez Julián, María Belén Pina Gadea, Juan Carlos Palacín Arbués*

Centro: *Dirección de Atención Primaria Sector Zaragoza II*

Resumen:

Introducción: La Dirección de Atención Primaria del Sector Zaragoza II oferta un amplio Plan de Formación, pero existen dificultades en su ejecución en relación con la disponibilidad de aulas, de docentes y con el retraso en su inicio debido a la dilación en la aprobación de los presupuestos.

Objetivo principal: Aumentar el grado de ejecución del Plan de Formación

Objetivos secundarios: Mejorar la difusión del Plan de Formación

Facilitar la gestión de aulas

Método. En la ejecución del plan de formación de la DAP Zaragoza II de 2018 se realizaron las siguientes acciones de mejora: Elaboración de un calendario para gestión de aulas. Complimentación fichas de difusión de los cursos con imágenes. Difusión de las actividades formativas no solo a los responsables de formación de los equipos sino también a los referentes de la estrategia relacionada con la formación. Recordatorio a los docentes previo a la realización de la formación.

Indicadores: % de cursos difundidos con imágenes sobre el total de cursos: estándar >90%. % de actividades formativas gestionadas mediante el calendario sobre el total de actividades: estándar 100%, % de alumnos que han participado en cursos sobre el total de plazas ofertadas: estándar >75%. % de actividades formativas ejecutadas sobre el total de actividades formativas del plan: estándar 80%

Resultados: % de cursos difundidos con imágenes sobre el total de cursos: 100%. % de actividades formativas gestionadas por medio del calendario sobre el total de actividades: 100% % de alumnos que han participado en cursos sobre el total de plazas ofertadas: 88,36% . % de actividades formativas que ejecutadas sobre el total de actividades formativas del plan: 100%

Conclusiones. Se ha cumplido el objetivo principal de este proyecto al ejecutarse el 100% del Plan de Formación. Todas las acciones de mejora realizadas se han incorporado en la sistemática de trabajo del área de formación de AP de este Sector para su realización en los años siguientes en el Plan de Formación de la Dirección de AP. Por ello damos por finalizado el proyecto.

Lecciones Aprendidas. El trabajo en equipo entre secretaría de formación, técnico de salud, Dirección Médica y Dirección de Enfermería ha sido fundamental para poder implementar las mejoras. Se ha detectado un gran interés por personal administrativo y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en las acciones formativas. Este hecho debería de ser valorado en los siguientes años para ampliar la oferta formativa a estos profesionales.

C187/19: HUMANIZAR LA ASISTENCIA CON ARTE

Primer autor: *Concha Revilla López*

Coautores: *Beatriz Aguado Revilla, Beatriz Lucea Valero, María Luisa Grau Tello, María Luisa Vela Marquina*

Centro: *Departamento de Sanidad*

Resumen:

Objetivos

- Introducir la creación artística en el ámbito del Hospital Infantil, para contribuir a la mejora de la estancia, y por tanto contribuir a la recuperación
- Actuar de forma proactiva para personalizar/humanizar la asistencia y hacer más amable el entorno sanitario.
- Sensibilizar hacia el binomio Arte y Salud

Método: La asociación cultural sin ánimo de lucro Believe in Art, tras detectar en Zaragoza un vacío en materia de Arte y Salud, se fundó en 2013 con la intención de introducir el arte en los hospitales. Para ello utiliza dos vías: talleres educativos y creativos e intervenciones artísticas en los distintos espacios del hospital

Con la participación voluntaria de los artistas, Believe in Art acerca a los pequeños pacientes y sus familiares, a los artistas y al propio personal hospitalario prácticas de arte y salud.

La asociación consigue los recursos financieros para que a la institución no le suponga una carga económica.

Resultados: Cuantitativos: Cerca de 100 artistas han decorado con ilustraciones 43 habitaciones, 4 salas de espera, 2 Salas de juego, quirofanillos, pasillos, salas de extracción, hospital de día onco, salud mental, tramos de escaleras, y 3 Centros de salud

Se han realizado más de 50 talleres

Cualitativos: Las características del ambiente físico transmiten el mensaje de que la institución manifiesta preocupación por atender las necesidades de pacientes y visitantes

También influyen directamente en el bienestar del usuario. El Arte determina estados afectivos como agrado o desagrado, gusto o disgusto, placer o emoción, con efectos tranquilizadores y terapéuticos en los pacientes

Conclusión: Pretendemos hacer más amables los espacios utilizados diariamente por los niños. El arte en los hospitales aporta un ambiente más estimulante y más humanizado, transmite sensación de seguridad y por ello hace más agradable el día a día de los niños, de sus familiares, los trabajadores en el hospital y otros agentes implicados

La calidad percibida por el paciente no solamente viene condicionada por “quienes” le tratan y el “modo” en que lo hacen, sino también por las características del espacio donde se encuentra. Los detalles son muy importantes y, aunque algunos nos puedan parecer menores, van a marcar la diferencia entre tener una buena o una mala experiencia.

Lecciones aprendidas

El impacto y buena acogida del proyecto nos estimulan para seguir trabajando en el resto de áreas y hospitales de Aragón.

C200/19: GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE UNA UNIDAD DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES EXTERNOS

Primer autor: *Arantxa Magallón Martínez*

Coautores: *Herminia Navarro Aznarez, Andrea Pinilla Rello, Marta Lavilla Martínez, Beatriz Abad Bañuelos, Ana Murillo Bayo, María José Bielsa Mínguez, Maria Reyes Abad Sazatornil*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Objetivo: Conocer el grado de satisfacción de los usuarios que acuden al área de pacientes externos de nuestro hospital tras la reestructuración y reforma del área, creación de un sistema de citas y ampliación del horario de atención.

Método: Estudio descriptivo y transversal realizado mediante una encuesta de satisfacción a los usuarios que asistieron a la farmacia del hospital a recoger medicación. La encuesta constaba de 10 preguntas relativas a la ubicación y comodidad de la farmacia, tiempo de espera, atención farmacoterapéutica recibida, satisfacción general y preferencias del lugar de dispensación. Se recogieron además las variables: edad, sexo, nivel de estudios, servicio médico y acudir o no con cita previa a farmacia.

Resultados: De los 60 encuestados, el 51,72% eran mujeres y 48, 28% hombres, siendo la mediana de edad 48,5 años (25-83 años). El 40,35% tenían estudios universitarios, el 22,81% bachiller, 31,58% primaria y 5,26% sin estudios. Servicio médico al que pertenecen: infecciosas (26,32%), digestivo (14,04%), oncología (12,28%), reumatología (7,02%) y otras (40,34%). El 50% acudió con cita previa. En cuanto al grado de satisfacción de los usuarios: se consideró como muy buena o buena y regular o mala la ubicación de la farmacia en el 98,33% y 1,67% respectivamente, la comodidad de la sala en un 95,00% y 5,00%; y el horario de atención en un 86,44% y 13,56%. El tiempo de espera resultó corto o muy corto, regular y excesivo para el 71,19%, 25,42% y 3,39% respectivamente. El análisis del tiempo de espera en función de si el paciente acudía o no con cita previa mostró que existían diferencias significativas: de tal manera que se encontró un mayor porcentaje de pacientes que consideraban que el tiempo de espera era muy corto o corto en el grupo de citados (86,67 vs 55,17%; $p=0,017$). El total de los pacientes consideraron el trato, comunicación e información proporcionada como muy buena o buena. El 35,59% afirman haber recibido atención del farmacéutico y que la ayuda recibida les ha ayudado a cumplir su tratamiento muchísimo o mucho en el 91,89% de los casos. En general, el 98,28% están contentos o muy contentos con la atención recibida, y recomendarían nuestro servicio a otras personas, aunque el 17,54% preferían recogerlo en una oficina de farmacia.

Conclusiones: La satisfacción global fue muy favorable. Destaca como aspecto positivo la ubicación, comodidad de la sala y la atención recibida. Se observa una mejor valoración del tiempo de espera en pacientes que acuden con cita previa.

C221/19: PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD SOBRE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR: TERUEL CAMINA CON GUSTO.

Primer autor: *Tania Díaz Díaz*

Coautores: *M. Carmen Gallardo Ganuza, M. José Fernández Arredondo, Ángel Pueyo Izquierdo
José Carrasquer Zamora, Marta Rodríguez Ferrer*

Centro: *CS Teruel Ensanche*

Resumen:

Objetivos: Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad en España y en el mundo. Para disminuir su incidencia y mortalidad es fundamental actuar sobre los factores de riesgo que favorecen su aparición. Se distinguen dos tipos: no modificables, edad, sexo y genética y modificables: tabaco, HTA, dislipemia, diabetes, obesidad, sedentarismo y consumo de alcohol. Está demostrado que el de dejar de fumar, reducir el consumo de sal, el consumo de frutas y verduras con reducción de las grasas, realizar actividad física regular y evitar el consumo excesivo de alcohol reduce el riesgo de padecer dichas patologías. Con este programa de educación para la salud se intenta que nuestros pacientes disfruten de buena salud motivándoles a controlar la propia alimentación, practicar actividad física y evitar aquellos comportamientos poco saludables.

Método: El proyecto se ha ido realizando en pequeñas etapas a lo largo del 2017-2018, con una continuidad y un trabajo a largo plazo como proyecto de educación para la salud:

1ª FASE: actuación sobre pacientes que presentan FRCV, con la realización de charlas a grupos de unos 30-40 personas. Las charlas se realizan en el centro de día "Santa Emereciana" y posteriormente a la misma la realización de un paseo por el Parque de los Fueros, perteneciente a nuestra zona de salud acompañados por un profesional sanitario y por el profesor universitario Dr. D. José Carrasquer que explica las enfermedades de los árboles similares a las nuestras, así como datos relevantes de los mismos, comparándolo con el reloj biológico.

- 2ª FASE: actuación sobre personas sanas para transmitir conocimiento sobre ECV y su prevención.
- 3ª FASE: actuación en los centros escolares.

Al inicio del proyecto se realizó una encuesta a los asistentes para conocer su grado de conocimiento y sus temas de preferencia. Se diseñó en colaboración con el D. José Carrasquer y los alumnos de la Facultad de Bellas Artes, un folleto del paseo con la historia del Parque. En cada convocatoria se elaboró carteles informativos, entregando un díptico resumen de la charla y un manual básico sobre hábitos de vida saludable. Los temas tratados fueron: dislipemia, HTA, obesidad y alimentación saludable.

Resultados/Conclusiones: El proyecto ha sido gratamente aceptado por los pacientes con importante participación y demandando su continuidad. Se ha completado la 1ª fase continuando con el resto dentro de las actividades comunitarias del centro y se convertirá en un activo comunitario.

C238/19: EDUCAR. UNA HERRAMIENTA FUNDAMENTAL PARA LA RECUPERACION ACCELERADA. EMPODERAR EN EL FAST TRACK DE ARTROPLASTIA

Primer autor: *M^a. Carmen Luna Torres*

Coautores: *M. Elena Gálvez Herrando*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Objetivos:

- Identificar las necesidades de información
- Implicar de forma activa al paciente
- Aumentar su autoestima (seguridad en sí mismo)
- Aumentar su autonomía (sus capacidades)
- Disminuir su estrés ante lo desconocido
- Facilitar la inter-relación paciente-profesional
- Aumentar la calidad asistencial sin aumentar costes
- Conseguir su recuperación temprana.

Método:

- Diseñar y poner en marcha la sesión
- Realizar folletos informativos
- Elaboración de un soporte de audiovisuales
- Convocatoria de la charla telefónicamente
- Reservar sala de reunión.
- Fomentar la participación
- Creación de una encuesta breve de satisfacción, entrega y recogida.
- Evaluación de indicadores.

Resultados.

- Asistencia de más de 70% de los convocados.
- Encuestas contestadas más del 99%
- Grado de satisfacción media de 4´89 sobre 5
- Reducción estancia hospitalaria media 59´83%

Conclusiones:

- Los pacientes participan activamente en las reuniones y manifiestan su satisfacción
- Ingresan más motivados y colaboradores
- Ponen de manifiesto lo aprendido, son cómplices del equipo
- Viven su ingreso de una forma normalizada
- Confían más en el equipo
- Facilitan el trabajo del profesional

Lecciones aprendidas:

- Un paciente empoderado es un paciente informado, tiene la capacidad de decidir y colaborar activamente con el equipo que le asiste facilitando enormemente su tratamiento y recuperación
- Se hace posible la recuperación acelerada y por tanto se disminuye el tiempo de ingreso
- La calidad de los cuidados se mantiene durante todo el proceso y disminuye el coste
- La satisfacción por el logro conseguido es por parte del paciente y del equipo sanitario.

COMUNICACIONES MESA 13

Aula 3 (Planta 1ª)

Moderadora: Carolina Mendi

Código	Título	Autor	Centro
C081/19	BROTE POBLACIONAL DE SARAMPIÓN EN LA PROVINCIA DE HUESCA. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS	Berta M ^a Pilar Vela Iglesia	Hospital General San Jorge
C0151/19	AGRESIONES SEXUALES PROTOCOLO ACTUACIÓN SERVICIO ARAGONES SALUD	Asunción Cisneros Izquierdo	Dirección General Asistencia Sanitaria
C0171/19	ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE VITAMINA D EN LA POBLACION DE ARAGÓN	Cristina Trigo Vicente	Servicios Centrales
C0176/19	REVISIÓN DEL USO DE OPIOIDES EN PACIENTES GERIÁTRICOS EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO	María Pilar Monforte Gasque	Hospital San José
C0196/19	ESTUDIO DE LA UTILIZACIÓN DE ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DEMENCIA Y SÍNTOMAS CONDUCTUALES	María Pilar Monforte Gasque	Hospital San José
C0198/19	IMPACTO MEDIÁTICO DE FARMASALUD COMO WEB DE REFERENCIA EN FARMACOTERAPIA DE ARAGÓN	Miren Arantzazu García Colinas	URM Dirección De Continuidad Asistencial. Servicio Aragonés De Salud.
C0228/19	PREVALENCIA DE COLONIZACIÓN POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA (SARM) EN RESIDENCIA GERIÁTRICA EN HUESCA	Berta M ^a Pilar Vela Iglesia	Hospital General San Jorge
C255/19	ESTUDIO DE LOS FLUJOS HORARIOS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS DE ARAGÓN. CONCEPTO DE DEMANDA Y CENSO	Héctor López-Mendoza	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
C304/19	ACCIDENTES LABORALES POR SEGURIDAD VIAL EN EL PERIODO 2015-2018 SECTOR SANITARIO ZARAGOZA II.	Adoración Moñita Blanco	Hospital Universitario Miguel Servet
C306/19	CARTERA DE SERVICIOS DE ARAGÓN: LOS NUEVOS EVALUADORES	Ana María Matarredona Pareja	Departamento De Sanidad

C081/19: BROTE POBLACIONAL DE SARAMPiÓN EN LA PROVINCIA DE HUESCA. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS

Primer autor: *Paz Cristina Sánchez Lecina*

Coautores: *Ana Betrán Escartín, María del Valle Carmona Escribano, Jorge Arribas García, María José Lavilla Fernández, Teresa Omiste Sanvicente, Aurora Fernández-García, Luís Torres Sopena*

Centro: *Hospital San Jorge*

Resumen:

Objetivo: Describir las características epidemiológicas y resultados de los pacientes afectados en el brote de sarampión registrado en Huesca en el verano de 2018.

Método: Estudio observacional, en el que se revisaron las historias clínicas e informes de urgencia de los pacientes diagnosticados de sarampión atendidos en nuestro hospital. Definición caso: todo paciente con fiebre, exantema y a) IgM positiva para sarampión y/o b) PCR positiva y/o c) vínculo epidemiológico con caso confirmado. Estudio microbiológico: las muestras (suero, orina y exudado faríngeo) se recogieron en el momento del diagnóstico. La detección de IgM frente a sarampión y PCR se realizaron en el Servicio de Microbiología del Hospital Miguel Servet y tipado virus en el Centro Nacional de Microbiología (Instituto de Salud Carlos III).

Resultados: 6 casos confirmados de sarampión en el periodo epidémico. Todos no vacunados o estado vacunal incompleto. La mitad recordaban contacto epidemiológico susceptible. El caso índice fue un paciente no vacunado, empleado de una empresa subcontratada por el hospital. La distribución etaria: 85% adultos entre 23 y 59 años. Tres fumadores, uno de ellos asmático. La clínica resultó coincidente con el conocimiento clásico de la enfermedad y todos presentaron fiebre, exantema maculopapuloso y se objetivaron manchas de Koplik en el 67% de los casos. La única complicación que presentó uno de los pacientes fue neumonía, con evolución favorable. En el 100% el genotipo fue D8, haplotipo/variante MVs/Herborn. DEU/05.17/-variant (variante que circula en distintos países europeos desde 2017).

Conclusiones: El número de pacientes no es significativo comparándolo con brotes descritos en distintos países de Europa, pero tiene valor el recordar una enfermedad poco común pero reemergente. La cobertura vacunal representa la primera línea de estrategia para su control, siendo obligatorio promover estrategias de vacunación en la infancia, garantizar la correcta inmunización del personal trabajador del entorno sanitario para evitar transmisión nosocomial, así como del personal de centros educativos. El diagnóstico precoz es importante para la prevención de posibles complicaciones; por ello completar la inmunización de personas susceptibles sigue siendo prioritario. Tener en cuenta que la movilidad geográfica facilita la reaparición de enfermedades de baja incidencia, siendo indispensable una actuación coordinada y rápida de los distintos estamentos sanitarios para limitar su propagación y control precoz de los brotes.

C151/19: AGRESIONES SEXUALES PROTOCOLO ACTUACIÓN SERVICIO ARAGONES SALUD

Primer autor: *Asunción Cisneros Izquierdo*

Coautores: *Alicia Corredor Álvarez, Sara Pilar Martínez Cisneros*

Centro: *Dirección General Asistencia Sanitaria*

Resumen

La Violencia Sexual: es definida por la OMS “todo acto sexual o tentativa de consumar un acto sexual sin el consentimiento de la persona, que también puede darse a través de comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos en el hogar y lugar de trabajo. Situación Previa: Con el fin de establecer en CCAA unas pautas de actuación normalizada y homogénea ante dichas situaciones el Ministerio de Sanidad y Consumo editó en el año 2007 el “Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género” con última modificación registrada en el año 2012 por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Objetivos Del Protocolo Aragonés.:

1. Analizar la actuación asistencial médica primaria y especializada urgente y protocolizada hacia víctimas de delitos contra la libertad sexual En Los Centros Sanitarios Del Servicio Aragonés De Salud
2. Establecer pautas homogéneas de actuación en todos los servicios de urgencias de los hospitales públicos o privados de la Comunidad Autónoma de Aragón cuando atiendan a pacientes con sospecha de abusos y/o agresión sexual.
3. Ofrecer una atención sanitaria integral y atender a todas aquellas personas que son víctimas de agresiones y abusos sexuales.
4. Propiciar la necesaria coordinación de todas las instancias implicadas en la atención de urgencia a las personas que han sufrido algún tipo de agresión sexual o abusos sexual y proporcionar pautas comunes de actuación.

Metodología: Se solicitó a todos los Servicios de Urgencia hospitalaria de Aragón sus protocolos de Actuación. Tras su revisión se creó un grupo de trabajo para la elaboración del Protocolo con la participación de: Dirección General de Justicia, Cuerpos y Fuerzas de Seguridad, Trabajo social, Sistemas de Información, Servicios Jurídicos.

Situación Actual: Pendiente evaluar por Servicios de Urgencia Hospitales de Aragón.

C171 /19: ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE VITAMINA D EN LA POBLACION DE ARAGÓN

Primer autor: *Cristina Trigo Vicente*

Coautores:

María Pilar Aibar Abad, Adriana Álvarez Nonay, María Ángeles Giménez Ferrer, Miren Arantzazu García Colinas, Ana Cristina Bandrés Liso

Centro: *Servicios centrales*

Resumen:

La Agencia Española de medicamentos y productos sanitarios (AEMPS) publicó en marzo de 2019 una nota informativa sobre el riesgo de hipercalcemia grave asociada a sobredosificaciones de vitamina D (vitD) para los profesionales sanitarios. En ella se emitieron recomendaciones tanto para los prescriptores como para los farmacéuticos.

Objetivos:

- Analizar el número de prescripciones activas con suplementos de vitD en Aragón.
- Describir el perfil de los pacientes en tratamiento.
- Describir el tipo de suplemento de vitD que están recibiendo los pacientes en tratamiento activo.
- Analizar el número de pacientes con pautas prescritas de sobredosificación, y comunicación a los prescriptores si procede.

Material Y Método: Estudio transversal, realizado en marzo de 2019 en el que se incluyeron a todos los pacientes con prescripción activa de algún suplemento de vitD en Aragón.

Resultados: Se identificaron 71.860 pacientes con prescripción activa de suplementos de vitD, lo que corresponde a un 5,5% de la población. De ellos 55.123 eran mujeres (76,7%) y 16.736 (23,3%) eran hombres, siendo la mediana de edad de 66,4 años. El 84,7% de los pacientes (60.855) tenían prescrito calcifediol, y el 15,3% restante (11.004) colecalcifediol. Respecto a la pauta, el 6,25% de los pacientes tenía prescripciones activas con regímenes de sobredosificación.

Conclusiones: Dado el elevado número de pacientes con prescripción de suplementos de vitD en la población sería necesario valorar la adecuación de estos tratamientos a las indicaciones y las pautas de ficha técnica. La prevalencia del tratamiento con estos suplementos en mujeres es mucho más elevada que en hombres, lo que podría explicarse por su uso en indicaciones más prevalentes en este grupo, como por ej. la osteoporosis. Paralelamente, sería necesario notificar estos casos al centro de farmacovigilancia de Aragón, y al SiNASP (Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente).

C176 /19: REVISIÓN DEL USO DE OPIOIDES EN PACIENTES GERIÁTRICOS EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO.

Primer autor: *María Pilar Monforte Gasque*

Coautores: *Pablo Llorente Romeo, Esteban Manuel Lázaro Gallardo, Belén Martínez Lafuente, Julia Hernández Martín, Isabel Varela Martínez, Alberto Llorente Romeo, Daniel Martínez Fabre*

Centro: *Hospital San José*

Resumen:

Objetivos: Los pacientes ancianos presentan una elevada prevalencia del dolor y mayor complejidad en la evaluación del mismo (alteraciones cognitivas, déficits sensoriales y motores). Las características del paciente anciano hacen que se deba tener especial cuidado a la hora de instaurar un tratamiento con opioides en esta población. Los objetivos de este estudio son conocer el uso de opioides en la población geriátrica en un centro socio sanitario y plantear un plan de mejora en su utilización.

Métodos: Estudio observacional descriptivo, en el que se revisaron las prescripciones de opioides de todos los residentes del centro sociosanitario durante el periodo de estudio (abril-mayo 2019). Se recogieron variables demográficas (sexo y edad) y farmacoterapéuticas (fármaco opioide prescrito, dosis media diaria, pauta fija o de rescate y asociación con otros analgésicos). Estos datos se han obtenido del programa de residentes propio del centro sociosanitario.

Resultados: Se incluyeron 387 pacientes, de ellos el 11%(n= 43) tenían prescrito como parte de su tratamiento fármacos opioides. La edad media fue de 84 años (68-95) y el 25% eran varones(n=11). Los fármacos prescritos fueron: 28%(n=12) fentanilo transdérmico, 21%(n=9) tramadol, 16%(n=7) tramadol junto con paracetamol, 16%(n=7) buprenorfina, 12%(n=5) tapentadol, 4.6% (n=2) oxicodona y 2.4%(n=1) morfina sulfato. Las dosis diarias medias prescritas de estos fármacos fueron: 30 mcg fentanilo, 105 mg tramadol, 66 mg tramadol junto con paracetamol, 45 mcg buprenorfina, 165 mg tapentadol, 15 mg oxicodona y 20 mg morfina sulfato. Todas las formas orales prescritas fueron de liberación prolongada. El 86%(n=37) de los pacientes tenía el fármaco opioide prescrito como pauta fija, de estos pacientes el 80%(n=30) tenía prescritos otros analgésicos no opioides como pauta de rescate.

Conclusiones: Los analgésicos opioides tienen indudables beneficios, pero también son responsables de numerosos eventos adversos y problemas derivados de su uso continuado, por lo que es necesario implementar prácticas seguras para minimizarlos y evitar daños innecesarios a los pacientes. En nuestro estudio las dosis medias diarias prescritas están en consonancia con la bibliografía revisada, excepto la de tapentadol que es superior en nuestros pacientes. Es necesario realizar una revisión individualizada del balance riesgo-beneficio asociado al uso de estos fármacos, teniendo en cuenta la necesidad del fármaco, efectividad, aparición de efectos adversos y posibilidad de control del dolor con otras alternativas.

C196/19: ESTUDIO DE LA UTILIZACIÓN DE ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DEMENCIA Y SÍNTOMAS CONDUCTUALES.

Primer autor: *María Pilar Monforte Gasque*

Coautores: *Esteban Manuel Lázaro Gallardo, Pablo Llorente Romeo, Belén Martínez Lafuente, Julia Hernández Martín, Isabel Varela Martínez, Alberto Llorente Romeo, Daniel Martínez Fabre*

Centro: Hospital San José

Resumen:

Objetivos: Los síntomas conductuales y psicológicos en pacientes ancianos (SCP) son muy frecuentes y de difícil manejo, produciendo un elevado impacto negativo sobre la calidad de vida de estos pacientes. El uso de antipsicóticos atípicos (AA) para el tratamiento de los SCP es una práctica muy extendida, sin embargo, sólo risperidona tiene indicación autorizada para el tratamiento a corto plazo de los mismos. Los objetivos de este estudio son conocer el grado y perfil de utilización de antipsicóticos atípicos en el centro sociosanitario y proponer un plan de mejora en su utilización.

Métodos: Estudio observacional transversal, en el que se revisaron los tratamientos de todos los residentes del centro sociosanitario durante el periodo de estudio (abril-mayo 2019). Se recogieron variables demográficas (sexo y edad) y farmacoterapéuticas (antipsicótico prescrito, dosis media diaria, pauta y asociación con otros antipsicóticos).

Resultados: Se revisaron 408 pacientes, el 47,5% (n=194) tenían prescrito al menos un antipsicótico atípico. De estos pacientes, el 49% eran mujeres y la edad media fue 86 años (68-102). El 12% (n=23) de los pacientes tenían prescrito más de un AA en pauta fija, de ellos 18 pacientes tenían prescritos dos AA y 5 pacientes más de dos AA. El resto (n=171) tenían prescrito un AA: 84,1% quetiapina (n=163), 12,4% risperidona (n=24), 3% olanzapina (n=6) y 0,5% haloperidol (n=1). Las dosis medias prescritas de cada AA fueron: 43,3 mg (12,5-350) quetiapina, 0,6 mg (0,2-2 mg) risperidona, 7 mg (2,5-15 mg) olanzapina y 5 mg haloperidol. El 27,3% (n=53) de los pacientes tenían prescrito el AA únicamente como pauta si precisa y el 38,7% (n=75) tenían prescrito el AA como pauta fija y también si precisa.

Conclusiones: El porcentaje de utilización de AA es muy elevado en la población de estudio, por lo que es necesario instaurar un plan de mejora. Además, se observa una clara prioridad de uso de quetiapina frente al resto de AA, aunque risperidona sea el único con indicación autorizada. Se recomienda realizar la revisión del tratamiento cada tres meses para valorar el balance riesgo-beneficio de forma individualizada y la posibilidad de retirada del fármaco si el paciente lleva mucho tiempo en tratamiento y los síntomas han remitido.

C198/19: IMPACTO MEDIÁTICO DE FARMASALUD COMO WEB DE REFERENCIA EN FARMACOTERAPIA DE ARAGÓN

Primer autor: *Miren Arantzazu Garcia Colinas*

Coautores: *Cristina Trigo Vicente, Ana Cristina Bandrés Liso, María Bestué Cardiel, Cristina Pérez Díez, Oihana Pascual Martínez, Yara María Alonso Triana, Vicente Gimeno Ballester*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Objetivos: Analizar cuál ha sido el impacto inicial de FarmaSALUD como nueva web institucional dedicada a la divulgación de información y actualización en farmacoterapia entre los profesionales sanitarios de Aragón.

Método: Estudio descriptivo transversal. La extracción de datos se realizó a través del aplicativo web WP Statistics V 12.5.2[®]. Se analizaron los datos de acceso desde el 4 de abril al 21 de mayo de 2019.

Para el análisis se seleccionaron los siguientes indicadores, número de visitantes diferentes recibidos, número de visitas a las páginas, y top 10 de las páginas de la web visitadas.

Resultados: La web alojada en la intranet del SALUD y de los sectores ha recibido 6.083 visitantes y 29.527 visitas en 45 días.

Las 10 páginas más visitadas han sido:

1. Home o página principal 8.655 (29,31%)
2. Uso de medicamentos y recomendaciones 3.583 (12,13%)
3. Herramientas de ayuda sobre medicamentos 3.021 (10,23%)
4. Farmablog 1.097 (3,71%)
5. Receta electrónica 957 (3,24%)
6. Comisión de evaluación del medicamento y productos sanitarios en atención especializada en Aragón 688 (233%)
7. FarmaSALUD informa 578 (1,96%)
8. Enlaces 519 (1,76%)
9. BotSALUD 445 (1,51%)

Conclusiones: La información y accesos directos de la página principal son los más visitados, de ahí la importancia de seleccionar el contenido crítico para ese espacio.

Requiere dedicación de los miembros del Comité de información y actualización en farmacoterapia de Aragón. El apoyo e implicación institucional son determinantes.

La información sobre farmacoterapia recogida en un único espacio interesa a los profesionales sanitarios del SALUD, puesto que en un mes y medio ha sido visitada aproximadamente por el 60% de los mismos (con la limitación del acceso en diferentes días de una misma persona).

Lecciones Aprendidas: La difusión es clave para llegar a los profesionales sanitarios, a la vez que difícil. Utilizar el correo institucional del personal del gobierno de Aragón y estar en la página principal de los sectores aporta visibilidad.

C228/19: PREVALENCIA DE COLONIZACIÓN POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA (SARM) EN RESIDENCIA GERIÁTRICA EN HUESCA

Primer autor: *Berta M^a Pilar Vela Iglesia*

Coautores: *Clara Beltrán Alos, Alejandro Maurel Grúas, Ana Betrán Escartín, María del Valle Carmona Escribano, Miguel Egido Murciano, Teresa Omiste Sanvicente, Luís Torres Sopena*

Centro: *Hospital San Jorge*

Resumen:

Objetivo: La prevalencia del SARM ha aumentado progresivamente durante los últimos años y supone un gran problema de salud pública por su carácter pandémico, aumento de la morbimortalidad y costes sanitarios, debido a la prolongación de las estancias hospitalarias. Las manos contaminadas del personal sanitario/auxiliar es el mecanismo más frecuente de transmisión. Nuestro objetivo: analizar la prevalencia de SARM entre los residentes del centro de personas mayores “Ciudad de Huesca”, en Huesca, durante los meses de abril y mayo del 2019.

Método: Se realizó frotis nasal y perianal en 95 residentes de más de 65 años de un total de 105, previa firma de consentimiento informado por parte de los mismos o familiares. Se utilizaron hisopos flocados (COPAN®) para la toma de muestras y siembra en medio cromogénico (BBLTM CHROMagar™ MRSA II). Todas las colonias con morfotipos compatibles con *S. aureus* fueron identificadas mediante espectrometría de masas (MALDI-TOF Biomérieux Vitek Ms) y se estudió la sensibilidad siguiendo los criterios de EUCAST. Realización de sesiones formativas sobre higiene de manos para el personal del centro geriátrico. En los residentes SARM positivo se están recogiendo actualmente los factores de riesgo asociados a mayor transmisión (grado de autonomía personal-índice de Barthel-nivel de deterioro cognitivo-test de Pfeiffer-estado de piel/mucosas, desnutrición, diabetes o inmunodepresión y presencia de vías o sondas).

Resultados: De los 95 residentes, 65 fueron mujeres (68%) y 30 varones (32%), con edad media de 86 años. La prevalencia de colonización por SARM fue del 53% (50 residentes), de los cuales 17 (34%) estaban colonizados tanto nasal como perianal. El 34% de las cepas fueron resistentes a mupirocina, tratamiento tópico habitual en la descolonización por SARM. El 98% de las cepas fueron sensibles a ácido fusídico. El 12/4/2019 se realizó una sesión sobre la importancia del lavado de manos teniendo previsto realizar nuevos talleres de formación a lo largo del año.

Conclusiones y Lecciones Aprendidas: La prevalencia de SARM entre la población estudiada es muy elevada. Analizaremos los factores asociados para intervenir, en la medida de lo posible sobre ellos, especialmente en el uso racional de los antibióticos, cuyas consecuencias, entre otras, es la aparición de cepas multirresistentes potencialmente patógenas y el lavado de manos. Siendo esta la medida más importante y eficaz para reducir el riesgo de transmisión, y que debería aplicarse en el manejo de todos los residentes.

C255/19 ESTUDIO DE LOS FLUJOS HORARIOS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS DE ARAGÓN. CONCEPTO DE DEMANDA Y CENSO

Primer autor: Héctor López-Mendoza

Coautores: Alicia Del Cura Bilbao, Rafael Marrón Tundidor, M.^a Dolores Zapatero González, Antonio Misiego Peral, Noelia Sánchez Pérez, Alfredo Calvo Navalmoral

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

Resumen:

Objetivos:

- Analizar la demanda media horaria (DMH) y censo medio horario (CMH), y la relación entre ambas medidas de los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH), por centro y día de la semana.
- Proporcionar los estándares para un sistema de monitorización que permita mecanismos de alerta temprana.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de la demanda de urgencias durante 2017 (601 413 pacientes) y 2018 (600 432) en los SUH del SALUD. Se han estudiado las curvas de la DMH y CMH a nivel global y por centro. La DMH mide los pacientes que acceden a los SUH cada hora (entradas). El CMH mide los pacientes que están siendo atendidos en el SUH en esa hora (densidad).

Resultados: La DMH presenta 2 picos, uno a las 12 h y otro a las 17 h. El CMH muestra unos picos similares, pero sin caídas en las horas de medio día, como ocurre con la demanda, y con un volumen de pacientes mayor. En el análisis por SUH todos presentan 2 picos de CMH uno a partir de las 12 h; siendo el pico máximo a las 18 h en la mayoría de SUH. El rango del CMH es 3 veces mayor que el de DMH en el global y por centro. Los patrones comparativos entre curvas de flujo de DMH y CMH son diferentes si se analiza la población adulta o infantil. En niños la curva de DMH y el CMH prácticamente se solapan. El día de la semana con mayor DMH es el lunes. En los festivos los picos asistenciales se suavizan.

Conclusiones: Para gestionar correctamente los SUH, es necesario tener en cuenta tanto el CMH como la DMH. La dificultad de ingreso hospitalario incrementa la ocupación (censo), generando disfunciones en la atención de la demanda. Es necesario implantar medidas de drenaje que minimicen los picos de censo.

Este trabajo proporciona las bases para la implantación de sistemas de monitorización que permita disponer de alertas y realizar una gestión eficiente de los recursos ajustando la ratio de personal al censo medio en vez de a la demanda.

Lecciones Aprendidas: Este análisis permite ajustar los recursos a los momentos del día con mayor CMH. Calcular la necesidad de recursos en base a la DMH es un error, puesto que el volumen real de atención en un SUH lo marca el censo de pacientes. La curva de CMH permite detectar el momento del día con mayor densidad en un SUH y por tanto el momento más crítico y con mayor probabilidad de saturación.

C304/19 ACCIDENTES LABORALES POR SEGURIDAD VIAL EN EL PERIODO 2015-2018 SECTOR SANITARIO ZARAGOZA II.

Primer autor: Adoración Moñita Blanco

Coautores: Ignacio Ezpeleta Ascaso , Paula Garces Fuertes, Noelia Terren Marco, Sandra Dueñas Jollard

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet

Resumen:

Objetivos: De acuerdo con datos de la Dirección General de Tráfico (DGT) cada día se producen en España 143 accidentes por seguridad vial laboral. Nos planteamos conocer la incidencia en nuestro sector de este tipo de accidentes, conocer los vehículos implicados, motivos que los provoca, absentismo que generan por incapacidad temporal .

Métodos: estudio descriptivo retrospectivo partiendo del análisis de los datos registrados en los partes de declaración e investigación de accidentes elaborados por el área técnica del sector Zaragoza II (SZII).

Resultados: Durante el cuatrienio se produjeron 113 accidentes que causaron 2815 días de baja. Por bicicleta ocurrieron 28 accidentes y sus causas fueron caídas (60,7%), atropellos (17,8%), colisión (14,2%) y causas mecánicas (7,3%); respecto al género 71% eran mujeres y 29% hombres. Estos accidentes conllevaron 725 días de baja. En el caso de la moto hubo 31 accidentes que generaron 909 días de baja. Las causas que los motivaron fueron caídas (53,6%), colisión (29,1%), evitación (13%), bloqueo de rueda (4,3%); seis eran hombres y tres mujeres. Por coche hubo 53 accidentes, causaron 1171 días de baja; fueron causados por colisión (81%), otras causas (9,4%) atropello (7,6%) y agresión (2%). Los accidentes de produjeron al ir a trabajar en el 58,8% (bicicleta), 70,3%(moto) y 60,7%(coche).

Conclusiones: En la accidentalidad laboral del SZII, los accidentes por seguridad vial son un pequeño porcentaje en el cómputo total. Esto no debe hacernos pensar que son accidentes con poca importancia, ya que aunque en número bajo, se observa un aumento, si no de ellos, sí en su declaración, y, lo que es más importante: hay accidentes graves que conllevan muchos días de absentismo por incapacidad temporal. Deben incluirse la seguridad vial en los planes de prevención de riesgos laborales PRL de la empresa como una actividad de promoción de la salud. Debe informarse y formarse a los trabajadores en seguridad vial, lo que redundará no solo en la disminución del número de accidentes laborales sino también en su vida extralaboral. Ocurren más frecuentemente los accidentes cuando acudimos a trabajar, estos resultados son concordantes con estudios de la DGT.

C306 /19 CARTERA DE SERVICIOS DE ARAGÓN: LOS NUEVOS EVALUADORES

Primer autor: Ana María Matarredona Pareja

Coautores: María Soledad Corbacho Malo

Centro: Departamento de Sanidad

Resumen:

La capacidad de los evaluadores en la Comisión de Evaluación de Cartera de Servicios Sanitarios de Aragón (CECSS) es limitada. La demanda actual hace necesarios sistemas que permitan la agilización en la evaluación y actualización de los servicios que se evalúan en la CECSS.

-Actualizar la cartera de servicios, a través de grupos de trabajo, reconocidos por la Dirección General de Asistencia Sanitaria y constituido por responsables de las unidades y especialidades, de cada centro hospitalario de Aragón.

-Capacitar a los profesionales en la participación activa para mejorar la agilización y generar la equidad en la utilización de las prestaciones en el sistema de Salud .

-Fomentar, dinamizar y evaluar la inclusión de prestaciones previamente por los grupos de trabajo como parte evaluadora de la CECSS.

Se han creado grupos de trabajo reconocidos por la Dirección General de Asistencia Sanitaria y formados por responsables de las especialidades, para actualizar la cartera de cada especialidad. El grupo valora los criterios necesarios a evaluar. Se cumplimenta la solicitud de cartera, se defiende y consensua en el grupo. Tras la evaluación se realiza la propuesta al Servicio de Oferta Asistencial mediante informe sobre los criterios que sustentan dicha inclusión. Esta propuesta se remite a la CECSS.

Desde 2016/18 se han creado distintos grupos de trabajo: laboratorios, microbiología, hematología, enfermería, anatomía patológica, según prioridades del Departamento de Sanidad. El dinamismo de determinados grupos está suponiendo una gran oportunidad para la actualización de técnicas, tecnologías y procedimientos. Esta mejora unificada y transparente de los participantes ha permitido que los grupos se conviertan en colaboradores/ evaluadores como apoyo de la CECSS, permitiendo la agilización en el proceso de resolución por parte de la CECSS y fomentando la satisfacción de los grupos ante la participación activa en la Comisión.

Con este procedimiento de evaluación por los grupos de trabajo se contribuye a la mejora en el funcionamiento del proceso de inclusión de un servicio a la Cartera de Servicios sanitarios de Aragón. Además, permite la participación de los verdaderos especialistas en la materia y en la motivación por ser parte comprometida en el informe final. La difusión de este modelo ha contribuido a que los profesionales sanitarios accedan al conocimiento y la accesibilidad de la actualización de la cartera de servicios de Aragón.

COMUNICACIONES MESA 14

Aula 4 (Planta 1ª)

Moderadora: Fernando Galve

Código	Título	Autor	Centro
C0146/19	EVALUACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO RÁPIDO PARA ESTUDIO DE LA SENSIBILIDAD A LOS ANTIBIÓTICOS EN HEMOCULTIVOS POSITIVOS	Héctor Condado Condado	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
C0147/19	BACTERIEMIAS POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTORA DE BETALACTAMASA DE ESPECTRO EXTENDIDO (BLEE)	Héctor Condado Condado	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
C0156/19	ANÁLISIS DEL PROTOCOLO DIAGNÓSTICO DE MALARIA TRAS LA INCORPORACIÓN DE LA BIOLOGÍA MOLECULAR EN EL ÁREA DEL HUM	Ana M ^a Milagro Beamonte	Hospital Universitario Miguel Servet
C0157/19	¿HAY QUE INCLUIR EN EL PROTOCOLO DIAGNÓSTICO DE MALARIA A LOS PACIENTES ASINTOMÁTICOS PROCEDENTES DE ÁREAS ENDÉMICAS?	Ana M ^a Milagro Beamonte	Hospital Universitario Miguel Servet
C0210/19	CALIDAD MICROBIOLÓGICA DE LAS NUTRICIONES PARENTERALES ELABORADAS EN EL SERVICIO DE FARMACIA DE UN HOSPITAL TERCIARIO	Lucía Cazorla Poderoso	Hospital Universitario Miguel Servet
C0215/19	REVISIÓN DE LA EPIDEMIOLOGÍA Y SENSIBILIDAD DE CANDIDEMIAS EN UN HOSPITAL TERCIARIO DURANTE 20 AÑOS	Miguel Moreno Hijazo	Hospital Universitario Miguel Servet
C0244/19	ESTRATEGIA MULTIMODAL PARA EL CONTROL DE LA ITU NOSOCOMIAL EN LA ULME DEL HUMS: EVALUACION DE RESULTADOS DE LA FASE 2	Carmen María Barquero Moreno	Hospital Universitario Miguel Servet
C0248/19	CARACTERIZACIÓN DE LAS BACTERIEMIAS HUERFANAS Y ANÁLISIS DE LA ACTUACIÓN DEL EQUIPO PROA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	Silvia Loscos Aranda	Hospital Universitario Miguel Servet
C290/19	ELABORACIÓN DE UNA TABLA DE RECOMENDACIONES SOBRE EL USO DE ANTIMICROBIANOS EN EMBARAZO Y LACTANCIA	Andrea Pinilla Rello	Hospital Universitario Miguel Servet
C307/19	MEJORA DEL TRATAMIENTO DE LA FARINGOMIGDALITIS AGUDA ESTREPTOCÓCICA EN PEDIATRÍA	Miren Arantzazu Garcia Colinas	Dirección De Atención Primaria Sector Alcañiz
C311/19	VALORACIÓN DE LA ADECUACIÓN DEL PROYECTO PROA-BACTERIEMIA DEL HUMS 2018 A LA ESTRATEGIA IRASPROA. AUTOBAREMACIÓN.	Rosa María Martínez Álvarez	Hospital Universitario Miguel Servet

C146 /19: EVALUACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO RÁPIDO PARA ESTUDIO DE LA SENSIBILIDAD A LOS ANTIBIÓTICOS EN HEMOCULTIVOS POSITIVOS

Primer autor: *Héctor Condado Condado*

Coautores: *Eugenia Sanz Valer, Ana Isabel Perera Lerín, Alejandra Sancho García, Juan Sahagún Pareja, Soledad Salvo Gonzalo*

Centro: *Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

Resumen:

Objetivos

Comparar los resultados del estudio de sensibilidad a los antibióticos realizado mediante el procedimiento convencional basado en la inoculación de colonias con un procedimiento rápido inoculando los paneles de antibiograma directamente de las botellas de hemocultivo.

Método: La sensibilidad a los antibióticos se realizó mediante el sistema MicroScan® WalkAway Plus System (Beckman Coulter, CA, EEUU). Se estudiaron 24 microorganismos productores de bacteriemia. Procedimiento convencional: Las pruebas se realizan mediante inoculación en los paneles de colonias procedentes de cultivos de 24 horas. Los paneles se incuban 24 horas. Los resultados definitivos se obtienen tras 48 horas de la positividad de los frascos. Procedimiento rápido: Las pruebas se realizan mediante la inoculación de los paneles con 0,2 mL del contenido de los frascos de hemocultivo positivos y se incuban 24 horas. Los resultados se obtienen en 24 horas tras la positividad de los frascos. Variación menor: Diferencia de una dilución en la concentración mínima inhibitoria (CIM) sin modificación de la categoría (S, R, I). Variación mayor: Diferencia de una o varias diluciones en la CIM de uno ó mas antibióticos con modificación de la categoría.

Resultados: En 13 microorganismos (54,17%) se obtuvieron idénticos resultados por ambos procedimientos (9 E.coli, 1 K.pneumoniae, 1 P.mirabilis, 1 E.faecalis, y 1 S.agalactiae) y se observaron variaciones menores en 5 (20,83%) (2 S.aureus, 1 E.coli, 1 E.faecium y 1 S.gallolyticus). Las categorías fueron concordantes en el 75% de las cepas estudiadas. Se detectaron 6 variaciones mayores (25%) (2 E.coli, 2 S.epidermidis, 1 K.aerogenes y 1 P.aeruginosa). Los aislamientos de S. epidermidis y E. coli diferían en una sola dilución respecto al método convencional. Las pruebas de sensibilidad realizadas por el método rápido presentaron CIMs más elevadas. La cepa de K. aerogenes presentaba un patrón de resistencia inusual y el aislamiento de P. aeruginosa mostraba resistencia a quinolonas únicamente por el procedimiento rápido.

Conclusiones:

- La realización de las pruebas de sensibilidad por el método rápido proporciona resultados 24h antes que el convencional.
- Ante patrones de resistencia inusuales, o no esperados, o diferentes grados de crecimiento en los pocillos de los paneles es preciso repetir el estudio por el procedimiento convencional.

C147 /19: BACTERIEMIAS POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTORA DE BETALACTAMASA DE ESPECTRO EXTENDIDO (BLEE)

Primer autor: *Héctor Condado Condado*

Coautores:

Eugenia Sanz Valer, Francisco Javier Castillo García, Cristina Seral García, Soledad Salvo Gonzalo

Centro: *Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

Resumen:

Objetivo: Revisar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con bacteriemia por *K. pneumoniae* productora de BLEE.

Material y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de las bacteriemias por *K. pneumoniae* productora de BLEE en el Hospital Lozano Blesa durante 2018.

Los hemocultivos se incubaron en el sistema BacT/Alert® Virtuo™ (bioMérieux, Francia). La identificación de los microorganismos se realizó mediante espectrometría de masas MALDI-TOF Biotyper (Bruker, Alemania) y el estudio de sensibilidad a los antimicrobianos por el sistema MicroScan® WalkAway Plus System (Beckman Coulter, CA, EEUU). Para la confirmación del fenotipo BLEE se empleó ácido clavulánico como inhibidor de betalactamasas utilizando como sustratos cefotaxima y ceftazidima y cefepima. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes.

Resultados: Se recibieron 15405 hemocultivos, de los que 1923 fueron positivos (12,48%), en 810 se aislaron enterobacterias (42,12%). Se documentaron 120 hemocultivos con *K. pneumoniae* (6,24%) en 60 pacientes. De ellos, 11 pacientes presentaron bacteriemia por *K. pneumoniae* productora de BLEE (18,33%). Características clínico-epidemiológicas: Pacientes: Varones 9 (81,81%), mujeres 2 (18,18%). Edades comprendidas 59 y los 95 años (edad media 78,82±11,30 años). Enfermedades de base: Cardiovascular (8), neurológica (6), renal (6), hepatopatía (4), respiratoria (3), diabetes (3), neoplasia (2). Factores de riesgo: >65 años (10), tratamiento antibiótico previo (9), procedimientos invasivos, quirúrgicos o dispositivos (8), uso frecuente de los servicios del hospital incluido el ingreso en los 3 meses anteriores (6), inmunodepresión (4), alcoholismo (3), residencia (3). Gravedad: SRIS (5), sepsis (6). Cinco pacientes precisaron ingreso en UCI y 3 fueron éxitus. Origen: Nosocomial (5), relacionada con la asistencia sanitaria (6). Foco: Urinario (5), respiratorio (3), catéter (2), intraabdominal (1).

Conclusiones: Un elevado porcentaje de las cepas de *K. pneumoniae* responsables de bacteriemia son productoras de BLEE. En su mayoría, los pacientes fueron varones mayores de 70 años con pluripatología y foco urinario. No se documentó ninguna bacteriemia de origen comunitario.

La edad avanzada, el tratamiento antibiótico previo, la frecuentación del hospital incluido el ingreso en los últimos 3 meses y haber sido sometido a algún tipo de procedimiento invasivo fueron los factores de riesgo más frecuentes.

C156/19: ANÁLISIS DEL PROTOCOLO DIAGNÓSTICO DE MALARIA TRAS LA INCORPORACIÓN DE LA BIOLOGÍA MOLECULAR EN EL ÁREA DEL HUMS

Primer autor: Ana M^a Milagro Beamonte

Coautores: Miriam Latorre-Millán, Erik López González, M^a Pilar Egido Lizan, Nieves Felisa Martínez Cameo, M^a Pilar Hernández García, Raquel Soteras Colón, Antonio Rezusta López

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet

Resumen:

Introducción y objetivos: El Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza (HUMS) es el Centro de Referencia para biología molecular de paludismo de Aragón. Dispone de dos técnicas acreditadas por la NORMA UNE EN ISO 15189: RealStar Malaria PCR® de Altona para cribado de Plasmodium spp, y FTD Malaria differentiation® Fast-track para identificación de las especies más frecuentes: P. falciparum (Pf), P. ovale (Po), P. malariae (Pm) y P. vivax (Pv). Los objetivos del presente trabajo son la evaluación de los resultados aportados por la RT-PCR al diagnóstico de malaria en nuestro hospital, así como la valoración de la idoneidad de seguir realizándola de forma sistematizada.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de los resultados desde julio de 2017 a enero 2019, periodo en que se inició la detección por RT-PCR de forma sistemática solo en el caso de diagnóstico de malaria (excluidos los controles de tratamiento). Previamente se realizó detección rápida de antígenos por ICT (Alere Binaxnow Malaria®) registrando los cuatro posibles resultados: Pf, Pf o mixta, otras especies de Plasmodium spp y negativo. Se realizó la PCR para cribado en caso de ICT negativa y PCR para identificación en el caso de ICT positiva.

Resultados: Se incluyeron 275 muestras de las cuales 53 (19,27%) fueron positivas por PCR y 49 (17.81%) para ICT. Se detectó un caso con triple parasitación (P. falciparum, P. ovale y P. malariae) con ICT positiva y otro caso con doble (P. falciparum y P. malariae) con ICT negativa.

Conclusiones: La sensibilidad de la ICT en nuestro estudio ha sido del 92,45% respecto a la RT-PCR. La FTD Malaria differentiation® Fast-track diagnosticó la especie que produce la clínica más grave P. falciparum en dos casos en los que la ICT detectó sólo la proteína panpalúdica. Gracias a la incorporación de técnicas de PCR se pudieron diagnosticar parasitemias submicroscópicas en cuatro pacientes (7.54%) que no hubieran sido tratados. La PCR multiplex es útil como prueba confirmatoria de especie, y es capaz de detectar parasitemias mixtas difícilmente diagnosticables por microscopia, por lo que su utilización tiene trascendencia en el tratamiento de los pacientes.

C157 /19: ¿HAY QUE INCLUIR EN EL PROTOCOLO DIAGNÓSTICO DE MALARIA A LOS PACIENTES ASINTOMÁTICOS PROCEDENTES DE ÁREAS ENDÉMICAS?

Primer autor: Ana M^a Milagro Beamonte

Coautores: Miguel Moreno Hijazo, M^a Pilar Egido Lizan, Lourdes Roc Alfaro, Nieves Felisa Martínez Cameo, M^a Pilar Hernández García, Raquel Soteras Colón, Miriam Latorre-Millán

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet

Resumen:

Introducción y objetivos: La Malaria submicroscópica (MSM) se caracteriza por parasitación de Plasmodium spp de baja densidad no detectable mediante microscopía convencional. Es frecuente en regiones endémicas y la mayoría de los casos son asintomáticos por adquisición de semi-inmunidad. Su diagnóstico es importante ya que los pacientes pueden actuar como reservorio del parásito. La posibilidad de transmisión de la MSM ha sido previamente demostrada, así como la presencia del vector en España. Se planteó un estudio retrospectivo para cuantificar la presencia de MSM en el Área de Salud del HUMS analizando los resultados obtenidos con las diferentes técnicas utilizadas para el diagnóstico.

Material y métodos: Se utilizaron las muestras de los pacientes a los que se les solicitó estudio de malaria (excepto los controles de tratamiento) enviadas al Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) desde julio de 2017 hasta enero de 2019. El diagnóstico se realizó con 3 técnicas: a) detección rápida de antígenos ICT (Alere Binaxnow Malaria©), b) tinción Giemsa en gota fina, c) RT-PCR: RealStar Malaria PCR© de Altona para screening de Plasmodium spp indicada en el caso de ICT negativa, y FTD Malaria differentiation© Fast-track para identificación de las 4 especies más frecuentes -P.falciparum (Pf), P.ovale (Po), P.malariae (Pm) y P. vivax (Pv)- indicadas en el caso de ICT positiva. Tanto la técnica de ICT como la RT-PCR están acreditadas por la NORMA UNE EN ISO 15189 en el HUMS.

Resultados: De las 275 muestras, en las 53 (19,3%) que resultaron positivas por RT-PCR se realizó una comparación con los siguientes resultados: 49 muestras (92.4%) por ICT (62%) y 42 (79%) por visión gota fina fueron positivas; 5 (7.5%) por ICT y 11 (20,7%) por visión gota fina fueron negativas.

Conclusiones: En nuestro entorno la MSM está presente en el 20,7% de las positivas por RT-PCR, lo que representa el 4,0% del total de muestras incluidas en este estudio. La sensibilidad de la ICT fue del 92,4% respecto a las técnicas moleculares, siendo diagnosticados el 7,5% de los pacientes únicamente por RT-PCR. Estos resultados sugieren que debería investigarse la presencia de MSM por RT-PCR en todos los pacientes procedentes de regiones endémicas, incluso los asintomáticos. Dado que este proceder es difícilmente viable económicamente, al menos debería realizarse en aquellos que acuden a los centros sanitarios.

C210/19: CALIDAD MICROBIOLÓGICA DE LAS NUTRICIONES PARENTERALES ELABORADAS EN EL SERVICIO DE FARMACIA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

Primer autor: *Lucía Cazorla Poderoso*

Coautores: *Ángel Escolano Pueyo, María Carmen Serrano Vicente, María Pérez Moreno, Arantxa Magallón Martínez, Rosario Fernández Mota García, Andrea Casajús Navasal*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Objetivos: Evaluar los resultados de los controles microbiológicos de las nutriciones parenterales (NP) elaboradas durante los años 2017 y 2018 con el fin de garantizar su esterilidad, seguridad y correcta preparación.

Método: Estudio observacional y retrospectivo. Se realiza de forma aleatoria, de lunes a jueves, un control microbiológico de una NP de adulto preparada en la cabina de flujo laminar horizontal del servicio de farmacia (SF) y, cada viernes, de una NP de neonatos. Para realizar este control de calidad se extraen 45 ml de la NP elegida y adicionan 10 ml a cada uno de los 4 frascos de cultivo, 2 para bacterias anaerobias y 2 para aerobias, y 5 ml a un frasco control. Las muestras se analizan en el Servicio de Microbiología Clínica (SMC) mediante el sistema automatizado BD BACTEC™ FX para pruebas de esterilidad. Este sistema detecta el crecimiento microbiano midiendo la liberación de CO₂. Si se detecta un crecimiento positivo, se aísla e identifica el microorganismo contaminante. Todos los resultados obtenidos registran, en el SF, incluyendo: fecha del análisis, número de identificación de cada muestra y los resultados del cultivo de aerobios y de anaerobios.

Resultados: Durante un periodo de 24 meses, comprendido entre enero 2017 y diciembre 2018, se realizaron 521 controles microbiológicos de NP. Resultando 2 (0,4%) de ellos positivos mientras que el resto fueron negativos. En el control realizado el 3 de marzo de 2017 se aisló *Staphylococcus warneri* y en el del 19 de marzo de 2017 se detectó *Propionibacterium acnes*. Los dos aislamientos se asociaron con contaminación extrínseca, es decir producida durante la manipulación en la elaboración de la NP, ya que ambos son microorganismos que se hayan en la microbiota normal de la piel. A raíz de los resultados de estos cultivos, se contactó con el SMC para constatar la no patogenicidad de los microorganismos aislados y dentro del SF se volvieron a difundir las normas de correcta elaboración de mezclas intravenosas estériles, haciendo hincapié en los aspectos básicos de higiene y de indumentaria. El SMC también impartió sesiones formativas al SF sobre la correcta toma de muestras.

Conclusiones y lecciones aprendidas: El análisis de los resultados de los controles microbiológicos de las NP es una herramienta esencial para detectar debilidades en el proceso de elaboración de las NP e implantar medidas para disminuir la contaminación extrínseca, con el fin de asegurar la seguridad y calidad de la preparación parenteral y así avanzar en el proceso

C215/19: REVISIÓN DE LA EPIDEMIOLOGÍA Y SENSIBILIDAD DE CANDIDEMIAS EN UN HOSPITAL TERCIARIO DURANTE 20 AÑOS.

Primer autor: *Miguel Moreno Hijazo*

Coautores: *Concha López González, M^a Ángeles Ruiz Andrés, M^a Cruz Villuendas Usón, Pilar Palacián Ruiz, Ana Isabel López Calleja, Antonio Rezusta López.*

Centro: *Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

La infección fúngica invasora ha aumentado en los últimos años por el incremento de los factores de riesgo, siendo la candidemia su principal manifestación clínica, especialmente entre pacientes ingresados en plantas de UCI. *C. albicans* es la especie más frecuente, aunque actualmente se ha observado un aumento en otras especies del género (sobre todo *C. parapsilosis*).

Objetivos: Analizar la epidemiología y la sensibilidad antifúngica de los aislamientos en hemocultivos y catéter de *Candida* en el hospital Miguel Servet en los últimos 20 años.

Métodos: Se estudiaron retrospectivamente las características epidemiológicas de 843 pacientes con candidemia ingresados en el hospital. Se determinó la sensibilidad de las especies de *Candida* al fluconazol, el itraconazol, el voriconazol, el posaconazol, la anfotericina B, la 5-fluorocitosina, la caspofungina, la micafungina y la anidulafungina.

Resultados: De los 883 aislamientos (64% en sangre, 20,7% en catéter, 15,3% en ambos), 433 correspondieron a *C. albicans* y 450 a especies diferentes de *C. albicans* (de ellas, 213 fueron *C. parapsilosis*, 85 fueron *C. glabrata*, 56 fueron *C. tropicalis*, 15 fueron *C. guilliermondii*, y 14 fueron *C. krusei*) con una reducción progresiva de la proporción de *C. albicans* a lo largo de los años, aunque sigue siendo la especie más común (en contraste a la tendencia observada en estudios previos, que mostraban un aumento). Respecto a la sensibilidad, la especie con más porcentaje de aislamientos resistentes al fluconazol fue *C. glabrata* (sin tener en cuenta *C. krusei*, a la que se considera resistente al fluconazol de forma intrínseca) y la especie con mayor porcentaje de aislamientos con sensibilidad intermedia fue *C. tropicalis*, aunque en ambos casos se apreció una reciente disminución de los porcentajes. Sin embargo, se detectó un aumento progresivo de la resistencia a equinocandinas, particularmente en *C. glabrata*, en contraste a otros estudios, donde no se halló esa tendencia.

Conclusiones y lecciones aprendidas: El resultado del trabajo aporta información sobre un ámbito acerca del cual existen pocos datos, y apunta a posibles aspectos que merecen ser estudiados más a fondo, como el aumento del porcentaje de *C. albicans*, la resistencia de *C. glabrata* a las equinocandinas, la de *C. tropicalis* al fluconazol, y el alto número de candidemias en pacientes neonatos.

C244/19: ESTRATEGIA MULTIMODAL PARA EL CONTROL DE LA ITU NOSOCOMIAL EN LA ULME DEL HUMS: EVALUACION DE RESULTADOS DE LA FASE 2

Primer autor: *Carmen María Barquero Moreno*

Coautores: *Inmaculada Guerrero Fernández De Alba, Aurora Pociña Nieves, Ricardo Jarrod Gaudes*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Objetivo: Analizar la prevalencia de infección nosocomial del tracto urinario nosocomial los pacientes ingresados en la Unidad de Lesión Medular (ULME) del Hospital Miguel Servet correspondiente al periodo 2016-2018 tras la aplicación de la segunda fase de la estrategia multimodal diseñada para el control de estas infecciones entre los años 2014-2020.

Material y Métodos Se diseñó un plan en tres fases consecutivas y no excluyentes, para controlar en cada una los principales problemas detectados en la ULME responsables de la alta prevalencia de ITU:

Fase 1-Estancia hospitalaria muy prolongada (implementación de la consulta ambulatoria, fijación de objetivos SMART individualizados para cada paciente)

Fase 2- Mala técnica higiénica de manipulación de la vía urinaria y cumplimentación inadecuada del registro de infecciones (optimización del registro, higiene de manos, formación, PROA)

Fase 3-Uso no racional de antimicrobianos (aplicación de guías, uso racional de antibióticos, IRASPROA) Entre enero 2016 y junio 2018, se realizaron 37 cortes tipo prevalencia en todos los pacientes ingresados en el momento del estudio una vez aplicadas las medidas diseñadas en la Fase 1 del plan. La información correspondió a infecciones activas descartándose las ya resueltas. El material utilizado fueron las fichas de registro de ITU cumplimentadas por el personal de planta y analizadas con el correspondiente programa informático por el servicio de Medicina Preventiva elaborándose tablas de tendencia.

Resultados: De un total de 511 pacientes estudiados, se registró un 34,25% de infección nosocomial, siendo la ITU la más prevalente en un 30,33%, observándose una tendencia descendente, partiendo de un 44,05% del periodo previo. El microorganismo más frecuente sigue siendo *E.coli* (24,29%).

Conclusiones

1-Se conservó la reducción de prevalencia de ITU conseguida en la fase 1.

2- El plan parece ser eficaz.

3- Se han conseguido aplicar las medidas que serán evaluadas en la fase 3.

Lecciones aprendidas

La ITU nosocomial supone un importante problema de salud para nuestros lesionados medulares, así como una relevante cuestión para el sistema sanitario, tanto por la morbilidad y mortalidad que asocian, como por la repercusión de los costes que implican.

Su control exige un esfuerzo activo multidisciplinar, enfocado principalmente a su prevención. En nuestro caso la puesta en marcha de un plan multimodal coordinado que aborda la cuestión de manera integral ha sido eficaz en términos de descenso de prevalencia de infección.

C248 /19: CARACTERIZACIÓN DE LAS BACTERIEMIAS HUERFANAS Y ANÁLISIS DE LA ACTUACIÓN DEL EQUIPO PROA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Primer autor: *Silvia Loscos Aranda*

Coautores:

Carmen Martínez Jiménez, Marta Fernández Esgueva, Cristian Blanco Torrecilla, M^a Pilar Palacián Ruiz, M^o Cruz Villendas Usón, Laura Letona Jiménez, Rosa María Martínez Álvarez

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Objetivo: Valorar la actuación del equipo PROA en bacteriemias de pacientes dados de alta en el momento de hemocultivo positivo con respecto al doc "Actividad PROA para la optimización del manejo del paciente con bacteriemia" de la estrategia IRASPROA Hospitales publicado en abril 2018

Método: Estudio prospectivo recogiendo datos epidemiológicos, factores predisponentes, valoración por el equipo, adecuación del tto, riesgo de endocarditis, discordancia del resultado con la impresión diagnóstica y necesidad de tto parenteral de las bacteriemias huérfanas. **RESULTADO:** Del 1/1/19 al 17/5/19: 26 bacteriemias en domicilio, 14 M y 12 H, edad media 65,12 años. Microorganismo responsable: E. coli:13. K. pneumoniae 2, S. pneumoniae 3, E. cloacae complex 1, B. fragilis 2, P. mirabilis 1, S. oralis 1, P. aeruginosa 1, E. coli BLEE 1; S. epidermidis 1. Perfil de resistencia: 6 R a Quinolonas, 5 a Amoxi/Clav, 1 AmpC 1, y 1 BLEE. No SARM.

Origen: Comunitario 20 y 6 asociadas a cuidados sanitarios. Foco clínico: urinario 57% resp 7% abd 15%, descon 4%, gin 4%, ORL 4%, card 8% En 13/26 el resultado era discordante con el diagnóstico al alta.

Comorbilidades: Inmunodepr 5, portador de dispositivo cardiaco 2, valvulopatía 3, IQ previa 2, SV o doble J 2. En 3 de los 26 casos fue necesario descartar endocarditis (en 2 sí que se confirmó). En 10/ 26 casos era necesario tto ATB IV. En 5 de 26 casos la bacteriemia fue complicada. Tto ATB utilizado al alta de urgencias: Cef de 3 gen: 11 casos, Amoxi/clav: 4 en mono y 1 en biterapia; Quin: 5 en mono, 1 en biterapia. No ATB en 3 casos.

Se contactó por tfno con el paciente en 18 ocasiones, con AP en 2 y con el médico responsable en 1. Reevaluación en Urg en 8 ocasiones, 2 en H. Día y 2 en Hospitalización, indicando ingreso directo. El resto de ocasiones se proporciona información telefónica al paciente con respecto a la posología, duración o información sobre el tratamiento. No se contacta en 3 ocasiones.

En 11/26 No llevan tto adecuado por resultado discordante según antibiograma y posibilidad de desescalado. Se modificó el tto en 15/26 casos por inadecuación de tto o modifi de duración o posología.

Conclusiones: El esquema de la estrategia IRASPROA permite identificar pacientes que se benefician de una reevaluación e intervención dirigida a mejorar los resultados clínicos en 1º lugar (objetivo principal PROA), identificando patologías graves o potencialmente graves y adecuando ttos antibióticos. Permite mejorar la comunicación entre niveles asistenciales y la formación por par

C290/19 ELABORACIÓN DE UNA TABLA DE RECOMENDACIONES SOBRE EL USO DE ANTIMICROBIANOS EN EMBARAZO Y LACTANCIA

Primer autor: *Andrea Pinilla Rello*

Coautores: *Rafael Huarte Lacunza, Cristina Vicente Iturbe, Arantxa Magallón Martínez, Ana Lasiera Beamonte, Catalina Cayetana Suso Estivalez*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Objetivo: En los ensayos clínicos no se incluyen a mujeres embarazadas ni en periodo de lactancia por cuestiones éticas, de modo que, la información disponible acerca de la seguridad de los fármacos en embarazo y lactancia es muy limitada. El objetivo del estudio es revisar la evidencia disponible sobre el uso de antimicrobianos en embarazo y lactancia, y elaborar una tabla de recomendaciones de uso, con el fin de aumentar la seguridad de los tratamientos en este grupo de pacientes.

Método: Se formó un grupo multidisciplinar formado por facultativos de los servicios de Enfermedades Infecciosas, Medicina Interna, Microbiología, Obstetricia-Ginecología y Farmacia para consensuar y elaborar las guías de tratamiento empírico en las infecciones, específicas y comunes, en Obstetricia y Ginecología. El Servicio de Farmacia era el encargado de realizar la revisión bibliográfica de la evidencia de uso y la seguridad en embarazo y lactancia de todos los grupos de antimicrobianos en embarazo y lactancia. Para realizar la revisión se realizó una búsqueda de artículos científicos y se consultó la información disponible en la página web de la FDA (Food and Drug Administration), ACPM (Advisory Committee on Prescription Medicines), e-lactancia, y en las guías MENSA y SANFORD.

Resultados: Se elaboró una tabla con la revisión de antimicrobianos en embarazo y otra tabla para la revisión en lactancia. En cada tabla se incluía: grupo terapéutico de fármacos y principios activos que pertenecen a cada grupo, clasificación o categoría en embarazo o lactancia (respectivamente en cada tabla) y observaciones que incluían aspectos a tener en cuenta de cada grupo (recomendaciones, contraindicaciones, precauciones, falta de información, efectos adversos observados en estudios). Si dentro de un mismo grupo terapéutico, los principios activos son clasificados en distintas categorías para embarazo o lactancia (en función de la tabla), se han separado en otra línea, a continuación del resto de principios activos del grupo, para aclarar la información y evitar confusión. En cada tabla se detalla la leyenda para las clasificaciones o categorías y la bibliografía consultada.

Conclusiones: Esta revisión pretende recoger la evidencia disponible del uso de antimicrobianos en embarazo y lactancia con el fin de facilitar a los facultativos su consulta aumentando la seguridad del tratamiento que recibe este grupo de pacientes y mejorando la calidad asistencial de las mismas.

C307 /19 MEJORA DEL TRATAMIENTO DE LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA ESTREPTOCÓCICA EN PEDIATRÍA

Primer autor: *Miren Arantzazu Garcia Colinas*

Coautores: *Sixto Martínez Arriazu, Claudia Orden Rueda, Carmen Gan Gargallo, Goretti Gómez Tena, Sira Telmo Hueso, Alicia Puy Cabrero, Roberto González De Mendibil Astondoa*

Centro: *Dirección Ap Sector Alcañiz*

Resumen:

La faringoamigdalitis aguda (FA) es una de las afecciones más frecuentes en la edad pediátrica, siendo de origen viral (40-80%) y remitiendo espontáneamente en el 85% de las ocasiones. La FA bacteriana más frecuente en la infancia y adolescencia está producida por *Streptococcus pyogenes* [*Streptococcus* β -hemolítico grupo A (EBHGA)] (5-15%). En casos muy limitados de infección por EBHGA se presentan complicaciones, de ahí el planteamiento del tratamiento antibiótico.

Objetivo: Mejorar el tratamiento antibiótico de primera elección (penicilina V o amoxicilina) en pacientes con diagnóstico de faringoamigdalitis aguda (FAA) estreptocócica en atención primaria del Sector Alcañiz

Metodología: Estudio observacional retrospectivo. Se llevó a cabo búsqueda en base de datos DATA FARMACIA de los pacientes pediátricos del Sector Alcañiz con diagnóstico faringoamigdalitis aguda estreptocócica en 2016 (código R72). La adecuación al tratamiento se valora mediante la adherencia a las recomendaciones de la guía de Aljarafe (referencia del PRAN) y al programa PROA-AP Aragón. Se crea el grupo de trabajo PROA-AP del Sector Alcañiz, con representantes de todos los equipos. Se elaboran unas recomendaciones. Se imparte formación teórico-práctica por parte de pediatras, médicos de familia y farmacéutica AP 2-3 veces/año/EAP. Se introduce la prueba de diagnóstico rápido tanto en las consultas de pediatría como en los puntos de atención continuada. Se da feed-back desde el servicio de farmacia AP trimestralmente. La información actualizada está disponible en la intranet del sector y en el cuadro de mandos de farmacia.

Resultados: En dos años se ha mejorado un 18,13% el uso de antibióticos de primera elección.

2016 61,32%

2017 72,42%

2018 79,45%

Conclusiones: Se observa una mejora importante en el tratamiento de la FAA estreptocócica. Hay que promover más el uso de penicilinas y el de la prueba de diagnóstico rápido. Se está evaluando el motivo del mantenimiento de los tratamientos por médicos concretos.

Lecciones Aprendidas: Hay que concienciar a la población, de ahí que en otoño empecemos la campaña de divulgación sobre el uso racional de los antibióticos.

La formación continuada, el feed-back sistemático y la coordinación de la farmacéutica son aspectos clave para la mejora.

C311/19 VALORACIÓN DE LA ADECUACIÓN DEL PROYECTO PROA-BACTERIEMIA DEL HUMS 2018 A LA ESTRATEGIA IRASPROA. AUTOBAREMACIÓN.

Primer autor: Rosa María Martínez Álvarez

Coautores: Gabriel Tirado Angles, Carmen Martínez Jiménez, Catalina Suso Estibalez, María Martínez de Lagos Peña, Lucía Martínez Barredo, Jose Miguel García Bruñén, María Pilar Palacián Ruiz

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet

Resumen:

Objetivos: En abril de 2018 se publica en la web IRASPROA el documento “Actividad PROA para la optimización del manejo de pacientes con bacteriemia”. Analizamos la actividad en el hospital Miguel Servet para conocer el grado de adecuación al mismo y planear su implementación progresiva.

Método: Todos las bacteriemias se comunican por microbiología al servicio responsable y al equipo PROA. Se realiza una estratificación de casos por niveles según el documento para priorizar la valoración. Se revisa a final de año los casos evaluados por el equipo clínico del PROA.

Resultados: En el año 2018 se produjeron 979 episodios de bacteriemia en adultos, en todos ellos se realizó la llamada telefónica desde microbiología y se realizó una evaluación clínica por el PROA en 595 casos, 60,77%. Por niveles la valoración se hizo en el nivel I 79,06%, nivel II 57,89%, nivel III 51,61%. El documento PROA Hospitales marca como objetivo para obtener el nivel básico de valoración del 80% de los de niveles 1 y 2, en el momento actual no cumpliríamos los requisitos del nivel básico.

Conclusiones: Se ha conseguido un alto cumplimiento del nivel I de bacteriemia. Queda pendiente conseguir aumentar la valoración clínica en los niveles II y III para conseguir los niveles básico, avanzado y excelente establecidos en el documento PROA-Hospitales, para lo que se requeriría una mayor informatización del Hospital que permita la valoración telemática y facilite seleccionar los casos sobre los que actuar y un mayor tiempo de dedicación de horas de jornada clínica a este cometido

Lecciones aprendidas: Pocos datos extraíbles directamente de la HCE (baja informatización de la prescripción 26% en 2017 según excell de recogida de datos de bacteriemia, 60% de las camas de hospitalización en 2018 según farmacia) y nula de la información de enfermería en el año 2018.

COMUNICACIONES MESA 15

Aula 5 (Planta 1ª)

Moderador: Javier Gállego

Código	Título	Autor	Centro
C009/19	REALIZACIÓN DE UN MAPEO PARTICIPATIVO EN UN BARRIO DE ZARAGOZA (ESPAÑA)	Natalia Formento Marín	Hospital Universitario Miguel Servet
C018/10	PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA EN CENTROS DE ENSEÑANZA SECUNDARIA DE LA CIUDAD DE TERUEL	Irene Coscollar Escartín	Hospital Obispo Polanco
C054/19	EL BLOG COMO HERRAMIENTA DE DIFUSIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	Blanca Urdín Muñoz	Centro De Salud Las Fuentes Norte
C059/19	FORMACIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS A PREESCOLARES: "MI PELUCHE ESTÁ MALITO"	María Del Carmen Ferrer Buj	061 U.M.E Alcañiz (Centro De Salud)
C072/19	PROPUESTA DE ACTIVIDAD COMUNITARIA EN EL CENTRO DE SALUD MONREAL DEL CAMPO	María Ángeles Marco Aguado	Centro De Salud Monreal Del Campo
C086/19	SOLEDAD NO DESEADA EN DELICIAS	María Pilar Llorente Fauro	Centro De Salud Delicias Sur
C0113/19	PROYECTO DE EDUCACIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE PRIMARIA EN CENTROS ESCOLARES DE TERUEL CENTRO	Lucía Salesa Navarro	Centro Salud Teruel Centro
C0216/19	INTERVENCIÓN COMUNITARIA: "TALLER AFECTIVO SEXUAL". DE CHARLAS, A FOCUSS, PASANDO POR LA AGENDA COMUNITARIA.	Ana María Garcia López	Centro De Salud De Andorra
C258/19	CAMINANDO HACIA LA SALUD EN POSITIVO. INTERVENCIÓN ESCOLAR.	Sara Viadas Núñez	La Almozara
C296/19	PREVENCIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES	María Allué Blanco	Centro De Salud Monzón Urbano

C009 /19: REALIZACIÓN DE UN MAPEO PARTICIPATIVO EN UN BARRIO DE ZARAGOZA (ESPAÑA)

Primer autor: *Natalia Formento Marín*

Coautores: *María García Júlvez, Patricia Andrés Agorreta, Saray Aparicio Juez, Carmen Brun Soteras, Laura Romero Fernández*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen-Objetivos:

1. Identificar los activos de salud del barrio junto con grupos de la comunidad. 2. Crear un mapa virtual que recoja todos los activos identificados. 3. Favorecer la relación y trabajo coordinado entre las diferentes entidades y recursos del barrio. 4. Evaluar la calidad del proyecto mediante los Criterios de calidad de la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de Salud (RAPPS).

Material y Métodos: Se desarrolló un proyecto de identificación de activos comunitarios mediante la metodología de Investigación-Acción participativa siguiendo las fases propuestas por Botello et al en su artículo Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad publicado en Gaceta Sanitaria (2013).

Resultados: Se creó un mapa en una plataforma digital donde se recogieron los activos identificados con un total de 117. Como resultados de la evaluación de la calidad del diseño y puesta en marcha del proyecto según la RAPPS, los indicadores con mejor resultado fueron desarrollo de las aptitudes personales, fortalecimiento de la acción comunitaria y creación de entornos que apoyen la salud.

Conclusiones: El uso de estrategias participativas en el desarrollo de un mapeo de activos favorece la participación de la comunidad en las estrategias que promuevan la salud comunitaria. Además, estas metodologías fomentan el enfoque positivo de salud y el empoderamiento de la población. Destaca la utilidad del mapeo para conocer en profundidad los recursos de la zona, identificando numerosos activos de alto interés socio-sanitario que eran desconocidos tanto para la comunidad como para los profesionales de las entidades. Es importante que se promueva la participación de todos los grupos de población para conseguir la equidad en la intervención, incluyendo al mayor número de grupos posible, así como conseguir que las demandas de los vecinos sobre la mejora del entorno del barrio tengan incidencia política y se lleven a cabo decisiones que mejoren la salud de los vecinos basándose en sus demandas. Se concluye también que realizar un proyecto conjunto entre el Centro de Salud y la Comunidad es un método útil para establecer redes con otras entidades o fortalecer las ya existentes, así como para favorecer las relaciones entre los vecinos y los profesionales, creando también ambientes que propician la expresión de necesidades sentidas de la pobla

C018/19: PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA EN CENTROS DE ENSEÑANZA SECUNDARIA DE LA CIUDAD DE TERUEL

Primer autor: *Irene Coscollar Escartín*

Coautores: *Clara López Mas, Lluís Alandete Germán, Beatriz Sanchís Yago, Mireia Royo Moreno, Marta Rodríguez Ferrer, Rubén Ferrer Sorolla, María García Casas.*

Centro: *Hospital Obispo Polanco*

Resumen:

Transmitir a los alumnos de segundo ciclo de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) y Bachillerato los conocimientos básicos para reconocer una parada cardiorrespiratoria e iniciar las maniobras de resucitación lo antes posible, de manera que las posibilidades de supervivencia se multipliquen.

Material y Métodos: Residentes de medicina de familia y médicos de urgencias realizaron durante los cursos escolares 2016/17 y 2017/18 sesiones teórico-prácticas a los estudiantes enseñanza secundaria, de 50 minutos de duración. En cada sesión se incluyó una introducción teórica con la definición de parada cardiorrespiratoria y sus causas más frecuentes, así como las técnicas de reanimación básica y desobstrucción de la vía aérea. Se seguía de una parte práctica en la que se aplicaron los conocimientos adquiridos y se realizaron maniobras básicas de reanimación con torsos, posición lateral de seguridad y maniobra de Heimlich.

Resultados: El proyecto contó con una aceptación excelente por parte de los equipos directivos de los centros de enseñanza secundaria de la ciudad de Teruel, facilitando en todo momento las actuaciones.

Durante el curso 2016/17 se realizaron un total de 34 sesiones, con la participación de 548 alumnos, todos ellos de ESO, Bachiller y Ciclos Formativos. Durante el curso 2017/18 se realizaron 37 sesiones, con la participación de 563 usuarios.

Conclusiones: Ha quedado demostrado que la reanimación cardiopulmonar precoz y efectiva aumenta entre 2 y 3 veces la posibilidad de sobrevivir de una víctima de parada cardiorrespiratoria, y sólo puede ser realizada por la persona o personas que se encuentran circunstancialmente próximas a la víctima. Los centros de enseñanza constituyen un marco ideal para iniciar a la población en el conocimiento y aprendizaje de la RCP. En España ha habido experiencias piloto de enseñanza de la RCP a niños, que demuestran que los niños son capaces de aprender RCP básica tan rápidamente como los adultos. Los jóvenes son capaces no sólo de aprender, sino también de facilitar y multiplicar sus conocimientos entre sus propios familiares y amigos. La aceptación por parte de los estudiantes fue absoluta en todos los grupos, participando activamente en las sesiones y realizando las técnicas con gran entrega y corrección. Al terminar cada taller se realizó una encuesta anónima solicitando una valoración de los conocimientos aprendidos, y en casi todos los casos las conclusiones fueron muy positivas en todos los aspectos.

C054/19: EL BLOG COMO HERRAMIENTA DE DIFUSIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Primer autor: Blanca Urdín Muñoz

Coautores: Dolores Museros Sos, Javier García Rodríguez, María Sarvisé Mata, María del Carmen Ineva Santafé, Eva María Pelet Latifa, Jaime Díaz Salazar Chicón, Cristina Miriam Piñana Alonso

Centro: Centro de Salud Las Fuentes Norte

Resumen:

Objetivos:

- Aumentar el nivel de conocimientos de nuestra población sobre aquellos temas de mayor impacto en su salud.
- Dar visibilidad a las actividades del centro.
- Crear un espacio donde los pacientes pueden agruparse mientras aprenden.
- Empoderar a la población con herramientas para su autocuidado.
- Proporcionar educación para la Salud fuera de la consulta.

Método: Desde la creación del blog en 2018, lo hemos seguido promocionando en el centro de salud y centros y asociaciones del barrio, pero, además, para difundir y promocionar salud, pretendemos ofertar talleres grupales. Impartiremos 4 talleres grupales dirigidos por dos integrantes. Los temas serán: Alimentación saludable, Ejercicio en el día a día, Correcto uso de inhaladores y Primeros auxilios. Los días previos al taller se publicará un post sobre los temas a tratar a modo de introducción de los mismos y la fecha, horario y lugar de realización del taller. Los interesados en acudir a la actividad podrán apuntarse en los mismos lugares de realización. El programa que seguiremos es:

- enero 2019: tuvo lugar una reunión del grupo de trabajo impulsor del proyecto en la que acordamos el número de talleres a realizar, los temas a tratar en cada uno y elaboramos también la presentación, que posteriormente dimos al centro de salud.
- febrero 2019: La sesión al equipo del centro de salud. El objetivo fue recordar la prescripción del blog a sus pacientes y comunicarles la futura realización de los 4 talleres para que puedan formar parte.
- Actualización del blog cada 15 días como se ha venido haciendo.
- Nos reuniremos cada 3 meses para reevaluar la situación del proyecto y elaborar el material necesario para los talleres.
- Los talleres quedan programados para abril (se realizó el taller “Alimentación saludable”), junio, septiembre y noviembre del 2019.

Resultados:

El análisis de los datos obtenidos a través de los cuestionarios y encuestas de satisfacción que se recogen después de los talleres, se analizarán en diciembre 2019-enero 2020.

Conclusiones:

Creemos necesario usar el blog como herramienta para mejorar la deficiente educación sanitaria de nuestra población, la cual conlleva el aumento de las complicaciones y comorbilidades de las patologías crónicas y secundariamente, de los costes sanitarios.

Más allá de la divulgación de información a través del blog de manera rápida y gratuita sobre los problemas de salud, pensamos que la impartición de talleres reforzará los conocimientos ofrecidos y además, promoveremos la interacción de los pacientes.

C059/19: FORMACIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS A PREESCOLARES: “MI PELUCHE ESTÁ MALITO”.

Primer autor: *María del Carmen Ferrer Buj*

Coautores: *Carmen María Chárlez Millán, María Ascensión Alonso Benedí, Ana Belén Lagar González, Noelia Soria Villanueva, Ana María García López*

Centro: *061 U.M.E Alcañiz (Centro de Salud)*

Resumen:

Objetivos:

1. Que la población preescolar aprenda a llamar al 112, posición lateral de seguridad y cómo reconocer ante situaciones de urgencia.
2. Que los escolares conozcan los servicios que ofrece el centro de salud, desde la perspectiva del usuario y no sólo del paciente, ya que el objetivo de su visita es un tercero, su peluche, que será el paciente.

Método:

- Se realizan reuniones del grupo de comunitaria del centro de salud y se nombra un responsable. Se realiza una reunión con los profesores de las escuelas promotoras de salud de la localidad. Valoración de los conocimientos previos a la intervención.
- La actividad se inicia con una “bienvenida” y presentación de los docentes. Se les entrega a los niños una bolsa con un cuaderno/álbum para ir completándolo durante el recorrido
- Realización de un taller práctico dónde el niño acudirá con su peluche, aprender a llamar al 112 a través de una canción y jugando con ellos (canción que previamente han trabajado en clase con los profesores). Aprenden a poner la posición lateral de seguridad de forma práctica entre ellos
- Visitan las instalaciones del centro de salud para que conozcan los diferentes servicios que ofrece: SVB 061, administración, consultas médicas, pediatría, gimnasio, almacén, limpieza...

Resultados:

Durante los tres años que se lleva realizando este proyecto, a un total de 200 niños aproximadamente, los resultados han sido óptimos entre alumnos y profesores.

Los resultados se han objetivado valorando los conocimientos previos con pictogramas y conocimientos adquiridos mediante encuesta verbal al terminar la intervención en el centro de salud así como el grado de satisfacción.

Conclusiones:

Hace tres años y a través de las redes sociales se divulgó este curso de primeros auxilios en preescolares, por lo que nos planteamos realizarlo en nuestra zona básica de salud. Durante este período y a modo de experiencia lo realizamos y al ver los resultados se decidió presentarlo como proyecto de mejora de calidad en el equipo de atención primaria ya que se vio que la edad no debe de ser un obstáculo para esta formación siempre que se adecue la información y formación al colectivo al cual se dirige.

Así mismo también se plantea que el proyecto se pueda hacer extensible a otras áreas de salud de nuestra comunidad y si es posible ampliar el número de cursos de formación.

C072/19: PROPUESTA DE ACTIVIDAD COMUNITARIA EN EL CENTRO DE SALUD MONREAL DEL CAMPO

Primer autor: *María Ángeles Marco Aguado*

Coautores: *Domingo Antonio Ferreras Gascó, Concepción Gómez Cadenas, M^a Carmen Navarro Román, M^a Ángeles Escriche Aguilar, M^a Teresa Laínez Lorente, Michelle Alexandra Soler Pérez, Virginia Blasco Marco*

Centro: *Centro de Salud Monreal del Campo*

Resumen:

Antecedentes: En el Centro de Salud (CS) históricamente se han realizado pocas actividades con enfoque comunitario. Actualmente se han propuesto dos proyectos de salud comunitaria para incluir en el Contrato Programa de 2019. La incorporación de varios profesionales ha facilitado la creación de un grupo promotor dentro del equipo con el fin de realizar dichas actividades.

Objetivos

- Exponer las actividades de salud comunitaria propuestas en el CS Monreal del Campo
- Analizar el inicio, dificultades y cambios realizados.

Método

Se convoca Consejo de Salud de ZBS con el fin de conocer las necesidades de promoción y educación de la salud a través de los representantes de la comunidad, emergiendo dos líneas de trabajo.

1. Un Blog del CS para difundir noticias de salud, consejos y promover la participación de la comunidad. Se difundió su creación a partir de carteles con código QR. Se planteó compromiso de los integrantes del equipo de realizar una comunicación con periodicidad quincenal en lenguaje sencillo.

2. Proyecto Paseos Cardiosaludables bajo la denominación “Monreal camina hacia la salud” dirigidos a personas mayores. Se realiza: calendario de salidas de 2 días/semana; recorrido propuesto por Ayuntamiento; carteles con difusión en consultas/puntos estratégicos del pueblo; promoción en Facebook/Blog CS. Se realizarán cuestionarios al inicio/final de la actividad.

Resultados

1. El blog entró en vigor el 10 de Marzo de 2019. A fecha de 20 de mayo de 2019 los resultados son:

Ha recibido 1122 visitas. Se han realizado 7 entradas en el Blog, siendo las más visitadas: Autocontrol de HTA (185), Omeprazol: la protección gástrica mal entendida (183), La menopausia, una etapa más en el camino (61).

2. Los Paseos saludables comenzaran el 22 de Mayo, hay inscritas 18 personas.

Conclusiones

- El Blog ha tenido una acogida aceptable por parte de la población a pesar de ser mayoritariamente gente mayor con limitaciones en el uso de tecnología y poca accesibilidad a internet. Pero hay lectores del blog más jóvenes que pueden informar a sus familiares y amigos. Objetivo: mayor publicidad por redes sociales y ayuntamiento.

- Paseos Cardiosaludables: ha habido retraso y nuevo planteamiento del proyecto al haber perdido el apoyo del Ayuntamiento debido a encontrarse inmerso en doble campaña electoral. Se reformula la estrategia mediante la herramienta DAFO. El número de personas inscritas augura una buena evolución del proyecto.

C086/19: SOLEDAD NO DESEADA EN DELICIAS

Primer autor: *María Pilar Llorente Fauro*

Coautores: *María Pilar Llorente Fauro, Ana María Galdeano Biel, María José Paricio Hernández, María Pilar Gabas Ballarin, Patricia Laguna Martínez, Eva Domingo Hajar, Ángel Antoñanzas Lombarte, Marina Pinilla Lafuente*

Centro: *Centro De Salud Delicias Sur*

Resumen: La soledad es un problema en auge en nuestra sociedad y en el barrio de Delicias hemos detectado un aumento de la soledad no deseada en personas mayores. Nuestra zona cuenta con varios factores que la favorecen: tasas de envejecimiento elevadas, escasez de redes de apoyo social y familiar y un modelo urbanístico antiguo que favorece el aislamiento.

Objetivo: Estudiar las causas y consecuencias de la soledad así como intentar mejorar la calidad de vida de las personas mayores de 70 años que se sienten solas. Para ello, hemos formado un equipo de trabajo entre varias entidades del barrio: Asociación de Vecinos Manuel Viola, Cáritas, Centro Municipal de Servicios Sociales, Centros de convivencia para mayores y Centros de Salud Delicias Norte y Delicias Sur.

Metodología: Investigación-Acción-Participativa. Nos reunimos de manera mensual desde Octubre de 2018 en la AAVV. En estas reuniones se nos informa de la evolución del grupo de investigación paralelo formado por 9 personas de la comunidad, que analiza las características de la población del barrio. Entre todos, buscamos líneas de acción para poder intervenir, poniendo en común las actividades y servicios dirigidos a personas mayores que se ofertan desde cada entidad. Actualmente estamos pasando unas encuestas a los >70 años que viven solos y vienen a los centros de salud. Más adelante analizaremos todos esos datos obtenidos y estableceremos unas líneas de acción dirigidas a detectar carencias en los recursos y servicios existentes, conocer y dar visibilidad a los recursos y proyectos de Delicias que puedan suponer y ejercer un efecto positivo sobre el estado de salud de las personas mayores que se sienten solas.

Resultados: Hasta ahora se han identificado las personas más vulnerables y con mayor riesgo de exclusión social. Algunas de las líneas de acción de nuestro grupo irán encaminadas al apoyo y acompañamiento (formando a voluntarios), fortaleciendo las redes de apoyo (de vecindad, recursos y comunidad), prevención de situaciones de riesgo mediante acciones dirigidas al envejecimiento activo y sensibilización entorno a la soledad no deseada (social, sanitaria y de comunidad).

Conclusiones: El trabajo en red entre profesionales de diferentes entidades propicia una visión global, aumenta el conocimiento y la colaboración entre todos hace que nuestro trabajo sea de mayor calidad.

C113 /19: PROYECTO DE EDUCACIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE PRIMARIA EN CENTROS ESCOLARES DE TERUEL CENTRO

Primer autor: *Lucía Salesa Navarro*

Coautores: *M. Carmen Méndez Soriano*

Centro: *Centro Salud Teruel Centro*

Resumen:

Nuestro proyecto surge motivado para dar respuesta a varias necesidades detectadas en la comunidad. Una de ellas responde a que los primeros auxilios no están incluidos en el programa educativo de los escolares de Educación Primaria. La experiencia en distintos países europeos ha sido muy satisfactoria. La formación sienta las bases de conocimientos para futuras intervenciones y por otro, mejora la responsabilidad ciudadana en casos de urgencia extrahospitalaria, iniciándose las actuaciones in situ mejorando el pronóstico. Otra de las necesidades detectadas es que disponemos de un marco legal actual (por el que se regula el uso de DEA fuera del ámbito sanitario) y de una inversión económico- logística que su puesta en marcha conlleva. Para dar respuesta a ambas, proponemos una inversión formativa dirigida a niñ@s entre 6- 12 años.

Guiadas por nuestra propuesta hemos puesto en marcha una intervención educativa en cuatro colegios de Educación Primaria de Teruel que han aceptado participar en nuestro Proyecto. Casi 700 alumnos han recibido directamente formación básica en primeros auxilios y su posible transmisión a familiares y amigos.

Objetivos: Dotar de conocimientos a los niños de educación primaria para actuar en situaciones vitales, llamada al 112, manejar el DEA, maniobras de RCP, actuación en casos de atragantamiento y posición lateral de seguridad.

Metodología: Hemos propuesto el proyecto a los colegios adscritos a nuestra zona de salud y hemos coordinado conjuntamente el organigrama para integrarlos en su programa educativo durante abril y mayo del 2019. Las intervenciones han sido de 60 minutos por grupo con un carácter expositivo, (presentación, simulaciones y videos para afianzar conocimientos) y práctico. Para la evaluación hemos utilizado un cuestionario antes y después de la intervención.

Resultados: El nivel de participación de los centros educativos a los que se ha propuesto el proyecto ha sido del 80%, del alumnado del 100% de los asistentes al aula y de los profesores ha sido elevado. Éstos Consideran que debe integrarse dentro del programa educativo de los alumnos para afianzar y ampliar conocimientos y mejorar destrezas y habilidades. La valoración de los cuestionarios todavía está por determinar.

Conclusiones: La experiencia del proyecto ha sido muy enriquecedora, resulta muy gratificante el interés que muestran los alumnos. Han adquirido habilidades y destrezas que desconocían y eliminado ciertos temores especialmente hacia el uso del DEA.

C216/19: INTERVENCIÓN COMUNITARIA: “TALLER AFECTIVO SEXUAL”. DE CHARLAS, A FOCUSS, PASANDO POR LA AGENDA COMUNITARIA.

Primer autor: Ana María García López

Coautores: Susana López Sauras, Patricia Repolles Peralta, Anna Ibizinska, Fernando Clemente Bellido, Davinia Arevalo Plasencia, Beatriz De Juan Barquilla, Loles Llorens Polanca.

Centro: Centro de Salud de Andorra

Resumen:

Está dirigido a los alumnos de 1º, 2º 3º, 4º, FPB básica de administración, electricidad, hostelería y a los alumnos del PPPse del IES de Andorra, Pablo Serrano. Objetivos: Que los/las jóvenes:

1. Adquieran conocimientos adecuados a su edad sobre sexualidad, aceptando toda su diversidad.
2. prevención de actitudes de discriminación y dominación de género.
3. Adquieran conocimientos sobre anticoncepción y enfermedades de transmisión sexual (ETS), para que contribuyan a su prevención adquiriendo conductas responsables.
4. Que los alumnos de FOCUS adquirirán:
5. Estrategias para la intervención comunitaria.
6. Cómo elaborar proyectos: planificación, objetivos, plan de intervención y evaluación.
7. Dinámicas para manejo de grupos, comunicación efectiva.
8. Realidad que viven los adolescentes, adquiriendo habilidades personales y empatía con ellos.

Que el equipo integre en su cartera de servicios las actividades comunitarias en concreto, los talleres afectivos sexuales, y dar a conocer la actividad a través de la publicación de la agenda comunitaria en el blog de la estrategia comunitaria de Aragón.

Métodos:

- En el IES: Taller afectivo sexual con dos sesiones por curso, con dinámicas grupales participativas, adaptadas a cada grupo y nivel escolar.
- Con los alumnos FOCUS: Inmersión en la intervención mediante la participación en las dinámicas y en el proceso de evaluación del proyecto.
- Del grupo motor: reuniones periódicas para trabajar en los proyectos comunitarios y la agenda comunitaria, de forma que se han integrado en la dinámica del equipo.

Resultados: Sobre 69 alumnos de 1º, 71 de 2º, 57 de 3º, 54 de 4º y 23 de FPB, en total 274 alumnos.

- En el IES: Todos los grupos han ganado en conocimientos.
- Con los alumnos FOCUS: Pendientes de la evaluación de los alumnos FOCUS sobre el programa.
- Del grupo motor: integración de las actividades comunitarias en la cartera de servicios del centro, con el apoyo del equipo.

Conclusiones: Vemos que los alumnos adquieren conocimientos, pero continúan con necesidad de más formación, ya que la fuente de la que se informan y forman de forma habitual no es la más adecuada (porno).

Lecciones Aprendidas:

- La necesidad de coordinar con los profesores las intervenciones.
- Es necesario organizar y codificar correctamente los cuestionarios para poder realizar investigación posterior.
- Que la educación afectivo sexual con los adolescentes, es necesaria, ya que no tienen ni más, ni mejor información y esto conlleva a mitos y falsas creencias.

C258/19 CAMINANDO HACIA LA SALUD EN POSITIVO. INTERVENCIÓN ESCOLAR.

Primer autor: Sara Viadas Núñez

Coautores: Sandra Jiménez Asensio, Alberto Jacinto Martín, Gloria Clavería Sancho, Marta Rocca Jiménez, Daniel Martín Bernad

Centro: Centro de Salud La Almozara

Resumen:

El objetivo general de esta intervención es la prevención de consumo de alcohol y tabaquismo en la adolescencia. Los objetivos específicos son la ampliación de conocimientos sobre el alcohol y el tabaquismo, la promoción de estilos de vida y de ocio saludables y el acercamiento del centro de salud y del equipo de atención primaria a la comunidad.

La población diana de esta intervención ha sido los alumnos de sexto de primaria, independientemente de la edad, del colegio público La Almozara, incluido en la Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de la Salud. Los integrantes del equipo de atención primaria son cuatro médicos residentes y una enfermera internista residentes.

Para desarrollar la intervención se aprovecharon los grupos naturales de las dos clases ya definidas (6ºA y 6ºB). Se llevaron a cabo dos sesiones por grupo, cada sesión en un día diferente, con una duración de una hora y media por sesión. Se utilizó una metodología expositivo-participativa, así como distintos talleres y experimentos.

El primer día se expusieron tres power point, uno sobre tabaquismo, otro sobre alcohol, y otro sobre hábitos de vida y ocio saludable. En la segunda parte de la sesión se dividió a los alumnos en cuatro grupos. A cada uno se le entregó una cartulina con la forma de cuerpo humano y un taco de posits rojos y otro de verdes; en los verdes debían escribir las acciones de un estilo de vida saludable sobre los distintos órganos y en los rojos los efectos del tabaco y del alcohol.

El segundo día se dividió la clase en dos grupos diferentes para hacer actividades simultáneas, que en la segunda parte de la sesión se intercambiaron. La mitad del grupo asistió al experimento “la botella fumadora”, en la con una botella con algodón simula los pulmones de un fumador. La otra mitad empezó con la otra actividad, que consistía en contestar preguntas relacionadas con los temas expuestos mediante la plataforma Kahoot.

La actividad se llevó a cabo de forma satisfactoria. El profesorado nos transmitió que la intervención les pareció muy oportuna en ese momento, que el alumnado lo había vivido de forma positiva y que sería recomendable repetirlo cada curso.

La educación y la promoción de la salud en el ámbito educativo es una útil herramienta que el Equipo de Atención Primaria debe utilizar para acercarse a la comunidad y mejorar la salud de la población escolar. Esta intervención ha afianzado las relaciones de EAP con la escuela, en la que por haber colaborado en diferentes ocasiones ha permitido crear una relación en red.

C296/19 PREVENCIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES

Primer autor: *María Allué Blanco*

Coautores: *Beatriz Bel Faci, Pilar Forniés Solans, María Teodora García Mínguez, Elena Javierre Miranda, Rocío Lamarca Gay, Isabel Ángela Lope Dalmau, Elvira Otaol Planas*

Centro: *Centro de Salud Monzón Urbano*

Resumen:

Objetivos. Conocer la percepción de los adolescentes en desigualdad y violencia de género (VG). Realizar una intervención multidisciplinar dirigida a alumnos de ESO en Monzón para prevención de situaciones de desigualdad y VG.

Método. Creación de un equipo de trabajo integrado por profesionales sanitarios, servicios sociales y educadores. Utilizamos un cuestionario de detección de VG en adolescentes, creado en un anterior proyecto por el C.S. Delicias Sur (Zaragoza). El cuestionario consta de 28 preguntas tipo Likert y 2 preguntas abiertas. Se pasan los cuestionarios individualmente al alumnado de 2º de ESO de los centros de secundaria de Monzón: IES Mor de Fuentes y Colegio Domingo Savio. Todo el equipo analiza los resultados y se plantea el modo de orientar la intervención posterior. Realizamos reuniones con los alumnos implicados (ahora en 3º de ESO), se explican los resultados y se escuchan sus propuestas.

Resultados. Se obtienen 195 cuestionarios, 96 chicas y 99 chicos.

En la parte cuantitativa destaca que casi el total de las chicas considera que las mujeres no son más adecuadas que los hombres para encargarse de las tareas del hogar, sin embargo, 9,5% de los chicos están de acuerdo. Obtenemos similares respuestas ante la pregunta sobre la igualdad salarial. En cuanto a las relaciones de pareja, el concepto de media naranja como la relación perfecta está presente en la mayoría de los adolescentes. Consideran que los celos son una prueba de amor 43,1% de las chicas y 49% de los chicos. Creen que compartir contraseñas es algo positivo en una relación un 8,3% de las chicas y un 34,1% de los chicos.

Hasta un 7,5% de los chicos considera que un maltratador merece una segunda oportunidad, mientras que ninguna de las chicas lo cree. En las preguntas abiertas consideran que se sigue reproduciendo la VG por el patriarcado, el machismo y leyes demasiado permisivas. Para acabar con la VG optan por el endurecimiento de las leyes y la educación a la población.

Conclusiones. Nos llamó la atención la idealización del amor romántico, si en las preguntas aparecía la palabra amor, relación o pareja, contestaban aceptando situaciones que podrían ser consideradas como VG. Si aparecían situaciones de violencia física o verbal explícitas, respondían censurando esa situación. Ha sido muy positiva la colaboración entre los Servicios Sanitarios, Sociales y Educativos (creando un grupo que creemos y esperamos que tenga una continuidad) así como la intervención con los adolescentes en su ambiente.

COMUNICACIONES MESA 16

Aula 9 (Planta 1ª)

Moderador: Joaquín Merino

Código	Título	Autor	Centro
C030/19	OPTIMIZACIÓN DE LA DISPENSACIÓN FARMACÉUTICA	Beatriz Andújar Álamo	Hospital Universitario Miguel Servet
C082/19	DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN FORMULARIO DE PETICIÓN DE MEDICAMENTOS A TRAVÉS DE HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA	María Pilar Aibar Abad	Hospital Obispo Polanco
C0101/19	PRESCRIPCIÓN Y ADMINISTRACIÓN ELECTRÓNICA DE MEDICAMENTOS (PRESSALUD©) EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA CON OFTALMOLOGÍA	Edgar Fernández Alonso	Hospital de Alcañiz
C0169/19	ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE	Lucía Cazorla Poderoso	Hospital Universitario Miguel Servet
C0206/19	ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO DE LA PRESCRIPCIÓN EN RECETA ELECTRÓNICA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN ARAGÓN	Andrea Pinilla Rello	Hospital Universitario Miguel Servet
C0246/19	MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA	Carmen Marina Castiella García	Hospital Sagrado Corazón De Jesús
C312/19	Disponibilidad de medicamentos huérfanos en España ¿están todos los que son?	Pilar Aibar Abad	Hospital Obispo Polanco
C313/19	INTRODUCCIÓN DE LAS INDICACIONES AUTORIZADAS EN LOS INFORMES DE VISADO ELECTRÓNICO REALIZADOS DESDE RECETA ELECTRÓNICA	Arantxa Magallón Martínez	Hospital Universitario Miguel Servet

C030/19: OPTIMIZACIÓN DE LA DISPENSACIÓN FARMACÉUTICA

Primer autor: *Beatriz Andújar Álamo*

Coautores: *Antonio Cancillo Buendía*

Centro: *Hospital Miguel Servet*

Resumen:

Existen diversas formas de dispensar la medicación necesaria por paciente y por ello es de especial relevancia estudiar el proceso más eficaz.

Objetivo: comparar el sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitaria mediante carro de medicación y la dispensación de unidosis a través de sistemas automatizados de dispensación de medicamentos (SADME)

Material y Métodos: El sistema de dispensación de medicación en dosis unitaria es el sistema por el cual un farmacéutico valida la prescripción de un médico para que un técnico de farmacia pueda preparar la medicación que cada paciente requiere durante las siguientes 24 horas de hospitalización.

En la actualidad esta tarea se realiza con ayuda de un sistema semi-automatizado de dispensación como Kardex ya que agiliza el proceso. La distribución de medicamentos mediante dispositivos SADME como Pyxis es el sistema descentralizado por el cual los técnicos de farmacia rellenan diariamente el stock de dichos armarios con la información que llega al servicio de farmacia donde previamente los farmacéuticos han definido las cantidades de medicación que debe haber en cada cajetín del dispositivo, con el fin de que el personal de enfermería pueda acceder y preparar la medicación de cada paciente en cualquier momento.

Análisis: según las necesidades de cada servicio se debe decidir la implantación de un sistema u otro, teniendo presente las ventajas e inconvenientes de cada uno.

Resultados:

Ventajas:

En el sistema de dispensación a través de carros destaca el reducido coste de inversión en la implantación del sistema, la reducción del stock inmovilizado de medicación en planta y la reducción de errores al tener mayor comprobaciones desde el servicio de farmacia. La principal ventaja en el sistema SADME es la rapidez con la que el personal de enfermería accede a la medicación.

Inconvenientes:

En el primer sistema destaca el tiempo de preparación y la desactualización de las prescripciones hasta la preparación del siguiente carro de medicación. En el segundo sistema destaca el coste de inversión, requiere un protocolo de actuación en caso de fallo informático, implica un mayor tiempo invertido en la preparación de la medicación por parte del personal de enfermería, y mayor número de errores al no tener doble comprobación.

Conclusiones: Los dos sistemas son óptimos para la dispensación, pero en la actualidad se tiende a implantar el sistema SADME por su cercanía al paciente.

C082/19: DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN FORMULARIO DE PETICIÓN DE MEDICAMENTOS A TRAVÉS DE HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA.

Primer autor: *María Pilar Aibar Abad*

Coautores: *Cristina Trigo Vicente, Ana Cristina Bandrés Liso, María Bestué Cardiel, Marcos Suñen Lajusticia, Noelia Sánchez Pérez*

Centro: *Hospital Obispo Polanco*

Resumen:

Antecedentes: Hasta abril de 2019, las peticiones de los medicamentos que, por su alto impacto sanitario y/o económico, la Comisión de Evaluación de Medicamentos en Atención Especializada (CEMAE) había decidido que requerían petición individualizada por paciente, se realizaban manualmente. Estas peticiones se enviaban por correo electrónico, sin que el solicitante pudiera conocer el estado de las mismas hasta que no se resolvían, momento en que recibía un e-mail de la Dirección Médica.

Objetivo: Diseñar e implantar, en el entorno de Historia Clínica Electrónica (HCE), un formulario electrónico de petición de medicamentos que agilice y facilite la evaluación de la petición para garantizar el ajuste de las prescripciones al posicionamiento terapéutico definido para la comunidad autónoma, y posibilitar que el facultativo solicitante conozca en tiempo real en qué punto se encuentra en cada momento su petición.

Metodología: Se determinó la siguiente secuencia de trabajo:

- Fase I) Diseño de un formulario de petición de fármacos integrado en HCE, que permitiera a los facultativos solicitantes conocer el estado de cada una de las peticiones realizadas
- Fase II) Validación de la funcionalidad del formulario en un entorno de prueba
- Fase III) Implantación de una fase piloto de empleo del formulario. Se seleccionaron los Servicios de Hematología y Oncología del Hospital Clínico
- Fase IV) Depuración de errores encontrados
- Fase V) Extensión a otros centros hospitalarios de la Comunidad

Resultados: Con la implantación del formulario, el solicitante puede conocer en tiempo real si sus peticiones se encuentran pendientes de ser valoradas por parte de la CEMA, o si dicha evaluación ha sido realizada; pudiendo darse en este caso la necesidad de información adicional, o la finalización de la valoración de la petición, siempre en base al posicionamiento terapéutico previamente definido para cada uno de los fármacos.

En el momento actual, el proyecto se encuentra en su fase III-IV, habiéndose contabilizado hasta mediados del mes de mayo un total de ocho peticiones realizadas en formato electrónico. En todas las ocasiones, los usuarios han manifestado que el formulario resulta fácil de usar, y que mejora los tiempos de conocimiento de la resolución de las peticiones respecto a la situación previa.

Conclusiones: La implantación de este formulario ha minimizado el trabajo burocrático para las peticiones de ciertos medicamentos, facilitando la adhesión al posicionamiento acordado y un conocimiento del estado de la petición.

C0101/19: PRESCRIPCION Y ADMINISTRACION ELECTRONICA DE MEDICAMENTOS (PRESSALUD®) EN CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA CON OFTALMOLOGIA.

Primer autor: *Edgar Fernández Alonso*

Coautores: *Yara María Alonso Triana, Francisco Javier Castro Alonso, Beatriz Latre Rebled, Fabiola Giménez Andrés, María Pedros Blasco, María Carmen Egea Estopiñán, Marta Vicente Navarro*

Centro: *Hospital de Alcañiz*

Resumen:

Introducción Y Objetivos: La previa implantación en nuestro hospital de la prescripción electrónica (PE) en el paciente hospitalizado ha demostrado ser una tecnología útil para mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos. Con motivo de la puesta en marcha de la unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), y basándonos en la satisfactoria experiencia previa, se optó por seguir trabajando en la seguridad. Implantación de la PE en la CMA en colaboración con Oftalmología, así como analizar el valor añadido de la validación farmacéutica y mejoras en la administración de medicamentos.

Material Y Métodos: Se elaboró un cronograma de implantación y el Servicio de Farmacia Hospitalaria (FH) impartió formación a los médicos sobre el programa de prescripción Farmatools®, así como se consensuaron protocolos de tratamiento como ayuda a la prescripción. Del mismo modo, se impartió formación a enfermería sobre el nuevo sistema de administración electrónica de medicamentos PresSalud®. Se acordó un nuevo flujo de trabajo que implica a los Servicios de Oftalmología, FH y Enfermería, en donde se establecieron las responsabilidades y funciones de cada uno para el adecuado funcionamiento del circuito del que también forma parte el paciente.

Resultados: El Servicio de FH impartió la formación sobre Farmatools® y PresSalud® a los facultativos y enfermería en un entorno de pruebas habilitado para ello. Se crearon protocolos de tratamiento consensuados en el programa objeto de ayuda al proceso de prescripción. El Servicio de FH asumió la validación de los tratamientos garantizando de ésta forma una adecuada farmacoterapia en el paciente, aportando valor y seguridad al proceso. Enfermería registra la administración de medicamentos a través del nuevo sistema de administración PresSalud®, lo que supone la incorporación de aplicaciones informáticas en nuestro entorno. Desde la puesta en marcha, los facultativos de Oftalmología han prescrito 1.214 líneas de medicamentos en 138 pacientes en los que FH ha podido aportar valor garantizando la correcta utilización y administración siempre en beneficio del paciente.

Conclusiones: El trabajo multidisciplinar, y las nuevas herramientas de prescripción y administración electrónica junto con la validación farmacéutica, han supuesto una mejora en la administración segura de medicamentos. Además, la implantación del nuevo flujo de trabajo, ha contribuido a la eliminación de fuentes de error como son el proceso de transcripción de órdenes médicas e ilegibilidad de las mismas.

C129 /19: IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE USO SEGURO DE POTASIO INTRAVENOSO

Primer autor: *Alejandro J. Sastre-Heres*

Coautores: *Ana Arribas Ruiz, Marisa Lapuerta Ferrer, Concepción Ortiz Domingo, José Luis Bonafonte Marteles, Ana Rosa Molina Morales, Mercedes Giménez López, María José Nebot Villacampa*

Centro: *Hospital San Juan de Dios de Zaragoza*

Resumen:

Objetivo: Realizar un análisis de la práctica habitual del uso de cloruro potásico con el fin de elaborar un protocolo en el hospital que tenga en cuenta las recomendaciones del Instituto de uso seguro de Medicamentos y Productos Sanitarios (ISMP).

Resultados: Se analizaron tanto el consumo habitual de soluciones concentradas de potásico como del uso de potasio prediluido. Así mismo, se compararon las medidas recogidas en el documento de recomendaciones del ISMP con la práctica habitual del hospital. Los resultados fueron los siguientes: la proporción de potasio prediluido en relación al uso de soluciones concentradas de potasio fue de 3,6:1 en 2018. De las medidas recomendadas en el documento del ISMP ya se llevaban a cabo como parte de la práctica habitual las siguientes: no añadir soluciones concentradas de potasio a soluciones premezcladas y el etiquetado de la mezcla con la dosis y velocidad de administración. A raíz del análisis de las recomendaciones se implementaron varias medidas adicionales (ampliación de las presentaciones de potasio prediluido, almacenar las soluciones concentradas de potasio de forma separada). Así mismo, otras quedaron a estudio (ej. que en su administración se utilicen sistemas de regulación de flujo e implantar un aviso en la prescripción promoviendo el uso del potasio prediluido) y otras medidas se desecharon por la dificultad que implican en la práctica diaria (usar formatos de etiquetas preestablecidas y realizar doble checking en la preparación en planta). Con todo ello se llevó a cabo un protocolo de uso seguro de potasio intravenoso pendiente de aprobación por parte de la Dirección del Centro y su posterior difusión a los profesionales sanitarios. En un futuro se quiere hacer un seguimiento del consumo de potasio prediluido para determinar si la incorporación de más presentaciones y las recomendaciones en la prescripción ha resultado en una disminución del consumo de soluciones concentradas de potasio intravenoso.

Conclusiones: El consumo de soluciones concentradas en nuestro hospital todavía es relevante. Además de varias medidas para fomentar el uso de potasio prediluido, se han detectado medidas para que la administración de las soluciones concentradas se lleve a cabo de una forma más segura.

Lecciones Aprendidas: Aunque las medidas para un uso seguro de potasio se dan muchas veces por hecho, todavía hay intervenciones que se pueden ir implementando en un proceso de mejora continua.

C169 /19: ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE

Primer autor: *Lucía Cazorla Poderoso*

Coautores: *M^{ra} Jesús Perrino Garrido, Pilar Casajús Lagranja, Natalia de la Llama Celis, Josefa Carcelén Andrés, José Manuel Real Campaña, Olga Pereira Blanco, María Pérez Moreno*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Objetivos: Analizar y evaluar el impacto de la aceptación de las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas sobre la prescripción médica electrónica durante el año 2018 en comparación con 2017.

Método: Estudio observacional retrospectivo de las IF realizadas en 2018 en 17 unidades de hospitalización (UH), urgencias del hospital general y 3 residencias, en comparación con el año anterior, 2017. Variables registradas: datos demográficos del paciente y unidad de hospitalización, fármaco implicado, motivo de IF, forma de comunicación al prescriptor y grado de aceptación. Las IF se realizaron después de revisar la prescripción médica y el perfil farmacoterapéutico del paciente. 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.

Resultados: Durante 12 meses, de enero 2018 a diciembre 2018, se registraron un total de 3156 IF, lo que supone una media de 8,6 IF/día. Superior a 2017, con 2501 IF (6,9 IF/día). La principal vía de comunicación fue escrita 65,9% vs 81% en 2017, seguida de la telefónica 10,5% vs 14,9% en 2017, siendo el 87,2% aceptadas vs 82,3% en 2017. Se realizaron 1547 (49,0%) IF en las UH del Hospital General, 1313 (46,6%) en urgencias HG, 286 (9,0%) en las UH de traumatología y 10 (0,3%) en las residencias adscritas al hospital. Las intervenciones se realizaron sobre 430 fármacos distintos frente a 510 en 2017. Los principios activos más frecuentes implicados fueron HBPM (3,8%), insulinas (3,6%), estatinas (3,4%) y levotiroxina (2,3%) mientras que en 2017 fueron HBPM (3%), hierro sacarosa (2,3%), amoxicilina/clavulánico (1,7%) y oseltamivir (1,5%). El principal motivo de IF fue la conciliación del tratamiento 39,8% vs 25% en 2017, seguido de dosificación excesiva 6,6% vs 4% en 2017, y ajuste posológico por insuficiencia renal 6,2% vs 6,8% en 2017.

Conclusiones y lecciones aprendidas: El aumento de unidades con prescripción electrónica favorece la intervención farmacéutica. El grado de aceptación de las IF muestra su contribución a mejorar la seguridad y efectividad de la prescripción médica minimizando el riesgo de medicación y aumentando la calidad asistencial del paciente.

C206/19: ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO DE LA PRESCRIPCIÓN EN RECETA ELECTRÓNICA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN ARAGÓN

Primer autor: *Andrea Pinilla Rello*

Coautores: *María Ángeles Giménez Febrer, Arantxa Magallón Martínez, Olga Pereira Blanco, Samuel Moñux Salvador, Mónica Izuel Rami*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Objetivo: Analizar y describir la implantación y evolución de la prescripción en receta electrónica en atención especializada en Aragón.

Método: Estudio descriptivo y observacional en el que se incluyen a todos hospitales públicos y centros de especialidades asociados de la Comunidad Autónoma de Aragón, desde agosto 2018-abril 2019. Para estudiar la evolución de las prescripciones, los centros de atención especializada han sido agrupados: Alcañiz, Barbastro, Calatayud, Huesca, Teruel, Sector I Zaragoza, Sector II Zaragoza y Sector III Zaragoza. Variables del estudio: hospital o centro de especialidad, servicio prescriptor, número de prescripciones acumuladas. Fuente de datos: Servicio Aragonés de Salud.

Resultados: En agosto de 2018 los centros que prescribían en receta electrónica en atención especializada eran: Alcañiz, Barbastro, Hospital Royo Villanova (Sector I), Centro de Especialidades Grande Covian (Sector I), Hospital Obispo Polanco y Provincial San José (Teruel), Hospital Clínico (Sector III) y Hospital San Jorge (Huesca). El resto de centros se han ido incorporando: Hospital Nuestra Señora de Gracia (Sector I, octubre 2018), Hospital Miguel Servet (Sector II, Noviembre 2018), Centro de Especialidades San José y Ramón y Cajal (Sector II, Diciembre 2018) y Calatayud (Enero 2019). Las prescripciones acumuladas en agosto de 2018 eran 3969, siendo Alcañiz el hospital responsable del 51,7% de las prescripciones seguido de Barbastro con 33,1%; en enero de 2019 las prescripciones acumuladas aumentaron hasta 13955, siendo el Sector I el responsable del 31,7% seguido de Alcañiz (27,3%) y Barbastro (26,4%); y en abril de 2019 las prescripciones acumuladas fueron 30716, manteniéndose el Sector I como el mayor prescriptor (37,2%) seguido de Barbastro (23,5%) y Alcañiz (19,7%). En Abril de 2019, el sector de Teruel realizó el 7,1% y Huesca el 6%. El Sector II, III y Calatayud son los responsables, cada uno de ellos, de menos de 3% de las prescripciones acumuladas. Los 3 servicios más prevalentes en la prescripción son: neurología (presente en 11 de 14 centros, 78,6%), cardiología (7/14, 50,0%) y neumología (6/14, 42,9%). Los 3 servicios responsables del mayor número de prescripciones son: neurología (7652, 24,8%), endocrinología y nutrición (6151, 19,9%), y cardiología (4898, 15,9%).

Conclusiones: La implantación está siendo desigual entre sectores ya que en algunos sectores está pendiente la incorporación progresiva de la prescripción en receta electrónica en un elevado número de servicios.

C246 /19: MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA

Primer autor: *Carmen Marina Castiella García*

Coautores: *Vicente Compaired Turlan, Elisa Nogueras Bravo, Ángela Carmen Gracia Benito, Ana Cebrián Manero, Natalia Bescos Latre, María José García Varona*

Centro: *Hospital Sagrado Corazón de Jesús,*

Resumen:

Objetivos: Mejorar la calidad de la organización y funcionamiento del Servicio de Farmacia a partir de lo siguiente: cambio de denominación de medicamentos de nombre comercial a principio activo, reordenación del almacén por orden alfabético de principio activo y actualización de fichas de medicamentos en el maestro de artículos (Farmatools®).

Métodos: Por un lado, se revisan todas las fichas de los medicamentos activos en el maestro (Farmatools®). Se cambia la descripción de todos los medicamentos de nombre comercial a principio activo y el código nacional asociado por el código de identificación común para hospitales en Aragón. Se actualiza dosis, unidad de medida, forma, dosis máxima, grupo terapéutico, vía de administración, ubicación. Además, se fusionan fichas con el mismo principio activo, dosis y forma farmacéutica, de los diferentes laboratorios a los que se ha comprado el medicamento. Por otro lado, se reordena el almacén del Servicio de Farmacia por orden alfabético de principio activo; hasta ahora, por nombre comercial. Se elaboran y reparten en Farmacia y en las diferentes unidades, listados con la correspondencia entre principios activos y nombres comerciales disponibles.

Resultados: En 4 meses se revisan 1.413 fichas. Tras la fusión de varias de ellas entre sí, correspondientes al mismo medicamento pero de diferente laboratorio, y tras dar de baja las presentaciones ya no disponibles, se registran 1.015 fichas de medicamentos actualizadas.

Se reordena el almacén por orden alfabético de principio activo. Por espacio y organización, se separan en el almacén, aunque siguiendo el mismo criterio de orden, las formas inyectables, medicamentos no incluidos en la guía farmacoterapéutica del hospital, colirios e inhaladores, jarabes y cremas. Para todos los medicamentos en farmacia se diseñan nuevas etiquetas. La elaboración y difusión de los listados con la correspondencia entre principio activo y nombre comercial, facilita la realización de los pedidos por supervisión de enfermería y su preparación en farmacia.

Conclusiones: Tras la actualización, la base de datos está lista para empezar con la prescripción electrónica en el Hospital, garantizando la seguridad. El orden por principio activo favorece una mayor calidad en la gestión del stock en farmacia; evita duplicidades y agiliza inventarios.

Lecciones Aprendidas: la mejora en la organización del Servicio de Farmacia facilita el trabajo de profesionales y aumenta la eficiencia y seguridad del paciente reduciendo el riesgo de error.

C312/19 DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS HUÉRFANOS EN ESPAÑA ¿ESTÁN TODOS LOS QUE SON?

Primer autor: *Pilar Aibar Abad*

Coautores: *Cristina Trigo Vicente, Itziar Larrodé Leciñena, Oihana Pascual martinez, Reyes Abad Sazatornil*

Centro: *Hospital Obispo Polanco*

Resumen:

Dentro del marco de la Unión Europea(UE) se entiende por «Medicamento Huérfano(MH)» aquel producto destinado al diagnóstico, prevención o tratamiento de una afección que ponga en peligro la vida o conlleve una incapacidad grave y crónica, que no afecte a más de 5 personas/10.000(enfermedad rara), que resulte improbable que, sin incentivos, la comercialización de dicho medicamento en la comunidad genere suficientes beneficios para justificar la inversión necesaria y que los beneficios sean significativos para las personas afectadas por la enfermedad de que se trate.

Objetivos: Analizar la disponibilidad en España de los medicamentos huérfanos autorizados en la UE. Conocer las condiciones de autorización, así como el área terapéutica a la que van dirigidos.

Metodología. De la página web de la EMA(European Medicines Agency) se obtienen todos los medicamentos que en el mes de febrero de 2019, presentan un estado positivo de designación de MH y que está autorizada su comercialización en la UE. Posteriormente se revisa cual es la situación de comercialización en España mediante la consulta a la página web de la Agencia Española del Medicamento y Productos sanitarios y la de financiación mediante la consulta a la Base de datos Integra proporcionada mensualmente por el SALUD

Resultados: Se identificaron 110 medicamentos, que presentaban 136 indicaciones huérfanas. De ellos 13 presentaban una aprobación condicional y 14 bajo circunstancias excepcionales. De los 110 medicamentos, en la fecha de realización del estudio se encontraban comercializados en España 56, lo que supone un 50,9% pero sólo 49 (44,5% del total) estaban financiados por el SNS, afectando a 69 indicaciones. De ellos, el 22,2% (6 de 27) habían recibido una aprobación en condiciones especiales(condicional o excepcional). Los grupos terapéuticos más frecuentes de los medicamentos con financiación positiva son los antineoplásicos, ya que el 53,1% pertenecen a este grupo, seguido con un 22,4%, los medicamentos para el aparato digestivo y metabolismo y en tercer lugar con el 6,1% los antiinfecciosos.

Conclusiones: Solo la mitad de los medicamentos huérfanos autorizados en Europa están financiados en España, lo que puede dificultar el acceso de los pacientes con enfermedades raras al tratamiento.

C313/19 INTRODUCCIÓN DE LAS INDICACIONES AUTORIZADAS EN LOS INFORMES DE VISADO ELECTRÓNICO REALIZADOS DESDE RECETA ELECTRÓNICA

Primer autor: *Arantxa Magallón Martínez*

Coautores: *M^a Ángeles Giménez Febre, Diana Bellorin Álvarez, Ricardo Gonzalvo Gracia, Mónica Izuel Rami, Andrea Pinilla Rello, Samuel Moñux Salvador, Olga Pereira Blanco*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Objetivo: El visado de inspección de medicamentos es un procedimiento por el cual se comprueba que las prescripciones de los medicamentos de visado se ajustan a las indicaciones de Ficha técnica (FT) financiadas por el Sistema Nacional de Salud (SNS). Esta comprobación es un requisito previo necesario para la dispensación en oficina de farmacia de los medicamentos de visado. La introducción del visado electrónico facilita la gestión de los informes de visado al no tener que desplazarse el informe en papel hasta las unidades de visado de las tres Direcciones Provinciales del Departamento de Sanidad. En esta solicitud electrónica el prescriptor debe rellenar manualmente la indicación para la cual solicita el visado. **Objetivo:** describir el proceso de implementación de un listado de indicaciones financiadas para productos de visado para facilitar la cumplimentación y la adecuación de la misma a los informes de visado realizados en el sistema de receta electrónica (RE).

Metodología: A través del Centro de Información de Medicamentos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos sanitarios se obtuvo el listado de medicamentos de visado. Se agruparon por mismo principio activo, dosis y forma farmacéutica y, cada uno se asoció a las indicaciones aprobadas por FT y financiadas por el SNS. Esta información se introdujo en el sistema de prescripción de RE, realizando los cambios necesarios en el sistema, de tal manera que el prescriptor, a través de un desplegable donde aparecen todas las indicaciones de FT financiadas para cada producto de visado, puede seleccionar la indicación para la que solicita el producto sin introducirla manualmente.

Resultados: Se incluyeron en el sistema un total de 128 productos (94,5% medicamentos y el 4,7% medias y absorbentes de incontinencia urinaria y 0,8 espesantes para disfagia) y 123 indicaciones terapéuticas. Del total de medicamentos, 54 eran principios activos diferentes: 33,3% correspondientes al sistema digestivo, 16,7% sistema nervioso, 9,3% sistema respiratorio, 7,4% órganos de los sentidos, 7,4% sangre y órganos hematopoyéticos, 5,5% agentes antineoplásicos, 5,6% aparato genitourinario y hormonas sexuales, 1,8% dermatológicos, 1,9% cardiovasculares y 11,1% otros.

Conclusión: Aunque se han introducido las indicaciones financiadas de la mayoría de productos de visado, queda pendiente la implementación en alguno de ellos. Sería interesante comprobar si la introducción de las indicaciones se ha traducido en un índice menor de informes rechazados por parte de la inspección.

COMUNICACIONES MESA 17

Aula 10 (Planta 1ª)

Moderadora: Ana Cristina Utrillas Martínez

Código	Título	Autor	Centro
C038/19	PROYECTO DE MEJORA DEL PROTOCOLO DE SONDAJE VESICAL.	Paula García Jordán	Residencia Javalambre
C0148/19	TRATAMIENTO CONSERVADOR DE INCONTINENCIA URINARIA IATROGÉNICA TRAS PROSTATECTOMIA RADICAL	Aurora Pociña Nieves	Hospital Universitario Miguel Servet
C0162/19	SEGUIMIENTO TELEFONICO DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTES SOMETIDOS A BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA EN CÁNCER DE PRÓSTATA	Blanca García Gimeno	Hospital Universitario Miguel Servet
C0223/19	ELABORACIÓN Y DIFUSIÓN DE UN PROCEDIMIENTO PARA LA RETIRADA DEL INFUSOR CON QUIMIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA	Dolores Miguela Fernández Viñado	Hospital Obispo Polanco, Hospital San José, Hospital San Juan De Dios, Atención Primaria Sector Teruel
C0224/19	MANEJO DE LAS TOXICIDADES DE LA INMUNOTERAPIA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO	Juan Antonio Verdún Aguilar	Hospital Ernest Lluch Martín
C0251/19	LAVADO DE MANOS EN EL ÁREA QUIRÚRGICA. ¿PODEMOS DEJAR DE UTILIZAR EL LAVADO CON CEPILLO Y ASÍ EVITAR LAS AFECCIONES DERMATOLÓGICAS	Maria Pilar Muniesa Herrero	Hospital Obispo Polanco
C278/19	CÁLCULO MONTE CARLO PARA VERIFICACIÓN DE TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA	F. Javier Jiménez Albericio	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
C285/19	MEJORA DE LA CALIDAD EN MAMOGRAFÍA: DEL CR AL PANEL PLANO	Pedro Ruiz Manzano	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
C288/19	PROCESO DE MAMA DEL HUMS. SUBPROCESO DE REHABILITACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS 2009-2019	Carmen María Barquero Moreno	Hospital Universitario Miguel Servet
C292/19	VERIFICACIÓN MEDIANTE EL MÉTODO DE MONTE CARLO DEL BLINDAJE DE UNA SALA DE TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA	F. Javier Jiménez Albericio	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
C294/19	IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD EN PET-TC	Pedro Ruiz Manzano	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

C038/19: PROYECTO DE MEJORA DEL PROTOCOLO DE SONDAJE VESICAL.

Primer autor: *Paula García Jordán*

Coautores: *Nieves Rivero Ruiz, Paloma Hernández Gil, Ángela Raga Wichi*

Centro: *Residencia Javalambre*

Resumen:

Objetivos

- General: disminuir la variabilidad e incertidumbre a la hora de realizar un sondaje vesical.
- Específicos:
 - o Reducir el consumo de lubricante.
 - o Disminuir el dolor durante la realización de la técnica.

Material y Métodos: Búsqueda bibliografía en la que se observa gran variabilidad sobre la cantidad y método de aplicación de lubricante urológico utilizado en el sondaje vesical. Se realiza un DAFO, afirmando la necesidad de realizar un cambio en el protocolo de sondaje vesical del servicio aragonés de salud. Para justificar el cambio se ha realizado un estudio casos-contrroles (Cantidad mínima de lubricante efectiva). En este estudio se ha utilizado una muestra de 30 pacientes del servicio de urología y urgencias del hospital Obispo Polanco. A los controles se ha seguido la técnica según el protocolo de actuación del Obispo Polanco de sondaje vesical, aplicando lubricante sin una cantidad establecida (mayor de 5 ml). A los casos se les ha realizado la técnica aplicando lubricante monodosis de 5 ml.

Resultados: Los resultados obtenidos fueron que 13 de los casos tras realizarse el sondaje vesical indicaron un 1 en la escala EVA y 2 casos un 4. En los controles, 12 de ellos expresaron un 1 y 3 un 5. Concluyendo que con 5 ml de lubricante aplicado de la forma correcta es suficiente para realizar la técnica sin dolor. Una vez realizado este estudio se ha diseñado el protocolo de sondaje vesical basándose en la triple aim. El personal implicado para realizar la mejora en el procedimiento del sondaje vesical es todo aquel que intervenga en la realización de la técnica (enfermería y técnicos de cuidados auxiliares de enfermería). Para implicar a los sanitarios en este cambio se decidió realizar un curso formativo en el cual se les explica las mejoras del protocolo facilitando su comprensión mediante un diagrama de flujo. La mejora de la calidad en el sondaje vesical va dirigida a todo paciente candidato a ello. Para evaluar la implementación del protocolo se ha realizado un proceso de evaluación mediante el sistema audit médico.

Conclusiones: Se trata de un trabajo con el que se pretende disminuir la variabilidad y aumentar la efectividad de la técnica de sondaje vesical disminuyendo la cantidad de lubricante urológico sin aumentar el grado de dolor percibido por el paciente.

Lecciones aprendidas Realizando proyectos de mejora de la calidad, no solo se mejora la gestión clínica del sistema sanitario, sino que también aumenta la atención asistencial de los pacientes.

C148 /19: TRATAMIENTO CONSERVADOR DE INCONTINENCIA URINARIA IATROGÉNICA TRAS PROSTATECTOMIA RADICAL

Primer autor: *Aurora Pociña Nieves*

Coautores: *M^a del Mar Yagüe Sebastián, Rebeca Royo Jordán, M^a del Pilar Yagüe Sebastián, Mireya Sartaguda Alabart, Belén Rueda Martín, Elena Muñoz de la Torre*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Objetivos: La intervención de prostatectomía radical es frecuente en nuestro medio, iatrogénicamente provoca con frecuencia incontinencia urinaria (IU). Se pretende medir la efectividad del tratamiento de fisioterapia de suelo pélvico para dicha secuela.
Métodos: Estudio observacional pre-post sin grupo control de comparación. Los criterios de inclusión son pacientes con IU tras intervención quirúrgica de resección prostática del Hospital Miguel Servet de Zaragoza (HUMS). Se les trata en la unidad de fisioterapia de suelo pélvico. El tratamiento incluye una parte grupal, que consiste en consejos de cambios en estilo de vida y ejercicios específicos, y una parte individual, en la que reciben electroterapia intracavitaria, biofeedback y electroestimulación. Se han recogido como variable principal PAD-test, y como variables secundaria, el King's Health Questionary (KHQ) y los mmHg de contracción muscular del suelo pélvico. Las 3 variables se han medido antes y después del tratamiento

Resultados: la muestra son los pacientes con criterios de inclusión atendidos desde enero de 2019 en la unidad de suelo pélvico del HUMS. La media de edad es de 66,27 años en el momento de la intervención quirúrgica. Desde la intervención quirúrgica hasta el comienzo del tratamiento fisioterápico transcurre una media de 8,93 meses. Existe una diferencia de media del PAD-test de 24 horas entre el principio y el final de tratamiento de fisioterapia de 242,467 +/-109 (IC95%) con significación estadística. Teniendo en cuenta la media de la muestra nuestros pacientes pasarían de una IU grave (> 400ml) en el momento inicial del tratamiento con una pérdida media de 533 ml a una IU moderada (100-400ml) con una pérdida media de 291 ml en el momento final del tratamiento. La contracción muscular del suelo pélvico mejora con tratamiento una media de 42,867 (26,076-59,657) estadísticamente significativa. Siendo la media de contracción inicial de 21,47 mmHg y la posterior al tratamiento de 64,33 mmHg. La calidad de vida medida mediante el KHQ, a menor puntuación mayor calidad de vida, mejora una media de 13,933 (7,776-20,091) con significación estadística. Previo al tratamiento la media fue 30,73 y posterior al mismo 16,80

Conclusiones: La realización de fisioterapia de suelo pélvico mejora la continencia urinaria, teniendo en cuenta el resultado del PAD-test (gold estándar), así como la contracción muscular del suelo pélvico y la percepción de calidad de vida de nuestros pacientes

C162/19: SEGUIMIENTO TELEFONICO DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTES SOMETIDOS A BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA EN CÁNCER DE PRÓSTATA

Primer autor: Blanca García Gimeno

Coautores: María Jesús Irún Cuairán, Encarna Muñoz Sáenz, Cecilia Escuin Troncho, Anabela Miranda Burgos, Ángel Sancho Serrano, Agustina Méndez Villamón, Cristina García Aguilera

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet

Resumen:

El cáncer de próstata es el tipo de cáncer más común en los varones. Las opciones terapéuticas incluyen un tratamiento conservador para pacientes con la enfermedad localizada, donde nos encontramos extirpación quirúrgica o radioterapia (SBRT, RTE, BQT) y tratamiento sistémico en el que se incluye tratamiento farmacológico para reducir las concentraciones de testosterona. Los procedimientos elegidos dependen de la esperanza de vida del paciente, de la agresividad del tumor y de la decisión del paciente tras consultarlo con su equipo médico.

La utilización de braquiterapia de baja tasa con semillas de Yodo 125 como tratamiento radical es un procedimiento que beneficia tanto al paciente como al Servicio de Radioterapia ya que acorta tiempos de tratamiento.

Resultados Que Se Espera Conseguir: Mayor seguimiento del paciente tras el tratamiento con el fin de poder detectar cualquier efecto secundario derivado del mismo y si fuera necesario, junto al facultativo responsable del tratamiento, tomar las medidas pertinentes, así como poder adelantar la cita de revisión.

Método Y Actividades Para Mejorar: El tratamiento con braquiterapia se realiza en una sola sesión, en quirófano bajo anestesia general. Una vez dado de alta, a los 15 días el personal de Enfermería llamará por teléfono al paciente respecto al siguiente *Check – List*:

- | | | |
|----------------------------|--|---------------------------|
| • Estado general | • Polaquiuria | • Diarrea |
| • Fiebre | • Hematuria | • Rectorragia |
| • Dolor (según escala EVA) | • Ha eliminado algún cuerpo extraño durante la micción | • Rectitis |
| • Toxicidad urinaria | • Toxicidad rectal | • Tratamiento Antibiótico |
| • Disuria | | • AINES |
| • Nicturia | | • Omnic Ocas |

Si tras la llamada y comentado con los facultativos responsables del tratamiento todo está correcto, el paciente acudirá a la revisión programada al mes tras el procedimiento. En caso contrario se procede a concretar una cita de revisión lo antes posible.

Población Diana:

- | | |
|---|---|
| • Edad: Cualquier edad | • Participación de la población: Pasivo |
| • Sexo: Varón | |
| • Patología: 185. Neoplasia maligna de Próstata | |

Indicadores:

Realización de la llamada (grado de cumplimiento 100%)

% pacientes en los que se detectan posibles efectos secundarios (Esperado 90%)

C223/19: ELABORACIÓN Y DIFUSIÓN DE UN PROCEDIMIENTO PARA LA RETIRADA DEL INFUSOR CON QUIMIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Primer autor: *Dolores Miguela Fernández Viñado*

Coautores: *Isabel Rilova Fernández, Manuela Martín Clemente, Concepción Gómez Cadenas, Irene Izquierdo Fortea, M.ª José Navarro Rueda, Lourdes Hernández García*

Centro: *Hospital Obispo Polanco, Hospital San José, Hospital San Juan De Dios, Atención Primaria Sector Teruel*

Resumen:

El uso de reservorios venosos subcutáneos para la administración de tratamientos de manera ambulatoria, está cada vez más extendido. Entre estos se incluye la quimioterapia. Esto disminuye la necesidad de hospitalización a los pacientes oncológicos.

Una vez administrado el tratamiento, retirar el infusor requiere conocer una técnica sencilla. En nuestro sector hasta hace unos meses esta actuación se realizaba en la consulta de oncología. No obstante, el personal de enfermería de Atención Primaria (AP) puede realizarlo si cuenta con una formación y capacitación adecuada. Además, puede hacerse en el entorno del paciente evitando desplazamientos.

Objetivos: facilitar a los profesionales de AP la retirada de infusores con tratamiento quimioterápico, elaborando un vídeo tutorial y sistematizando el procedimiento. Difundir ambos materiales entre los profesionales de enfermería. Disminuir la variabilidad de los cuidados y los desplazamientos innecesarios de los pacientes.

Material y métodos: se constituyó un grupo de trabajo con profesionales de los diferentes niveles asistenciales. Revisión de la evidencia disponible, mediante búsqueda en CUIDEN, PUBMED, FISTERRA, GUIASALUD. Se consensó por todo el grupo, la redacción del procedimiento y la enfermera de oncología, experta en la técnica dirigió y participó en el video. **Resultados:** Elaboración de un procedimiento de retirada de infusor y de un video tutorial para mostrar la técnica. Publicación y difusión mediante la intranet del sector, del documento y video tutorial. En dos centros de AP se han retirado infusores sin complicaciones, manifestando pacientes y enfermeras su satisfacción por realizarse esta técnica en su entorno.

Conclusiones: Existe escasa bibliografía acerca de la retirada de infusores con quimioterapia en Atención Primaria. Es una técnica que, con formación adecuada y recursos, se puede desarrollar por las enfermeras en AP. Mostrar y sistematizar el procedimiento de retirada del infusor, ayuda a realizar bien la técnica y disminuye la variabilidad en su ejecución. Promover la retirada de infusores en AP, mejora la calidad en la atención, al disminuir la necesidad de desplazamientos a los pacientes que viven en zonas alejadas del hospital, promoviendo con ello la equidad. Se pone de manifiesto: la importancia de los grupos de trabajo de diferentes niveles asistenciales donde se identifiquen cuestiones o aspectos mejorables y la necesidad de formación continuada, para la correcta adecuación de los profesionales a nuevas técnicas.

C224/19: MANEJO DE LAS TOXICIDADES DE LA INMUNOTERAPIA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.

Primer autor: *Juan Antonio Verdún Aguilar*

Coautores: *María Álvarez Alejandro, Nieves Galán Cerrato, Arantxa Campos Bonel, Francisco Marcilla Córdoba, Edgar Fernández Alonso, Yara María Alonso Triana, María Salas Alcántara*

Centro: *Hospital De Alcañiz*

Resumen:

Objetivos: La inmunoterapia (IT) ha sido una revolución en el tratamiento del paciente oncológico cambiando el curso natural de esta enfermedad. Las toxicidades asociadas a estos fármacos no son las habituales ya que se basan en la estimulación del sistema inmune (SI). Los eventos adversos de naturaleza inmune (irAES) se basan en una activación desproporcionada del SI pudiendo este atacar nuestro propio organismo. En principio estas toxicidades son leves y manejables, aunque en raras ocasiones y con un mal manejo inicial pueden dar lugar a consecuencias graves. Por todo esto hay que implicar en el conocimiento de los irAES al paciente y facultativos que tratamos este tipo de pacientes.

Método: Se realizan sesiones con los servicios de urgencias, facultativos de diferentes especialidades hospitalarias y servicio de farmacia para que tengan un conocimiento actualizado de los tratamientos con IT, efectos secundarios y su manejo. De cara al paciente, al inicio del tratamiento, se explica de manera exhaustiva los posibles irAEs. A parte se ha realizado un folleto informativo para que el paciente y los familiares detecten los efectos adversos de manera precoz y sepan cómo actuar. Dicho folleto también es dado a los servicios que traten con estos pacientes.

Resultados: Se realizan de manera semestral sesiones formativas para la detección precoz y manejo de los efectos secundarios. Al inicio del tratamiento se explica el tratamiento al paciente y familiares con un powerpoint y se les da un folleto informativo. Actualmente hemos tratado a 15 pacientes con IT, de los cuales han presentado toxicidades grado III – IV graves 2 en forma de colitis con resolución completa. Las toxicidades leves se han manejado de manera ambulatoria.

Conclusiones: Este proyecto, que implica el manejo multidisciplinar del paciente en tratamiento con IT, ha permitido una mejora en la calidad en el manejo de los irAEs, y ayuda a que diferentes servicios estén actualizados respecto a los nuevos tratamientos oncológicos. A su vez, los pacientes al conocer las toxicidades avisan, ante la más mínima duda, a hospital de día y en caso de complicaciones graves acuden a urgencias para una valoración clínica, analítica, inicio de tratamiento manera precoz e ingreso si procede. Las sesiones clínicas son acogidas de manera positiva por los compañeros facilitando su trabajo dando lugar a un diagnóstico y tratamiento precoz. Todo esto ha hecho que las toxicidades se manejen de manera adecuada y sin complicaciones mortales.

C251 /19: LAVADO DE MANOS EN EL ÁREA QUIRÚRGICA. ¿PODEMOS DEJAR DE UTILIZAR EL LAVADO CON CEPILLO Y ASÍ EVITAR LAS AFECCIONES DERMATOLÓGICAS

Primer autor: *María Pilar Muniesa Herrero*

Coautores: *Alejandro Urgel Granados, María Pilar Chocarro Escaleno, María Victoria González Herrero, Ana Muniesa Herrero, Eva Fuentes Gonzalvo, María Royo Agustín, Ángel Castro Sauras*

Centro: *Hospital Obispo Polanco*

Resumen:

Introducción: La higiene de manos es el procedimiento básico de toda técnica quirúrgica para reducir el riesgo de infecciones. En el campo quirúrgico, el lavado tradicional con cepillo y jabón de clorhexidina puede verse mejorado tanto por comodidad del usuario como por eficacia antimicrobiana por el desinfectante con base alcohólica.

Objetivo: Comparar la eficacia antimicrobiana y el efecto residual entre un lavado quirúrgico convencional y un desinfectante hidroalcohólico.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo consecutivo entre los meses de mayo y junio de 2018 con la participación de trabajadores del área quirúrgica y personal del servicio de Microbiología del Hospital Obispo Polanco. Se procede a la recogida y análisis del número de unidades formadoras de colonias en los dedos de la mano derecha de todos participantes: antes, después y trascurridos 60 minutos desde el lavado

Durante el periodo de estudio se tomaron 90 muestras en 20 profesionales participantes.

Resultados: La media de UFC antes del lavado fue de 38,8 (DE=13,72) en el grupo de Clorhexidina y 24,4(DE=28,7) en el grupo del hidroalcohol. Tras el lavado quirúrgico no se objetivó formación de UFC en las muestras obtenidas mediante lavado quirúrgico con base alcohólica, mientras que se observó una media de UFC de 1,06. En el 100% de la muestra no se obtuvieron resultados de contaminación. Tras 60 minutos con guantes estériles observamos que el grupo de solución hidroalcohólica presentaba una media de 2.8 UFC frente a 9,33 en el grupo de clorhexidina con cepillo. Esta diferencia no fue significativa al realizar la prueba de forma cualitativa mediante una prueba exacta de Fisher.

Conclusiones: En base a los resultados obtenidos, se comprueba que tanto las soluciones hidroalcohólicas como el jabón antiséptico con clorhexidina tienen la misma eficacia para realizar un lavado quirúrgico satisfactorio y prevenir así la posible infección del sitio quirúrgico. La implantación del lavado con solución alcohólica supone menor inversión económica, por el menor coste de la solución alcohólica en comparación con el lavado con cepillo, por el menor tiempo necesario para realizar el acto de lavado quirúrgico y por el menor número de afecciones dermatológicas en el profesional sanitario.

C278 /19 CÁLCULO MONTE CARLO PARA VERIFICACIÓN DE TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA

Primer autor: *F. Javier Jiménez Albericio*

Coautores: *Alejandro García Romero, Pablo Ortega Pardina, Sonia Serrano Zabaleta, Sheila Calvo Carrillo, Miguel Canellas Anoz, Aurora Aguirre Collado, Carlos Martínez Casbas*

Centro: *Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

Resumen:

El Servicio de Física y Protección Radiológica del Hospital Clínico “Lozano Blesa” (HCLB) lleva a cabo la verificación de tratamientos de radioterapia en acelerador lineal de electrones (ALE) por varios procedimientos. Todos ellos requieren de tiempo de ALE.

La verificación de tratamientos basado en un cálculo Monte Carlo de la distribución de dosis absorbida y su comparación con la distribución producida por el planificador es una alternativa a la medida de dosis absorbida en el ALE, como indica ICRU en su informe 83, y supone un gran ahorro de tiempo de ALE que estaría disponible para otros tratamientos.

PRIMO es un sistema de cálculo Monte Carlo que simula haces clínicos de radiación producidos por varios tipos de ALEs y estima la distribución de dosis absorbida en maniqués regulares o en estudios de tomografía computarizada (TC). PRIMO combina una interfaz gráfica con los algoritmos de transporte de radiación PENELOPE (versión 2011), y pDPM empleados respectivamente en el transporte de la radiación a través del ALE, y en la estimación de la distribución de dosis absorbida.

En la versión 0.3.1.1600 de PRIMO se ha modelado el acelerador Varian True Beam del HCLB para todas sus energías disponibles comparando con medidas experimentales sobre agua y sobre otros maniqués específicos (CIRS), encontrando para un criterio del índice gamma 3% / 3mm en las zonas de dosis en las que se supera el 20% de la dosis máxima un acuerdo superior al 95% de los puntos en todos los casos analizados. Por tanto, PRIMO puede utilizarse como sistema de verificación de tratamientos ahorrando tiempo de ALE.

El cálculo de PRIMO sobre paciente se ha comparado con el método de verificación análogo (COMPASS) en un caso representativo de pulmón, encontrando acuerdo en el 97,47% de los puntos para un criterio de índice gamma 3%/3mm. La comparación con la distribución procedente del sistema de planificación muestra un acuerdo superior al 98% en las mismas condiciones.

C285 /19 MEJORA DE LA CALIDAD EN MAMOGRAFÍA: DEL CR AL PANEL PLANO

Primer autor: *Pedro Ruiz Manzano*

Coautores: *Alejandro García Romero, Sonia Serrano Zabaleta, Sheila Calvo Carrillo, Alejandro Barranco López, Javier Díez Chamarro, Marta Baquerizo Castán, M^a Carmen Castejon Andrés*

Centro: *Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

Resumen:

Introducción: Durante los años 2017 y 2018, en las áreas III y IV del SALUD de Aragón, se han sustituido cinco mamógrafos que usaban como sistema de imagen CR por otros con panel plano (la mayoría de ellos con tomosíntesis). Además, se han actualizado dos equipos de panel plano para que puedan hacer tomosíntesis. Tras las pruebas de aceptación e iniciales, se han evaluado las dosis glandulares en PMMA y la calidad de imagen sobre el maniquí CDMAM con la finalidad de comparar los resultados.

Material y métodos: En las pruebas iniciales se usaron los maniqués de PMMA, CIRS BR3D y CD MAM, electrómetros RTI Barracuda con detector MPD y Radcal con cámara de mamografía y maniquí Artinis para tomosíntesis. Se siguieron el Protocolo Español de Control de Calidad en Radiodiagnóstico (revisión 2011) y el Protocol for the Quality Control of the Physical and Technical Aspects of Digital Breast Tomosynthesis Systems de 2016.

Discusión: Tras la comparación de las dosis glandulares planares (Dg) y de la calidad de imagen en las instalaciones donde se ha cambiado de CR a panel plano se observa que el equipo de GE ha quedado con mayor Dg planar y peor calidad de imagen que los Hologic, pero con mejor RCR (11) y mejor SDNR (4.76) además de con menor Dg en tomosíntesis (1.33). Por otro lado, el equipo Fuji con tomosíntesis imparte una dosis inferior al resto, lo que indica que quedaría margen para mejorar la calidad de la imagen del CDMAM. La calidad de imagen en tomosíntesis evaluada con el maniquí CIRS BR3D no ha mostrado diferencias significativas entre equipos a pesar de las diferencias de los ajustes de SDNR y Dg.

Conclusión: El cambio de CR a panel Plano ha supuesto un gran aumento en la calidad de imagen y una reducción de la dosis glandular en el maniquí de PMMA. La variabilidad en los ajustes de calidad de imagen y dosis nos induce a realizar una evaluación comparativa con pacientes en colaboración con los radiólogos para poder optimizar y/o ajustar estos parámetros.

C288/19 PROCESO DE MAMA DEL HUMS. SUBPROCESO DE REHABILITACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS 2009-2019

Primer autor: *Carmen María Barquero Moreno*

Coautores: *María José Tris Ara, María José García Galán, María Del Carmen Carreras Sevillano*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Objetivo. Analizar los resultados del Servicio de Rehabilitación como especialidad integrada como Subproceso en el Proceso de Cáncer de Mama (PCM) desde su incorporación en Junio 2009 hasta Mayo 2019.

Material Y Método. El PCM es un sistema organizativo en el que un grupo multidisciplinar de expertos atiende a pacientes con sospecha de cáncer de mama (CM) tomando decisiones consensuadas; el rehabilitador es el especialista encargado del Subproceso de Rehabilitación (SR).

Los objetivos son:

-Antes del alta hospitalaria todas las pacientes a las que se les haya realizado linfadenectomía recibirán las directrices necesarias para la correcta cicatrización de la herida, recuperación de la movilidad del hombro y la prevención del linfedema.

-En el caso de la no recuperación de la movilidad del hombro y/o la aparición de linfedema las pacientes tendrán acceso a rehabilitación.

Se analizaron estadísticas anuales analizándose tablas de tendencia de problemas detectados, así como los planes de rehabilitación prescritos a través de la HCE.

En 2017 se realizó un estudio de calidad de vida en mujeres a los 2 años de su vaciamiento comparándose con población general.

2565 mujeres y 12 varones han sido incluidos en el PCM, con media anual de 241.

El 24.4% precisó un vaciamiento axilar.

La primera visita del rehabilitador sucede en la habitación antes del alta entregando material informativo.

Se citaron de forma programada a todas a los 3 meses, si precisaron linfadenectomía o 6 meses si BSGC, independiente del tratamiento oncológico.

10,76% precisó derivación temprana a nuestra unidad por complicaciones.

Resultados Se han cumplido los objetivos del SR.

Tras medirse los indicadores los criterios de calidad del mismo se han garantizado.

La tasa total de complicaciones ha sido del 15.39%.

El linfedema es la más frecuente (72.3%) seguida del Síndrome de Cordón Axilar (14,4%) y de algún tipo de alteración de movimiento del hombro (9.2%).

Se han realizados comunicaciones científicas y trabajos de investigación.

Se ha diseñado y entregado material informativo gráfico.

Cada paciente ha sido tratada de manera individualizada según su complicación(terapia física compleja, presoterapia, cinesiterapia, prescripción ortoprotésica, manejo del dolor neuropático y regional).

Lecciones Aprendidas - Aragón proporciona un PCM y SR que conjugan accesibilidad con la máxima calidad de los servicios siguiendo recomendaciones OMS.

- La atención consensuada como PCM es eficaz y debería extenderse a otros problemas de salud.

C292/19 VERIFICACIÓN MEDIANTE EL MÉTODO DE MONTE CARLO DEL BLINDAJE DE UNA SALA DE TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA

Primer autor: *F. Javier Jiménez Albericio*

Coautores: *Alejandro Barranco López, Beatriz Chover Díaz, Javier Díez Chamarro, Alejandro García Romero, Miguel Canellas Anoz, Carlos Martínez Casbas, Aurora Aguirre Collado*

Centro: *Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

Resumen:

El diseño de los recintos blindados utilizados como sala de tratamiento con radiaciones gamma o rayos X de megavoltaje tiene como objetivo reducir la exposición de los trabajadores expuestos y miembros de público por debajo de los límites legalmente establecidos.

El diseño se realiza siguiendo las recomendaciones de organizaciones como el National Council on Radiation Protection (NCRP), o la Organización Internacional de la Energía Atómica (OIEA). La metodología en ambas se basa en cálculos analíticos, fórmulas semiempíricas y tablas de datos obtenidos para casos estándar. La verificación de los blindajes se realiza a posteriori con medidas experimentales.

La verificación del diseño basado en un cálculo Monte Carlo del transporte de la radiación permite detectar posibles deficiencias en los blindajes propuestos y realizar modificaciones en el diseño antes de comenzar las obras. El método de Monte Carlo supone un salto sustancial en la calidad y la optimización del diseño de blindajes.

En este trabajo se ha realizado la verificación Monte Carlo de una sala de tratamiento de radioterapia existente en la que se va a sustituir un linac Siemens Primus de hasta 18 MV por un Varian True Beam de hasta 10MV sin filtro con una tasa máxima de 2400 UM/min.

En primer lugar, se ha modelado la emisión del linac con PRIMO para la máxima energía sin filtro (10 MV FFF) en 3 situaciones: haz directo, campo cerrado (haz de fuga), haz sobre maniquí en condiciones de máxima dispersión. Se han obtenido 3 espacios de fase (PSF) con las partículas emergentes de cada una de las situaciones relacionadas con el número de electrones primarios incidentes en el blanco. A continuación, cada PSF se ha simulado utilizando PenEasy+PENELOPE sobre el diseño del recinto blindado, y se han recogido las partículas que atraviesan las barreras que limitan el recinto en un nuevo PSF. A partir de éstos se ha realizado la estimación de tasa de dosis en aire en las zonas exteriores al recinto blindado por unidad de monitor. Las simulaciones realizadas se han contrastado con medidas experimentales encontrando un gran acuerdo.

C294/19 IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD EN PET-TC

Primer autor: *Pedro Ruiz Manzano*

Coautores: *F. Javier Jiménez Albericio, Miguel Canellas Anoz, Beatriz Chover Díaz, Luisa Ferrer González, Aurora Aguirre Collado, Marta Baquerizo Castán, M^a Carmen Castejon Andrés*

Centro: *Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

Resumen:

El RD 1847/1997 por el que se establecen los criterios de calidad en medicina nuclear, obliga a la implantación de un programa de garantía de calidad en todas las unidades asistenciales en Medicina Nuclear, que incluya un programa de control de calidad (PCC) de la instrumentación, para asegurar la optimización de la administración de radiofármacos y de la protección radiológica del paciente. En su Anexo II establece las pruebas mínimas para el control de calidad del equipamiento utilizado en medicina nuclear «in vivo», sin embargo, no hay pruebas específicas para los equipos PET. Para diseñar un PCC para PET-TC es necesario recurrir a documentos más recientes como “Control de Calidad de la Instrumentación en Medicina Nuclear” (SEFM-SEMNUM-SEPR, 2015), o “Quality Assurance for PET and PET/CT Systems” (OIEA, 2009).

En marzo de 2019 se ha incorporado al Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (HCULB) un equipo de tomografía por emisión de positrones con TC (PET-CT), el primer equipo de estas características en el Servicio Aragonés de Salud. El equipo instalado en el HCULB es un PET-TC Siemens Biograph Horizon. Junto con el equipo se han recibido dos fuentes de germanio 68 (Ge-68) con 41,07 MBq (1,11 mCi) a 11/2/2019; y los maniqués de control de calidad solicitados en el concurso (9 maniqués específicos)

En marzo de 2019 se realizaron las pruebas de aceptación del equipo y se diseñó el Programa de Control de Calidad del PET-TC atendiendo a las recomendaciones nacionales e internacionales junto con los procedimientos detallados de ejecución de las pruebas.

Se establecieron los niveles de referencia para las pruebas diarias, semanales, y trimestrales y anuales, así como sus tolerancias, y se llevó a cabo la formación del personal del S^o de Física y Protección Radiológica y del S^o de Medicina Nuclear que han de llevarlas a cabo. La adhesión al programa de control de calidad ha sido completa desde entonces.

En conclusión, se ha implantado un Programa de Control de Calidad de la nueva unidad de PET-TC.

COMUNICACIONES MESA 18

Aula 12 (Planta 1ª)

Moderadora: Mati Martínez

Código	Título	Autor	Centro
C077/19	PROYECTO DE DERIVACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA PARA EL DIAGNÓSTICO EPOC A TRAVÉS DE LA PLATAFORMA DE CONSULTA VIRTUAL	Mª Angeles Gotor Lázaro	Hospital Universitario Miguel Servet
C080/19	REGISTRO Y GUÍA PARA LA RECUPERACIÓN FUNCIONAL TRAS UN ICTUS	Paz Cristina Sánchez Lecina	Hospital Sagrado Corazón De Jesús
C0111/19	PROTOCOLO DE DERIVACIÓN DE PACIENTES CON ASMA ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA. SECTOR SANITARIO ZARAGOZA II	Elisabet Vera Solsona	Hospital Universitario Miguel Servet
C0219/19	EVALUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN AL INGRESO EN PACIENTES ANCIANOS POLIMEDICADOS	Olga Pereira Blanco	Hospital Universitario Miguel Servet
C0227/19	ERRORES DE MEDICACIÓN. ESTANDARIZACIÓN INFORMÁTICA DE LAS ÓRDENES DE TRATAMIENTO EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO.	Cristina Bardella Gil	Hospital Universitario Miguel Servet
C267/19	¿QUÉ INFLUYE Y CUÁL ES EL PRONÓSTICO VITAL AL AÑO DE LOS PACIENTES QUE HAN INGRESADO EN UN SERVICIO DE GERIATRÍA?	Hanish Vashi Dularamani	Hospital Sagrado Corazón De Jesús
C283/19	EDUCACIÓN COMO ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA ADHERENCIA EN PACIENTES CON ANTICOAGULACIÓN ORAL	Mª Carmen López López	Hospital Nuestra Señora De Gracia
C286/19	RECOMENDACIONES PARA LA PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA (ETEVE)	Mª Esther Franco García	Hospital Nuestra Señora De Gracia
C303/19	IMPLANTACIÓN DE LA ENCUESTA IPSS COMO TEST DE ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE HBP EN ATENCIÓN PRIMARIA	Olga Ruiz Sannikova	Centro De Salud Almozara
C305/19	ESTUDIO DE EFECTIVIDAD VACUNAL AL INICIO DE LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA	Ignacio Ezepeleta Ascaso	Hospital Universitario Miguel Servet

C077/19: PROYECTO DE DERIVACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA PARA EL DIAGNÓSTICO EPOC A TRAVÉS DE LA PLATAFORMA DE CONSULTA VIRTUAL.

Primer autor: *M^a Ángeles Gotor Lázaro*

Coautores: *M^a Teresa Martín Carpi, Elisabeth Vera Solsona, M^a Carmen Gallego Bermejo, Andrés Sánchez Barón, Jesús Arribas Barcelona, Santiago Carrizo Sierra, Salvador Bello Drona*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Desde el inicio de la consulta virtual (CV), comprobamos que la EPOC conlleva un número elevado de interconsultas, por lo que se decidió la elaboración de una guía de práctica clínica titulada "Abordaje del paciente con EPOC estable. Protocolo de derivación desde Atención Primaria a Neumología" basado en la actualización de las últimas guías publicadas durante el 2018 y 2019 (gold y GesEPOC). Se estratifican a los pacientes en bajo y alto riesgo, según su complejidad, para determinar si son controlados por atención primaria o por neumología. Se ha redactado un documento de 52 páginas, quedando pendiente su difusión a los centros de salud.

Resultados: Desde mayo del 2018 hasta febrero del 2019 se han realizado 1927 CV al Servicio de Neumología. Las derivaciones han sido con carácter normal en el 78% de los casos y preferentes el 22%. La media de respuesta a las consultas virtuales es de 2 días. Los 3 motivos fundamentales de CV son: Sd de apnea obstructiva del sueño, EPOC y el Asma bronquial. Las derivaciones normales acceden a la consulta de especializada con una media de 17 días y las preferentes de 8 días. Respecto a las CV por EPOC, se han solicitado 408 consultas, el 21% del total. 205 pacientes han sido derivados al CME S. José, 172 a CME Ramón y Cajal y el resto a HUMS. Los motivos de derivación de estos pacientes los agrupamos en dos categorías.

1. Control de pacientes ya diagnosticados: 256 (63%): 129 pacientes para control clínico; 42 tras un ingreso hospitalario; 35 para prescripción de terapias respiratorias, sobre todo oxigenoterapia, 12 por alteraciones radiológicas encontradas y 38 por disnea a pesar de tratamiento.

2. Para el diagnóstico de EPOC: 152 (37%). Entre la información clínica proporcionada predomina la disnea y la tos en pacientes con factores de riesgo, pero en sólo 49 pacientes figuran los datos de la espirometría; en el resto o no está disponible o no hay referencia sobre su realización.

Conclusiones:

1. La EPOC es una patología con alta prevalencia y en consecuencia un motivo muy frecuente de CV desde atención primaria.

2. La causa fundamental de derivación en la EPOC es por mal control de los síntomas a pesar del tratamiento.

3. La segunda causa más frecuente de derivación es para establecer el diagnóstico. Sólo el 12% de los pacientes tiene documentada una espirometría previa, exploración necesaria para el diagnóstico de estos pacientes.

C080/19: REGISTRO Y GUÍA PARA LA RECUPERACIÓN FUNCIONAL TRAS UN ICTUS.

Primer autor: Paz Cristina Sánchez Lecina

Coautores: Nieves Doz Saura, Raquel Quilez Pina, Ana López Fornies

Centro: Hospital Sagrado Corazón de Jesús

Resumen:

Los pacientes tras sufrir un ICTUS y ser dados de alta tienen que hacer frente a numerosos cambios en su vida personal. La afectación tras un ictus es muy variable, esto hace que tengamos que atender la diversidad de problemas que afectan a cada persona. Motores, cognitivos, conductuales, sensoriales. También hay que tener en cuenta el grado de discapacidad, la situación previa del paciente, el entorno donde vive: rural, urbano, residencia. La organización de Hospital de Día de Geriátrica (H.D.G). permite plantear una rehabilitación integral, que aborde todos los aspectos que inciden en la recuperación funcional del paciente. Las actividades que se plantean pueden ser tanto individuales como grupales. Los pacientes proceden de Huesca o de los pueblos hasta 50 Km.

Objetivos

- Plantear un tratamiento individualizado a cada usuario que contemple las necesidades Médicas, Enfermería y de Terapia Ocupacional.
- Generalizar los aprendizajes de la rehabilitación funcional a su entorno

Metodología: Se hace una valoración geriátrica integral a cada paciente. Las escalas de valoración para los pacientes con ICTUS son: Barthel, MEC, LOTCA, TINETTI Y SPPB. Al ingreso y al alta. Se plantean unos objetivos individuales de tratamiento, a partir de los resultados de la valoración inicial y de las observaciones del desempeño del paciente en H.D.G. Se realizan entrevistas con los familiares para conocer las dificultades del paciente en su entorno. Trabajo coordinado por parte del equipo de H.D.G.

Resultados: Se ha ofrecido un tratamiento individualizado para mejorar la recuperación funcionalidad de cada paciente teniendo en cuenta su entorno. Se han realizado entrevistas con familiares, planteando actividades para continuar el trabajo que se realiza en H, D, G y generalizar aprendizajes. Se aconseja y entrena en su uso ayudas técnicas y adaptaciones para el entorno. Se explica una guía a cada paciente para prevenir caídas, incidiendo en los aspectos más importantes, teniendo en cuenta cada caso individual. Se envía una copia de la guía para las familias. Se plantea una revisión a los 30 45 días de ser dados de alta donde se valora la evolución del paciente.

C111 /19: PROTOCOLO DE DERIVACIÓN DE PACIENTES CON ASMA ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA. SECTOR SANITARIO ZARAGOZA II

Primer autor: *Elisabet Vera Solsona*

Coautores: *María Teresa Martín Carpi, Elisa Mincholé Lapuente, María Ángeles Gotor Lázaro, Andrés Sánchez Barón, María Carmen Gallego Bermejo, Juan Antonio Domingo Morera Salvador Bello Dronda*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Introducción: El Asma es una enfermedad crónica prevalente, afecta a 3 millones de personas en España (5% en adultos y 10% en niños). En España, los costes se cifran en el 2% del gasto sanitario, el 70% se atribuyen a un mal control y un 30% de pacientes diagnosticados de asma, no lo son. Es necesario realizar un diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuados, sobre todo los que presentan un Asma Grave y de Control Difícil sobre los que recae el mayor consumo de recursos sanitarios.

Objetivos: Desde las Sociedad de Neumología, Alergología y AP se elabora un protocolo con los objetivos: 1) mejorar el cuidado de los pacientes, asegurando calidad asistencial, 2) establecer los recursos y facilitar la gestión de los mismos, 3) Impulsar planes formativos en asma 4) favorecer la colaboración con otras disciplinas clínicas.

Método: A través de la Interconsulta Virtual se quiere desarrollar un conjunto de actuaciones por las que se le presta atención a pacientes con síntomas sugestivos de asma, mecanismos de detección precoz, diagnóstico, clasificación de gravedad, tratamiento ajustado, actividades educativas de automanejo y seguimiento. Todo ello encaminado a asegurar una calidad de vida óptima, garantizar la continuidad asistencial, la coordinación entre los diferentes profesionales.

Resultados: Se analiza los pacientes remitidos a Neumología entre mayo de 2018 y febrero de 2019 describiendo el motivo de interconsulta más frecuentemente preguntado y se detectan las posibles mejoras para futuros proyectos. Se reclutan 1927 ITV, 78% con prioridad normal. 932 a CME Ramón y Cajal y 816 a CME San José. Los motivos más frecuentes fueron revisiones tras ingreso hospitalario, indicación de oxigenoterapia domiciliaria, infecciones respiratorias no resueltas y sospechas de EPOC, Asma y SAHS. El 18% fueron en relación con Asma Bronquial, siendo el motivo más frecuente la duda sobre el diagnóstico (53,31%) seguido de la falta de control de la enfermedad (43,51%).

Lecciones Aprendidas, Conclusiones Y Recomendaciones El asma bronquial es una enfermedad prevalente, sin embargo, su diagnóstico y control todavía no están bien definidos en otros ámbitos fuera de la atención especializada. Por ello, se precisa de herramientas útiles, como los cuestionarios de control de síntomas (ACT), test de adherencia a inhaladores (TAI) y medición de función pulmonar como la espirometría, que permitan tanto a Atención Primaria como Especializada realizar un abordaje conjunto y universal de dicha patología.

C219/19: EVALUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN AL INGRESO EN PACIENTES ANCIANOS POLIMEDICADOS.

Primer autor: *Olga Pereira Blanco*

Coautores: *Ágata Arias Sánchez, María Sevil Puras, Ruth Caballero Asensio, Pilar Casajús Lagranja, Raquel Arrieta Navarro, Maria del Carmen Bueno Castel, Alfonso García Aranda*

Centro: *Hospital Miguel Servet*

Resumen:

Objetivos: Revisar la historia farmacoterapéutica de los pacientes que ingresan en una planta de medicina interna en la que se encuentra la Unidad del Crónico Complejo (UCC), a fin de detectar medicamentos no recomendados o susceptibles de deprescripción en ancianos.

Método: En colaboración entre los facultativos de la UCC y el servicio de farmacia, se elaboró un listado basado en una selección de medicamentos no recomendados (para ellos se utilizaron los criterios STOPP/START, Beers y Priscus) o susceptibles de deprescripción (en este caso se utilizaron los criterios LESS-CHRON) en pacientes ancianos. Al ingreso, se realizó la revisión de la medicación domiciliar de los pacientes de esta planta por parte de los farmacéuticos, se concilió y se analizó de acuerdo con el listado elaborado. Posteriormente se informó a los médicos responsables de los cambios recomendados.

Resultados: Se revisaron 99 pacientes entre febrero y abril de 2019 y se realizó alguna intervención en el 33% (n=33) de ellos, de los cuales el 52% (n=17) estaban incluidos en el Programa del Crónico Complejo del SALUD. La edad media fue de 80,7 años y el 55% (n=18) eran mujeres. La media de fármacos al ingreso fue de 11,0 y al alta de 10,8.

Se realizaron 57 intervenciones: 34 por conciliación de la medicación (aceptadas: 77%, no aceptadas pero justificadas: 21%), 13 por fármacos no recomendados (aceptadas: 62%), 6 por deprescripción (aceptadas: 83%) y 4 por otros motivos. Sobre los fármacos no recomendados, 4 intervenciones se referían a antiespasmódicos urinarios, 4 a benzodiazepinas de acción prolongada y 1 a α -bloqueantes, benzodiazepinas de acción corta, megestrol, nifedipino y zolpidem. Las intervenciones por deprescripción afectaron a estatinas (n=3), alopurinol (n=3) y a la asociación de calcio y vitamina D (n=3).

Respecto a la conciliación de la medicación, se realizaron intervenciones por omisión de un medicamento (n=20), por diferencias en la dosis, la vía o la frecuencia de administración (n=8), por inicio de medicación (n=4) y por equivocación en un medicamento (n=2).

Conclusiones: La colaboración multidisciplinar mejora la adecuación de la prescripción en pacientes de edad avanzada y los criterios seleccionados han sido útiles para la detección del uso de fármacos inadecuados en esta población y favorece la deprescripción.

C227/19: ERRORES DE MEDICACIÓN. ESTANDARIZACIÓN INFORMÁTICA DE LAS ÓRDENES DE TRATAMIENTO EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO

Primer autor: *Cristina Bardella Gil*

Coautores: *Lucía Aznar Gracia, Laura Andrés Zallo, Leire Arlabán Carpintero, Raquel Subirón Ortego, Ana Sangrós Giménez, Carmen Campos Calleja, Virginia Gómez Barrena*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Introducción: Los errores de medicación son la principal causa de problemas de seguridad en pacientes hospitalizados. La prescripción manual puede generar órdenes incompletas, ambiguas, ilegibles o incorrectas que dificultan la interpretación por parte del resto del personal sanitario. Con el objetivo de mejorar la seguridad en los pacientes ingresados, desde urgencias de pediatría, se propone implantar la prescripción informatizada de las órdenes de tratamiento.

Metodología: Se realizaron hojas de tratamiento estandarizadas en formato Excel para varios grupos de patologías: bronquiolitis, bronquitis, neumonía, fiebre sin foco e infección del tracto urinario. Dichas hojas se elaboraron conforme a los protocolos actualizados de nuestro centro. Incluían listas desplegadas para seleccionar el fármaco y la dosis más adecuados para la edad del paciente. Las dosis se calculaban de forma automática según el peso y la posología seleccionada (limitando las dosis máximas y mínimas). De la misma forma se calculaban las perfusiones intravenosas (según Holliday). Se realizó una sesión informativa al servicio sobre el nuevo sistema previo a la implantación y posteriormente se realizó una encuesta anónima al personal sanitario (medicina y enfermería) para medir el grado de satisfacción.

Resultados: A las 6 semanas de haber implantado la nueva prescripción se repartieron las encuestas de satisfacción, recogándose un total de 48 encuestas. El 87% opinaba que las nuevas hojas podrían evitar errores de dosificación, el 89% creía que facilitaban el trabajo y un 95% que clarificaba el tratamiento. Entre las opiniones más repetidas se encontraba el deseo de generalizar este nuevo sistema a otras patologías y demandaba una mayor accesibilidad desde el programa informático de urgencias. Pese a la gran aceptación, también hubo opiniones en contra como que generalizar las órdenes de tratamiento según patología podía conducir a errores o que los MIRes no ponían tanta atención en la prescripción.

Conclusiones: La prescripción informatizada es el método más seguro para evitar errores de medicación en los pacientes hospitalizados, proporcionando un tratamiento acorde a los protocolos. El nuevo sistema propuesto cuenta con alta aceptación sin embargo no dispone de sistemas de alarma para efectos adversos o interacciones y carece de un soporte electrónico común para médicos y enfermería. Las dificultades a superar son el elevado coste y el consumo de recursos humanos y tecnológicos que suponen la inclusión de este nuevo sistema

C267/19 ¿QUÉ INFLUYE Y CUÁL ES EL PRONÓSTICO VITAL AL AÑO DE LOS PACIENTES QUE HAN INGRESADO EN UN SERVICIO DE GERIATRÍA?

Primer autor: *Hanish Vashi Dularamani*

Coautores: *Adriana Narvion Carraquiri, Caterina Soler Frías, Viviana Guerrero Cedeño, Carlota Herrerías Velilla, Raquel María Quílez Pina, Ana Sanjoaquin Romero, José Galindo Ortiz de Landazuri*

Centro: *Hospital Sagrado Corazon de Jesus*

Resumen:

Objetivos: Analizar las características de los pacientes ingresados y mortalidad al año

Metodología: Estudio descriptivo prospectivo. Analizamos características demográficas, clínicas y pronósticas de pacientes ingresados en nuestro servicio un día al azar y mortalidad al año.

Resultados: 57 pacientes. Edad 84 años. 52% mujeres. Remitidos desde urgencias 41%, de otro hospital 51% y de Primaria 5%. Agudos 42%. Vivían en domicilio 69,5% y vuelven a domicilio 62,5%. 30,5% el cuidador era un hijo. 24% no precisaban cuidador. Barthel previo 70, ingreso 20 y alta 40. Pfeiffer 4 errores. MiniMNA 7. Frágil-VIG 0.36 (no frágiles o fragilidad leve 46% y severa 14%). Profund alto 42,4%. Cumplen criterios NECPAL 32,2%. Charlson >3 35,6% Presentaban polimedicación 74%, inmovilidad 63%, incontinencia urinaria 61%, malnutrición 34%, caídas 30,5%, demencia 20%, depresión 17% y úlceras 15%. Exitus intrahospitalario 9%. Exitus año 26,3% Los pacientes remitidos desde urgencias presentaban Profund elevado y cumplían criterios NECPAL significativamente. Los procedentes de Primaria eran más frágiles. La mortalidad al año se relacionó significativamente con mayor edad, peor Barthel tanto previo como al alta, demencia más evolucionada, Profund alto, cumplir criterios NECPAL, venir remitido desde urgencias o desde Primaria. No encontrando relación con frágil-VIG ni con Charlson. La presencia de demencia se relacionó significativamente con mayor fragilidad, Profund alto y cumplir criterios NECPAL. Los niveles de intervención se relacionaron con Profund, Charlson, frágil-VIG y NECPAL Conclusiones: El paciente que ingresa en nuestro servicio ingresa como agudo, procede en su mayoría de otros hospitales, vive en domicilio, el cuidador principal es un hijo. Están polimedicados. A pesar de la edad elevada menos de la séptima parte presentan fragilidad severa pero 1/3 cumplen criterios NECPAL. De las escalas pronosticas analizadas las que mejor se relacionaron con mortalidad al año fueron Profund y NECPAL; no encontrando relación con frágil-VIG ni con Charlson. Por ello recomendamos las primeras y creemos frágil-VIG precisa más estudios. El paciente de mas edad, con demencia, peor situación funcional, que viene remitido desde urgencias o por Primaria; es el perfil con más posibilidades de fallecer a lo largo del año siguiente.

Lecciones: El uso de estas escalas pronosticas es interesante a la hora de establecer una adecuación del esfuerzo terapeutico, pudiendo ser mas eficientes y ayudandonos en la toma de decisiones de final de vida.

C283/19 LA EDUCACIÓN COMO ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA ADHERENCIA EN PACIENTES CON ANTICOAGULACIÓN ORAL

Primer autor: *M^a Carmen López López*

Coautores: *M^a Esther Franco García, Ángeles Pérez Layo, Rosa María Arbiol Latorre, Clara Victoria Esteban Huche, Ana Laura Abad Olmos, José Luis López-Coronado Pérez, Luis Antonio López Gómez*

Centro: *Hospital Nuestra Señora de Gracia*

Resumen:

Este proyecto combina la educación para la salud y la promoción de la salud (empoderar a la población de la salud) mediante la elaboración de 2 trípticos informativos para pacientes/familiares con indicación de tratamiento anticoagulante oral (con fármacos antivitaminas-K y nuevos anticoagulantes “NACOS”).

Objetivo General: Ofrecer información que ayude a dar respuesta a las necesidades básicas de su enfermedad.

Objetivos Específicos:

- Facilitar la autonomía del paciente
- Mejorar la calidad de vida del paciente/familia
- Disminuir las complicaciones relacionadas con su tratamiento anticoagulante
- Otorgar al paciente un papel activo

Metodología. Formación de un grupo de trabajo multidisciplinar (hematólogos, médicos de atención primaria y enfermeras) para determinar las necesidades de los pacientes con tratamiento anticoagulante oral. La elaboración de los trípticos tuvo lugar en 2 fases (inicial y definitivo) con valoración y corrección de los mismos por parte de los pacientes que acudieron a los distintos servicios hospitalarios del Sector I entre Junio-Agosto de 2018. Los pacientes dispusieron de un cuestionario creado para tal fin donde valoraron con una escala Likert (de 1 “nada útil”, 5 “muy útil”) aspectos sobre la información ofrecida. Se les informó que disponían del apartado “sugerencias” para sus propuestas de mejora.

Resultados. Tras desechar los cuestionarios incompletos y previa evaluación de la información, los pacientes destacaron en la valoración inicial aspectos como: tamaño de la letra, erratas de impresión y/o vocabulario. Tras las correcciones, los pacientes valoraron el tríptico final sin realizar sugerencias. Antes de su distribución, presentamos el material en el HNSG de Zaragoza mediante sesión clínica. Cumplimentación del calendario: 8 reuniones/ 6 previstas (cumplido) Elaboración del documento: nº trípticos realizados=2 (cumplido). Distribución del material: - nº centros hospitalarios / 2 hospitales Sector I; objetivo=1 (no cumplido) - nº servicios; objetivo ≥ 10 Consulta Hematología HNSG, Planta de Geriátría del HNSG, Consulta de Cataratas-Oftalmología del HNSG (no cumplido). Escalas cumplimentadas; objetivo ≥ 100 en anticoagulación con anti-vitamina K (cumplido) y ≥ 50 en nuevos anticoagulantes orales (no cumplido). Valoración del documento: obtener \geq igual 75% de respuestas 4 o 5 (cumplido).

Conclusiones. La implicación del paciente en aspectos relacionados con su salud, facilita notablemente el adecuado seguimiento del tratamiento.

C286/19 RECOMENDACIONES PARA LA PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA (ETEV)

Primer autor: *M^a Esther Franco García*

Coautores: *Ana Laura Abad Olmos, M^a Carmen López López, Ángeles Pérez Layo, José Luis López-Coronado Pérez, Vicente Carrasco Baraja, Juan José Moneva Jordán, Luis Antonio López Gómez*

Centro: *Hospital Nuestra Señora de Gracia*

Resumen:

Es pacientes con enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) la valoración del contexto familiar, especialmente en parientes de primer grado, es de gran importancia aunque no se valora suficientemente. En casos de historia familiar significativa es importante realizar profilaxis de ETEV aunque el estudio resulte negativo.

Objetivo principal: Concienciar al paciente y a sus médicos de la importancia de realizar profilaxis de ETEV con HBPM en determinadas situaciones (no siempre relacionadas con la cirugía) en pacientes con historia familiar significativa y/o personal de ETEV (inmovilización, viajes en avión, gestación...).

Objetivos secundarios:

- Ofrecer educación para la salud
- Disminuir las complicaciones relacionadas con su la aparición de ETEV
- Mejorar la calidad de vida del paciente

Metodología. Se han elaborado 2 documentos: hoja tipo informativa y encuesta para que el paciente valore la claridad y utilidad de la información contenida en la misma.

- Distribución del material: ya se ha iniciado la distribución de la hoja informativa y la encuesta de valoración desde la Consulta de Hematología de los 2 hospitales del Sector I (HRV y HNSG). Se ha repartido este material a un total de 53 pacientes.

Resultados. Se repartieron los documentos elaborados a un total de 53 pacientes (sólo 23 pacientes han devuelto la encuesta de valoración cumplimentada).

De las 23 encuestas de valoración recibidas: resultado de 3 en 1; resultado de 4 en 9; resultado de 5 en 13 de las encuestas.

Indicadores:

Cumplimentación del calendario: nº reuniones realizadas 6/ nº reuniones previstas 6 = 100%; (conseguido)

- Elaboración de documentos: nº documentos elaborados 2/ nº documentos elaborados previstos 2 = 1; (conseguido)

- Distribución del material:

* Nº centros hospitalarios del Sector en los que se han distribuido los documentos 2 / 2 hospitales Sector I = 1; (conseguido)

* Cuestionarios de Likert cumplimentados: 23 obtenidos/50 teóricos previstos; (objetivo no conseguido).

Valoración del documento por los pacientes: nº encuestas con valoración 4 ó 5 = 22 (22/23 cumplimentadas); (conseguido)

Conclusiones. Prevenir la aparición de la ETEV en los pacientes de riesgo comienza por hacer a este grupo de pacientes conocedores de su situación y darles pautas sencillas que puedan seguir; además un documento como esta hoja informativa sobre profilaxis la pueden hacer llegar a sus médicos cuando tengan que consultar por cualquier motivo.

C303/19 IMPLANTACIÓN DE LA ENCUESTA IPSS COMO TEST DE ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO. FARMACOLÓGICO DE HBP EN ATENCIÓN PRIMARIA

Primer autor: *Olga Ruiz Sannikova*

Coautores: *María Teresa Vicente Aldea, Sara Arquillue Varona, Pilar Moya Pérez, María Plumed Tejero*

Centro: *Centro de Salud La Almozara*

Resumen:

Objetivos Del Proyecto.:

- Adecuación del protocolo de hipertrofia benigna de prostata (HBP) del Sector II a Atención Primaria (AP) . Aplicación cuestionario IPSS.
- Racionalizar el gasto farmacéutico en pacientes con HBP, al retirar tratamientos ineficaces .
- Conocer la presencia de efectos secundarios y posibles interacciones farmacológicas.

Método: Se realizó captación de pacientes varones con clínica compatible con HBP a los que se aplica cuestionario IPSS (autocumplimentado o realizado por personal sanitario) en las consultas de AP. Según los resultados del cuestionario, se planteó instauración del tratamiento farmacológico, realizando una segunda encuesta IPSS a los 3 meses del inicio de tratamiento en los casos que lo precisaron. Se elaboró una plantilla EXCELL con los siguientes datos : el nombre el paciente, edad, médico responsable, respuesta 1ª encuesta IPSS y fecha, tratamiento prescrito (si era preciso), respuesta 2ª encuesta IPSS y fecha, efectos secundarios, mejoría clínica y abandonos.

Resultados

- Pacientes con puntuación IPSS > 8 / nº total encuestas :27 /96 x100
- Nº con mejoría IPSS/nº pacientes con puntuación >8 : 17 /27 x100
- Nº sin mejoría IPSS/ nº pacientes con puntuación >8: 4 /27 x100
- Tasa de abandonos por efectos secundarios /nº total de pacientes tratados : 6/27 x100

Conclusiones: Los abandonos de tratamientos iniciados ha sido del 22,2% (6/27), que se ha producido principalmente por efectos secundarios de los alfa bloqueantes (hipotensión, eyaculación retrograda, congestión nasal) . Globalmente se ha producido una mejoría en el IPSS en el 62,96 % (17/27) de los pacientes tratados .La tasa de tratamientos innecesarios ha sido de 14,8% (4/27).Se puede llegar a la conclusión de que la encuesta IPSS es una herramienta útil y de sencilla aplicación para valorar el inicio de tratamiento en pacientes sintomáticos con HBP, y para valorar la necesidad de continuar o no con el tratamiento si detectamos una ausencia de mejoría.

C305/19 ESTUDIO DE EFECTIVIDAD VACUNAL AL INICIO DE LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

Primer autor: *Ignacio Ezpeleta Ascaso*

Coautores: *Noelia Terren Marco, Concepción Aisa Alastuey, Paula Garcés Fuertes, María Teresa Iguacle Acín, Sabrina Gil Navarro*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Objetivos:

- Conocer la efectividad y cobertura de la vacuna triple vírica y Hepatitis B.
- Conocer el estado inmunitario contra la varicela en la promoción de personal sanitario en formación 2017 en el sector Zaragoza II.

Métodos: estudio descriptivo; con motivo del reconocimiento de incorporación y de acuerdo con el marco normativo establecido por el Real Decreto 664/1997 sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo y las recomendaciones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud recogidas en el documento “ Vacunación en trabajadores sanitarios”, aprobado en abril de 2017; determinar el estado inmunitario mediante la realización de serologías posvacunales de hepatitis B, sarampión , rubeola , parotiditis . Investigación del estado inmunitario respecto a la varicela

Resultados: Se realizaron 110 reconocimientos de incorporación con sus correspondientes serologías. Un 23,6% de la muestra tenía serología posvacunal negativa de hepatitis B (AntiHbs<10mU/mL). Respecto a los agentes biológicos presentes en la vacuna triple vírica resultaron ser negativas el 8,18% de sarampión, 5,4% de rubeola y 8,18% de parotiditis. En el caso de la varicela, un 5,4% de la muestra tenía susceptibilidad de padecer la enfermedad al resultar la inmunoglobulina G negativa .

Conclusiones: Entre 1992 a1996 se introdujo en España la vacunación frente a hepatitis B en recién nacidos y lactantes. Se estima que la vacuna tiene una efectividad con tres dosis del 90%. Estudios en España, en Madrid y País Vasco, describen seroprevalencias bajas en <30 años y algunos estudios han encontrado que las concentraciones de anticuerpos protectores se reducen en la mitad de los casos, de 5 a 15 años después de la vacunación. Estos datos podrían explicar los resultados obtenidos (AntiHbs negativo 23,6%) pues la muestra es mayoritariamente menor de treinta años y población autóctona. En estos casos desde el ámbito de prevención de riesgos laborales procede la revacunación y serología posvacunal. En el caso de los agentes biológicos presentes en la triple vírica, los estudios realizados en España demuestran seroprevalencias altas en población adulta, en torno al 95%. En la muestra los resultados obtenidos son ligeramente inferiores, si bien existen protocolos que de acuerdo con el documento de “Vacunación de profesionales sanitarios” de 2017 considera inmunes a los trabajadores que tengan dos dosis de triple vírica

COMUNICACIONES MESA 19

Sala de Exámenes (Planta 2ª)

Moderadora: Marisol Corbacho Malo

Código	Título	Autor	Centro
C015/19	RESULTADOS DEL CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL EN UNA POBLACIÓN RURAL DE ARAGÓN: PORCENTAJE DE COBERTURA POBLACIONAL	José Manuel Cucalon Arenal	Centro De Salud Alfajarín
C026/19	EXPERIENCIA DE TERAPIA GRUPAL PARA PACIENTES EN EL PROCESO DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA	Juan Manuel Bernad Polo	Hospital Royo Villanova
C045/19	CONTINUANDO LA IMPLEMENTACIÓN DE ECOGRAFÍA CLÍNICA EN EL CENTRO DE SALUD PIRINEOS	José María Castillo Olivera	Centro De Salud Pirineos
C053/19	CAMBIO EN EL PARADIGMA DE LA ANTICOAGULACIÓN ORAL. ¿YA NO HACEN FALTA CONTROLES?	África García Roy	Centro De Salud Las Fuentes Norte
C065/19	DERIVACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA PARA DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO POR CONSULTA INTERVIRTUAL	Mª Teresa Martín Carpi	Hospital Universitario Miguel Servet
C0125/19	EXPLORACIÓN ECOGRÁFICA EXTRAHOSPITALARIA EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO. Técnica de ECOFAST	Raquel Sánchez Pasamón	Centro De Salud Torrero - La Paz
C0154/19	MEJORA DE LA EXPLORACIÓN Y REGISTRO DEL PIE DIABETICO EN CONSULTA DE ENFERMERIA DEL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ	Laura Sender Alegre	Centro De Salud De Alcañiz
C0195/19	PUESTA EN MARCHA Y ADECUACIÓN DE UNA CONSULTA DE CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA.	Alejandro Monge Illanes	Centro De Salud Teruel Ensanche
C0203/19	ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGÓN	Alberto Royo Villa	Centro De Salud Alhama De Aragón
C0222/19	IMPLANTACIÓN DEL SERVICIO DE TELEDERMATOLOGÍA EN EL EAP SABIÑÁN (SECTOR CALATAYUD)	Joaquín Merino Laborda	EAP Sabiñán
C0242/19	INSTAURACION E INTEGRACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE ECOGRAFIA EN LAS CONSULTAS DE ATENCION PRIMARIA.	Ruth Rubio Cavero	Centro De Salud Casetas

CO15/19: RESULTADOS DEL CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL EN UNA POBLACIÓN RURAL DE ARAGÓN: PORCENTAJE DE COBERTURA POBLACIONAL

Primer autor: *José Manuel Cucalón Arenal*

Coautores: *Raquel Burillo Salvador, Leonor Pérez Zarza, Ana Isabel Cabrero Cabornero, José Luis Bernad Martín, Alfredo Bellod, Dolores Asarta Muñoz Aurelio García Lobera*

Centro: *Centro de Salud Alfajarín*

Resumen:

El cáncer colorrectal (CCR) supone un reto en la medicina actual al ser el primer cáncer en ambos sexos, el segundo en mujeres y el tercero en hombres en cuanto a frecuencia en nuestro país. Además, cuenta con posibilidades de cribado de la población ya ampliamente utilizados validados y contrastados con una enorme aceptación por los usuarios. No en vano es el cáncer con más alta tasa de curación. El programa de cribado poblacional es aquel que se ofrece activamente a toda la población diana, de manera sistemática y dentro de un marco reglado de política sanitaria de salud pública, protocolizada y con una adecuada evaluación continua de la calidad y los resultados, garantizando los principios de eficiencia y equidad. Para que el programa de cribado alcance sus objetivos y resulte coste-efectivo es esencial que tenga una aceptación elevada entre la población, de manera que asegure una adecuada participación. La cobertura poblacional es un aspecto clave para el éxito del programa. Una baja participación, en cambio, lo desaconsejaría.

Objetivo: El Gobierno de Aragón pone en marcha este programa preventivo mediante el envío de una carta de invitación a la participación a todos los ciudadanos que cumplen criterios de inclusión. Nuestra labor como equipo sanitario local es dar a conocer el programa mediante su difusión por diferentes medios y el control y seguimiento del mismo para obtener los mejores resultados de participación poblacional.

Material y Métodos: Se analiza la tasa de participación (cobertura) en una localidad rural aragonesa y se compara con otros resultados de CCAA. Se describe el método de difusión entre la población local y la estrategia de acción del equipo sanitario local (médico y enfermera).

Resultados: Tras la revisión del porcentaje de participación en las CCAA que ya han realizado el programa de CCR, se observa que en el mejor de los resultados se obtiene entre un 40 y un 60% de personas incluidas. Nosotros, mediante una estrategia fácil de llevar a la práctica en el medio rural conseguimos porcentajes superiores al 90%.

Conclusiones: Se demuestra la importancia de la optimización de recursos en el desarrollo de este tipo de programas preventivos, así como la implicación del equipo sanitario local, más aún en el medio rural, que consiga porcentajes de participación muy altos que mejoran la eficacia y eficiencia de estos programas.

CO26/19: EXPERIENCIA DE TERAPIA GRUPAL PARA PACIENTES EN EL PROCESO DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Primer autor: *Juan Manuel Bernad Polo*

Coautores: *María Encarnación Lasheras López, Silvia Margolles Garetta, Miguel Martínez Roig*

Centro: *Hospital Royo Villanova*

Resumen:

Objetivos:

- 1.- Exponer el proyecto de experiencia de terapia grupal para pacientes en proceso de cirugía bariátrica (CB) iniciada en el HRV.
- 2.- Comunicar valoración inicial de los participantes y primeros resultados.

Material y Métodos: Se expone el proyecto de calidad 2019_0267 (Acuerdos de Gestión) y se analizan variables de los participantes en las primeras sesiones de terapia. Se incluye el análisis inicial de los terapeutas tras la realización de 4 sesiones de las 13 planteadas.

Resultados: El grupo lo componen 9 personas (7 mujeres y 2 hombres) entre 37 y 63 años: 3 pacientes que no se han operado todavía de CB, 3 pacientes operados hace años de CB pero con dificultades serias. Se han incluido 3 pacientes con patología intestinal no relacionada con CB. Se aprecian características psicológicas comunes de baja autoestima y baja autosuficiencia emocional. En fase de formación del grupo se aprecian resistencias al trabajo psicológico.

Conclusiones: El objetivo de pacientes y psicoterapeutas puede diferir. Habría que ofrecer unas sesiones psicoeducativas diferenciadas de las propias de un grupo orientado al trabajo psicológico más profundo. La evolución del grupo en la cuarta sesión es acorde con lo esperado en este tipo de terapia grupal.

C045/19: CONTINUANDO LA IMPLEMENTACIÓN DE ECOGRAFÍA CLÍNICA EN EL CENTRO DE SALUD PIRINEOS

Primer autor: *José María Castillo Olivera*

Coautores: *Ana Isabel Aller Blanco*

Centro: *Centro de Salud Pirineos*

Resumen:

Objetivos: Seguir implementado la ecografía clínica en el Centro de Salud Pirineos: buscando la concordancia y la utilidad clínica.

Metodología: El proyecto es continuación iniciado en 2016. Además del responsable del proyecto se han formado tres médicos más del EAP. Dicha formación se ha completado con la participación en el Foro del espacio "ECOGRAFÍA EN AP (POCCUS)". El coordinador del proyecto ha dado dos sesiones clínicas en el Centro de Salud, una teórica y otra práctica, asistiendo a dichas sesiones los MIR de 4ª año de MF y Comunitaria que ya participan de forma cotidiana con los médicos de centro que realizan ecografías.

Resultados: El número total de ecografías clínicas realizadas fue de 269 que se distribuyeron de la siguiente forma: 83 abdominales; 61 músculo esqueléticas; 59 renourológicas; 54 de tiroides; 5 vasculares y 4 de partes blandas. El número total de pacientes a los que se ha realizado ecografía es de 256. Se han encontrado hallazgos con sospecha de patología en 188 de las ecografías realizadas y 81 de ellas han sido dadas como normales. El responsable del proyecto calculó la concordancia a los 101 paciente a los que realizó la ecografía clínica, con un total de 160 ecografías: 52 abdominales; 46 renourológicas; 17 de tiroides; 38 musculo esqueléticas; 5 vasculares y 2 de partes blandas. De las 160 ecografías se ha obtenido posible patología en 27 abdominales; 26 renourológicas; 9 en tiroides; 20 en musculo esquelética; 2 en vascular y 1 en partes blandas que suponen un total de 85 (53,12%) siendo el resto normales. Fueron derivadas a especializada que encontró patología en 82 de ellas. El índice de concordancia es de 0,92. Se han subido 24 casos clínicos al foro des espacio "ECOGRAFÍA EN AP (POCCUS)".

Conclusiones: La ecografía clínica es de gran utilidad en AP, pues si la concordancia con especializada sigue siendo buena, algunos casos pueden derivarse al especialista correspondiente y si no hay patología no se realizan derivaciones innecesarias.

Si seguimos mejorando en nuestra formación y continuamos en esta línea el proyecto puede pasar a ser parte de la oferta del Centro de Salud a su población, acorde con la literatura y las diversas sociedades científicas en AP que están apoyando la implantación de esta técnica diagnóstica.

La satisfacción de los usuarios, aunque no ha sido cuantificada objetivamente la consideramos buena pues todos se prestan a esta exploración y no ha habido quejas al respecto.

C053/19: CAMBIO EN EL PARADIGMA DE LA ANTICOAGULACIÓN ORAL. ¿YA NO HACEN FALTA CONTROLES?

Primer autor: *Africa García Roy*

Coautores: *Laura Tejada De Los Santos, Blanca Urdin Muñoz, Pilar Oriol Torón, Javier Rodríguez García*

Centro: *Centro de Salud Las Fuentes Norte*

Resumen:

Tras la concienciación de Atención Primaria (AP) sobre su responsabilidad de garantizar la anticoagulación oral con la alternativa más óptima a todo paciente subsidiario, surge la necesidad de respaldar al profesional con protocolos que orienten su actividad diaria de forma sencilla y segura. Con este objetivo desarrollamos en nuestro centro de salud (CS) un protocolo según recomendaciones de las sociedades científicas y su implementación fue valorada en el presente estudio ZAR-ACOD. Objetivos: Evaluar el manejo de los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales directos (ACOD) por AP.

Método: Estudio observacional prospectivo, con datos extraídos de Historia Clínica (HC), de los 102 pacientes en tratamiento con ACOD del estudio ACO-ZAR II sobre optimización de ACO en AP, tras implementación del Protocolo de Manejo de ACOD en el CS Las Fuentes Norte desde junio de 2017. Consideramos la puesta en marcha del protocolo por existencia de episodio de tratamiento con ACOD. Las comorbilidades se definieron por existencia de episodio abierto mediante codificación internacional en AP. Se consideró existencia de tipificación válida de función renal, ante determinación de estimación de Filtrado glomerular, eFG (ml/min/1,73 m²) en el último año. Como controles de enfermería se admitieron todas sus reseñas colgadas en el episodio de tratamiento con ACOD durante el último año. Para la evaluación de la frecuencia de actividad médica, se consideraron los controles analíticos que incluyeran función renal, recogidos en HC electrónica en el último año de visado de inspección, según el criterio especificado en el protocolo. El análisis de resultados se realizó en diciembre de 2018 mediante SPSS 2015.

Resultados: Episodio específico de tratamiento con ACOD en el 34,1%. Respecto al seguimiento de enfermería, en el 90,1% no existe ninguna consulta específica y en los que tienen alguna no se alcanza la frecuencia recomendada de una valoración cada 1,5-2 meses. Respecto al seguimiento por medicina, en lo referente a controles analíticos, es inadecuado en el 60,7% por edad >75 años, en el 62% por comorbilidad asociada y hasta en un 75% por función renal alterada (100% en la ERC G4).

Conclusiones: Respecto a la gestión de ACOD, la formación del profesional sanitario y elaboración de Guías de manejo son insuficientes para conseguir un seguimiento adecuado. Esto nos hace reflexionar sobre la necesidad de apoyos técnicos a la protocolización, como la modificación del soporte informático, con propuesta ya en marcha

C065/19: DERIVACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA PARA DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO POR CONSULTA INTERVIRTUAL.

Primer autor: *M^a Teresa Martín Carpi*

Coautores: *Elisabet Vera Solsona, M^a Ángeles Gotor Lázaro, Elisa Mincholé Lapuente, Andrés Sánchez Barón, Jesús Arribas Barcelona, M^a Carmen Gallego Bermejo, Salvador Bello Drona*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

El síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS) es un problema de salud pública: altamente prevalente con repercusión en la calidad de vida.

Hay que hacer frente al problema del infradiagnóstico y al derivado de las listas de espera para el mismo. El papel del médico de atención primaria (MAP) es primordial para identificar los casos sospechosos y con mayor severidad.

Con ocasión de la implementación en el Sector II de Zaragoza de la Interconsulta Virtual (ITV), como herramienta de gestión de procesos entre AP y Especializada, nace este proyecto para aumentar la eficiencia y calidad de diagnóstico y tratamiento entre ambos niveles asistenciales. El primer paso es el análisis de la situación. Desde mayo de 2018 hasta febrero de 2019, se han realizado 1927 ITV al Servicio de Neumología, 78% con carácter normal y con una media de respuesta de 2 días.

Respecto a SAHS, se han solicitado 464 consultas, el 24% del total. 166 pacientes han sido derivados al CME S.J. y 249 a CME RyC. El resto a HUMS. La distribución por sexos es de 134 (29%) mujeres y 330 hombres (71%).

Los motivos de derivación de estos pacientes se agrupan en tres categorías.

1. Control de pacientes ya diagnosticados: 106 (23%): 69 pacientes para control clínico y renovación de CPAP, 13 pacientes por intolerancia, 6 por empeoramiento clínico a pesar de CPAP y 14 también por empeoramiento sin tratamiento. A destacar también la Renovación del Permiso de Conducción, 4 pacientes.
2. Para el diagnóstico de SAHS: 322 (69%). En todos ellos figura la descripción de síntomas: ronquido y/o somnolencia/cefalea matutina y/o pausas de apnea. Sin embargo, solamente 19 presentan datos antropométricos y/o IMC y/o cuestionario de Somnolencia Epworth o STOP-Bang y/o exploración de vía aérea: Mallampati. 9 se remiten por actividad laboral de riesgo, fundamentalmente conducción y 2 por no figurar la solicitud previa en lista o buzones. 9 son remitidos por recomendación desde Cardiología y 4 por HTA de difícil control.
3. Para iniciar tratamiento: 36 (8%) pacientes por haberse diagnosticado en otro centro.

Conclusiones: La demanda para estudio, tratamiento y control de SAHS es creciente desde AP, la cuarta parte de las solicitudes. Existe alta sospecha diagnóstica en relación a la sintomatología. Sin embargo, las peticiones no están sistematizadas dificultando la priorización. El proceso de mejora asistencial se debe implementar de forma progresiva.

C125/19: EXPLORACIÓN ECOGRÁFICA EXTRAHOSPITALARIA EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO. Técnica de ECOFAST

Primer autor: Raquel Sánchez Pasamón

Coautores: Laura Sanz Martínez, Javier Zamora Landa

Centro: Centro de Salud Torrero - La Paz

Resumen:

Objetivos: Dar a conocer en qué consiste la técnica EcoFAST y su utilidad en los servicios de urgencia.

Método: Revisión bibliográfica de técnica y avances.

Resultados: La ecografía es un procedimiento sencillo de diagnóstico no invasivo en la que gracias a un transductor las ondas sonoras de alta frecuencia se transmiten hacia un área determinada del cuerpo y se recibe su eco. El transductor recoge el eco de las ondas sonoras y una computadora convierte este eco en imágenes que aparecen en la pantalla. No usa radiación. El uso de ecografía en el contexto de pacientes politraumatizados se originó en Europa enfocado a evaluar pacientes con trauma abdominal cerrado, buscando lesiones que en las horas siguientes pudieran complicarse y que por ello requerían una observación más estricta. Durante los últimos 30 años la ecografía de urgencia se ha validado y masificado, llegando incluso a los servicios de urgencias extrahospitalarios, conocida como EcoFAST. La técnica de ECOFAST consiste en una exploración, centrada en 4 puntos (ampliables). El principal objetivo es determinar inmediatamente si el shock es atribuible a hemoperitoneo, hemopericardio o hemo/neumotórax. También podrían verse lesiones viscerales.

Los cuatro puntos a explorar son:

- Epigastrio: Para descartar, fundamentalmente, el hemopericardio.
- Cuadrante superior derecho: Para descartar, fundamentalmente, el derrame pleural (hemotórax derecho) y la presencia de líquido perihepático (receso hepatorenal: Morrison).
- Cuadrante superior izquierdo: Para descartar, fundamentalmente, el derrame pleural (hemotórax izquierdo) y la presencia de líquido en el receso esplenoarenal (subfrénico).
- Pelvis: Para descartar fundamentalmente sangre en la zona pélvica (fondo de saco de Douglas).

Conclusiones: Este procedimiento es de especial importancia en la valoración del paciente politraumatizado como medio de diagnóstico rápido (unos 3 a 5 minutos), a realizar simultáneamente al resto de la exploración secundaria. La presencia de líquido libre abdominal, hemotórax, neumotórax o derrame pericárdico es información necesaria para acelerar el tratamiento quirúrgico o técnicas de emergencia en la atención de dichos pacientes. A pesar de que su ausencia no descarta hallazgos posteriores, nos ayuda a ganar tiempo en la actuación de este tipo de pacientes orientándonos desde el inicio en su diagnóstico tiempo dependiente.

C154 /19: MEJORA DE LA EXPLORACIÓN Y REGISTRO DEL PIE DIABETICO EN CONSULTA DE ENFERMERIA DEL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

Primer autor: *Laura Sender Alegre*

Coautores:

Marta Aguilar Julián, Isabel Castellano Juste, María Ángel Lahuerta Escolano, Sheila María Naya Puerto, Arantxa Sales Buj, Elena Soldevilla Jimeno, Miriam Sorribas Martí

Centro: *Centro De Salud De Alcañiz*

Resumen:

Tras el análisis de los indicadores de Revisión y Riesgo del Pie diabético (PD) del C.S. Alcañiz en 2017, con resultados de baja cobertura, se decide desde el equipo de enfermería, iniciar un proyecto de Mejora dada la importancia de la revisión y educación del cuidado del pie del paciente diabético; es medida costo-efectiva de prevención de lesiones y amputaciones. Una buena protocolización de la asistencia del paciente diabético, junto a una correcta educación en el campo de los autocuidados, pueden disminuir hasta en un 50% las amputaciones.

Objetivo General: Mejorar la cobertura del indicador de la Revisión del PD.

Objetivos Específicos: Detectar los errores de registro para poder subsanarlos. Revisar la metodología de la exploración del PD. Concienciar a los pacientes DM de la importancia del autocuidado.

Métodos: Constitución del grupo de mejora. Monitorización de la variable Revisión del Pie diabético (PD) del C.S. Alcañiz en el momento de inicio. Coordinación del grupo con Directivos y Atención especializada. Formación al equipo de enfermería habitual y de nueva incorporación en: cuadro de mandos (CM) de DM y en exploración y registro del PD. Captación activa de pacientes DM a consulta de enfermería. Derivación a consulta de especializada de PD en caso de PD Alto Riesgo. Evaluación trimestral de la evolución de los datos, según CM con feedback en el equipo.

Resultados: Fuente de datos: OMI-AP y CM de DM. Revisión PD en Junio 2018: 47,20%. Revisión PD en Octubre 2018: 52,92%. Revisión PD en Enero 2019: 55,02%. Mejora relativa % alcanzado: 7,82% Quedando un 3% por encima del conjunto del Sector Alcañiz 52%, y un 20% por encima de la media del conjunto de Aragón 35% En todas las sesiones/reuniones ha asistido el 80% del equipo de enfermería del Centro, con lo que se ha mejorado la formación en la atención al PD en la consulta de enfermería.

Conclusiones: La implementación del proyecto ha demostrado una mejora del indicador de Revisión del pie diabético del C.S. Alcañiz, observándose un aumento subjetivo en la satisfacción y formación en la materia del personal de enfermería; apreciándose una mayor concienciación del paciente diabético en su autocuidado. Dado los buenos resultados obtenidos y la implicación de los profesionales de enfermería, se sigue la misma dinámica y metodología de trabajo.

C195/19: PUESTA EN MARCHA Y ADECUACIÓN DE UNA CONSULTA DE CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Primer autor: *Alejandro Monge Illanes*

Coautores: *Juan Antonio Zorraquino Lozano, María José Fernández Arredondo, María Asunción Escudero García, Sandra Jiménez García, Joan Izquierdo Alabau*

Centro: Centro de Salud Teruel Ensanche

Resumen:

Objetivo:

Implantación y desarrollo de una consulta de Cirugía Menor en Atención Primaria.

Método y resultados:

En noviembre de 2018 se inició la Consulta monográfica de Cirugía Menor en el Centro de Salud. Recursos humanos como materiales. Se habilita una sala en el Centro de Salud para poder intervenir. Se programa una agenda específica programando intervenciones quirúrgicas un día a la semana. Dos Médicos de Familia y dos Enfermeras son los componentes del Equipo.

Programación de una intervención:

- Todos los médicos del Centro pueden solicitar valoración de Cirugía Menor; por medio de volante que el paciente deja en el mostrador de admisión.
- Se crea una Agenda específica de Cirugía Menor. El administrativo cita al paciente para valorar la pertinencia de la intervención. Si se considera viable se programa según agenda. Se realiza una anamnesis preoperatoria completa.
- Se entrega información del procedimiento y del Modelo de Consentimiento Informado, completando de forma verbal en cada caso para la toma de decisión. Si se considera patología no susceptible de tratar en Atención Primaria se deriva a Consulta Especializada del Hospital.
- Realización del procedimiento quirúrgico.
- Información del plan de cuidados postoperatorios.
- Cumplimentación de los datos de la intervención realizada. Se realiza en el Apartado Cirugía Menor de la Aplicación OMI-AP. Además, se cumplimenta hoja Excell de Registro de intervenciones, que es común para todo el equipo (constan datos de los profesionales, del paciente, fecha, incidencias intraoperatorias, muestra para Anatomía Patológica, etc).
- Para los casos que lo precisen existe hoja específica para remitir con la muestra al Servicio de Anatomía Patológica del Hospital, cumpliendo normas establecidas en el protocolo de recogida y envío de muestras. El resultado del análisis lo pueden consultar al Médico de Atención Primaria, y en todo caso el Servicio de Cirugía Menor revisa los resultados.
- Mantenimiento de la Sala de Intervención e instrumental de Cirugía Menor. Tras la intervención se procederá a la limpieza de la sala, reponiéndose todo el material utilizado. El instrumental se limpiará y esteriliza según protocolo.
- Durante el periodo de funcionamiento de la Consulta se han realizado 125 intervenciones quirúrgicas.
- Se procederá a evaluar el grado de satisfacción del Servicio.

Conclusión:

La implantación y el adecuado funcionamiento de una Consulta de Cirugía Menor es posible en el ámbito de la Atención Primaria.

C203/19: ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGÓN

Primer autor: *Alberto Royo Villa*

Coautores: *Luis Tabuenca Ferrer, M^a Mar Juste Seral, Fernando Soriano Banzo, Teresa Pérez-Caballero Sánchez, M^a Pilar Pardo Hernández, Emmanuel Funes Navarro, Rosa Judez Joven*

Centro: *Alhama de Aragón*

Resumen:

Objetivos: Según el estudio EPISCAN (2007), la prevalencia de EPOC en España en la población de 40-80 años es del 10,2%. En nuestra ZBS, a fecha 31/12/2017 tan solo del 4,01%. El objetivo general de este proyecto es aumentar la prevalencia de EPOC en nuestra ZBS y como objetivos específicos: conseguir que los pacientes EPOC tengan una espirometría realizada en los últimos 2 años. Realizar un screening en la población fumadora (40-79 años) por medio de la técnica del COPD-6. Aumentar el registro de síntomas respiratorios en los pacientes EPOC, y la intervención sobre tabaquismo en los pacientes EPOC y/o fumadores.

Método: Hemos revisado la base de datos de los pacientes con registro EPOC (R95), para detectar la existencia de una espirometría en los últimos 2 años y si no existe, indicar su realización. Para la detección de posibles casos EPOC hemos utilizado el medidor portátil COPD-6, y cuando su cociente ha sido <80%, se ha indicado la realización de una espirometría. En el seguimiento de los pacientes EPOC se ha utilizado el protocolo de Planes Personales-307-EPOC-PC-ADULTO SEGUIMIENTO COMÚN, y para la intervención sobre tabaquismo hemos cumplimentado el protocolo Planes Personales-319-TABACO.

Resultados: La prevalencia EPOC pasó de un 4,01% a un 5,44%. El 78,43% de los pacientes EPOC disponía de una espirometría realizada en los últimos 2 años. Se realizó un COPD-6 a 112 personas, un 41,48% de la población fumadora, con un resultado patológico en el 22,59% de los sujetos. Se aumentó el registro de síntomas respiratorios de un 69,35% a un 91,76% de los pacientes EPOC, y el número de intervenciones sobre tabaquismo en los pacientes fumadores de un 84,14% a un 91,10%.

Conclusiones: La prevalencia EPOC en nuestra ZBS ha aumentado un 1,43%. El 78,43% de los pacientes EPOC disponía de una espirometría realizada en los últimos 2 años. Se ha realizado un screening al 41,48% de la población fumadora, obteniendo un resultado patológico en el 54,45% de los casos. Y se ha aumentado un 22,41% y 6,96%, respectivamente, el registro de síntomas respiratorios y las intervenciones sobre tabaquismo en los pacientes EPOC y/o fumadores.

Lecciones aprendidas: La detección de pacientes EPOC precisa de una búsqueda activa en consulta, el uso de dispositivos tipo COPD-6 puede facilitarnos esta tarea. La mejora en el registro de síntomas nos permite un mejor conocimiento del enfermo y una mayor optimización de su tratamiento. El abandono del hábito tabáquico es el pilar fundamental en la prevención de la patología EPOC.

C222/19: IMPLANTACIÓN DEL SERVICIO DE TELEDERMATOLOGÍA EN EL EAP SABIÑÁN. (SECTOR CALATAYUD).

Primer autor: *Joaquín Merino Laborda*

Coautores: *M^a Luisa Huertas Bados, M^a Dolores Jaso Grau, José Codes Gómez, Lourdes Vicioso Elipe, Marta Méndiz Ortigas*

Centro: *EAP Sabiñán*

Resumen:

Objetivos: Describir el proceso de implantación del servicio de teledermatología en nuestro EAP y analizar los resultados obtenidos.

Método: Estudio descriptivo. Se ha realizado búsqueda activa de casos, revisando las citaciones de la agenda de teledermatología y las historias clínicas correspondientes. Se ha diseñado una base de datos donde se recogen distintos datos para su análisis (número Historia clínica, edad, sexo, tiempo de demora en la respuesta por parte del servicio de dermatología y decisión adoptada).

Resultados: A propuesta de la DAP de nuestro sector se inició de forma piloto en nuestro equipo la implantación de un servicio de teledermatología intentando además buscar sinergias con la consulta monográfica de cirugía menor ya implantada hace años. En el periodo que comprende del 16 de enero (fecha de puesta en marcha) hasta el 20 de mayo, se han realizado un total de 43 consultas en la agenda de teledermatología que han sido derivadas mediante interconsulta virtual al servicio de dermatología de nuestro hospital de referencia (H. Ernest Lluch). En todas ellas se han tomado fotografías mediante el uso de dermatoscopio y colgadas en la Historia Clínica Electrónica para la consulta por parte de dermatología. Todas han sido contestadas en un plazo medio de 2,21 días (rango 1-7 días moda 1 día) De las 43 interconsultas enviadas, en 16 casos han sido citados con carácter normal en la consulta de dermatología para completar el estudio y/o tratamiento. Otros 9 casos han sido citados con carácter preferente. Otros 3 casos se han derivado a nuestra consulta de cirugía menor para realizar la terapia recomendada. En los 15 restantes han sido derivados a su médico de familia con las recomendaciones de tratamiento en caso de que se precisase y pautas de actuación.

Conclusiones: A pesar del escaso intervalo temporal analizado por la reciente implantación del servicio, se evidencia (aunque los datos deberán ser corroborados en un estudio más amplio) Que en algo más del 41 % de los casos se ha evitado a los pacientes un desplazamiento que en ocasiones genera disconfort a los pacientes e incluso podría ser causa de no asistencia y por tanto de infradiagnóstico. Por otro lado, de los casos en los que se ha indicado control en la consulta de dermatología, se ha podido en función de las lesiones analizadas a través de las imágenes adecuar el tipo de citación precisa, bien sea normal o preferente.

C242/19: INSTAURACION E INTEGRACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE ECOGRAFIA EN LAS CONSULTAS DE ATENCION PRIMARIA.

Autor Principal: Ruth Rubio Cavero

Coautores: David Ibáñez Muñoz, María Pilar Marcos Calvo, Belén García Mont

Centro: Centro de Salud Casetas

Resumen

Objetivo: integrar en las consultas del médico de familia la realización de consulta ecográfica con el fin de disminuir la lista de espera. adelantar - descartar diagnósticos y poder así hacer una derivación directa (con diagnóstico hecho al especialista que corresponda) para poder instaurar una terapéutica lo más rápidamente posible. conseguir diagnósticos de urgencia que eviten derivaciones innecesarias a los servicios de urgencias hospitalarias evitando sobrecargas. conseguir aparato de ecografía para nuestro centro. adecuar una consulta del centro tanto a nivel de materiales como de ubicación idónea con conexiones telefónicas adecuadas para las conexiones vía intranet, y poder formar parte del proyecto común con todos los centros de primaria del sector iii. **método:** formar al médico de familia en la técnica ecográfica. para ello se formó a un MAP y a un MAC mediante un curso impartido por radiólogos y MAP, con el fin de asentar conocimientos técnicos sobre ecografía, manejo del aparataje y destreza en su realización. Motivo por el que el curso consto de una parte teórica y otra de aprendizaje con pacientes.

Resultados: se consiguió formar al personal de atención primaria tanto de mañanas como de continuada para poder abarcar las necesidades de la población que atiende nuestro centro que está dando cobertura tanto en horario de mañanas como en horario de continuada. no se consiguió un aparato adecuado sino un modelo de consola obsoleta que no da calidad de imagen, ni funciona la botonería. se consiguió adecuar una consulta con correcta ubicación y material a la espera de conseguir consola ecográfica y poder seguir el proyecto.

Conclusiones: el equipo de primaria muy motivado por las mejoras que podía aportar este nuevo proyecto se formó correctamente y sigue en formación continua ya que esta nueva iniciativa es un proyecto a largo plazo que debería incorporarse en las competencias comunes de formación de los mires de MFYC. el centro se esforzó por adecuar las instalaciones y reubicar consultas. el proyecto sigue en pie a la espera de que la salud nos dote del siguiente lote de ecógrafos general electric f8 solicitados con destino primaria.

Lecciones aprendidas: el personal de primaria siempre tiene ganas de mejorar, de ampliar sus competencias con el fin de ayudar al sistema, pero a veces se ve frenado por la administración, pero eso no merma nuestro empeño y seguiremos haciendo hincapié en ello.

COMUNICACIONES MESA 20

Aula 1 (Planta 1ª)

Moderador: Wafa Ben Cheikh

Código	Título	Autor	Centro
C011/19	BENEFICIOS DEL AMBIENTE TÉRMICO NEUTRO EN EL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO	Natalia Sanz Peña	Hospital Universitario Miguel Servet
C046/19	Taller educativo grupal: "Un bebé que adquiere buenos hábitos alimentarios será un adulto más sano"	Javier Luis Zamora Landa	Centro De Salud Torrero-La Paz
C063/19	OPTIMIZACIÓN DE LA SOLICITUD DE IGE ESPECIFICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SECTOR III	Luis Martínez Lostao	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
C0100/19	INSTRUCCIÓN EN EL RECONOCIMIENTO DE LA ANAFILAXIA Y EN EL USO DE ADRENALINA AUTOINYECTABLE EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA.	Ana Sangrós Giménez	Hospital Infantil Miguel Servet
C0103/19	TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON/SIN HIPERACTIVIDAD AISLADO EN UNA CONSULTA DE NEUROPEDIATRÍA: ESTUDIO TRANSVERSAL	Marta Marín Andrés	Hospital Universitario Miguel Servet
C0104/19	HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA: ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO	Marta Marín Andrés	Hospital Universitario Miguel Servet
C0178/19	ANÁLISIS DE LOS TRASLADOS URGENTES A UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE TERCER NIVEL	Juan Hidalgo Sanz	Hospital Universitario Miguel Servet
C0185/19	¿PODEMOS MEJORAR EN LA INFORMACIÓN QUE LOS PADRES RECIBEN SOBRE LA FIEBRE?	Raquel Subirón Ortego	Hospital Infantil Miguel Servet
C0189/19	REDUCCIÓN DEL TIEMPO DE ESTANCIA EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA TRAS CAMBIO EN EL PROTOCOLO DE REHIDRATACIÓN.	Leire Arlabán Carpintero	Hospital Universitario Miguel Servet
C0239/19	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN ACERCA DEL PASE DIARIO CONJUNTO EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS	María José Sánchez Malo	Hospital Universitario Miguel Servet
C273/19	EVALUACIÓN DE LA EDAD DE LOS RECIÉN NACIDOS EN LA PRIMERA VISITA PEDIÁTRICA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN NUESTRO CENTRO	Gema Monton Blasco	Centro De Salud Torrero La Paz Zaragoza

C011/19: BENEFICIOS DEL AMBIENTE TÉRMICO NEUTRO EN EL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO

Primer autor: *Natalia Sanz Peña*

Coautores: *María José Contreras Sabariego, M^a Ángeles Alcalde Hernández, Janina Figuerola Novell, Patricia García Miguel, Rosa Marina Villellas Muñoz, Patricia Barcenillas Martín-portugués, Luz María Parrón Duran*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen: La necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales adquiere mayor significado cuando la trasladamos al momento del nacimiento. Una vez restablecida la respiración, la regulación térmica constituye el factor más crítico de supervivencia y estabilidad en esta primera etapa de la vida. Siendo el recién nacido pre-término más susceptible al enfriamiento a consecuencia del incremento de pérdidas de calor por su capacidad limitada de aumentar la producción del mismo debido a su inmadurez.

Objetivos:

1. Conseguir un ambiente térmico neutro adecuado para prevenir trastornos de la termorregulación.
2. Mantener al neonato con una temperatura óptima, entre 36,5 – 37,5°C axilar y rectal haciendo uso de los dispositivos disponibles en la unidad.

Material y Métodos: Se elaboraron unas tablas que, según peso, semanas de edad gestacional y días de vida, indicaban las cifras de temperatura y humedad correspondientes a estos criterios. Además del uso de las tablas, se emplearon diferentes técnicas y dispositivos como, por ejemplo: incubadoras de doble pared, uso de cobertores, contenciones, etc. que ayudan a mantener la temperatura corporal y disminuir las pérdidas insensibles de agua, fomentando así la ganancia ponderal y evitando estados de hipotermia.

Resultados: El establecimiento de tablas de temperatura y humedad óptimos, según el peso y edad gestacional durante las primeras semanas de vida del recién nacido, además de un control adecuado de las pérdidas insensibles por agua y unos cuidados de calidad por parte de los profesionales sanitarios dan como resultado, una disminución de la morbi-mortalidad y al mismo tiempo, incrementan la ganancia ponderal en el niño pre-término. Asimismo, se evitan los estados de hipotermia e hipertermia tan perjudiciales en este rango de edad.

Conclusiones: Implantando un ambiente térmico óptimo durante las primeras semanas de vida del recién nacido a término enfermo y del recién nacido pre-término, se ha evidenciado la disminución de la morbi-mortalidad y la ganancia de peso en esta edad. Sin embargo, la falta de estudios referentes a este campo hace necesario el fomento de la investigación para desarrollar registros estadísticamente significativos basados en la evidencia y aplicables a nuestro ámbito laboral ya que actualmente solo se basan en la experiencia del profesional.

C046/19: TALLER EDUCATIVO GRUPAL: "UN BEBÉ QUE ADQUIERE BUENOS HÁBITOS ALIMENTARIOS SERÁ UN ADULTO MÁS SANO"

Primer autor: *Javier Luis Zamora Landa*

Coautores: *Carmen Villanueva Rodríguez, Laura Sanz Martínez, Raquel Sánchez Pasamon*

Centro: *Centro de Salud Torrero-La Paz*

Resumen:

Objetivo General: contribuir a la capacitación para la promoción de estilos de vida saludables en la familia.

Objetivos Específicos:

- Conseguir que las familias y/o cuidadores conozcan cómo introducir los alimentos de la forma más saludable posible.
- Aprender buenos hábitos de alimentación para conseguir una actitud favorable y transmitirla para que se mantengan en la etapa adulta.
- Adquirir habilidades para identificar los ingredientes en alimentos procesados y conocer cómo elegir mejor estos productos.

Método: Se realizan dos talleres educativos grupales al mes (el primer y tercer miércoles de cada mes) en la sala multiuso del Centro de Salud Torrero La Paz. Pueden asistir padres y/o madres o cualquier cuidador interesado en la alimentación del bebe, pudiendo acudir sin problemas acompañados de los bebes. El taller es totalmente interactivo. El grupo se dispone en forma de semicírculo, pueden venir padres, madres o cualquier persona implicada o interesada en la alimentación del bebe. El taller es dinámico, con la posibilidad de interactuar desde el inicio, lo primero que ofrece es la posibilidad de aclarar dudas y si alguno de los componentes del grupo quiere contestar, la persona que modera el taller se queda de observadora. La idea es establecer un diálogo y desterrar mitos.

Utilizamos apoyo audiovisual (presentación powerpoint, vídeos) y además escenificamos situaciones cotidianas que se dan en la consulta y se anima a los integrantes a resolverlas. Actualmente estamos trabajando en la elaboración de recetas de comidas en colaboración con los participantes.

Los temas principalmente tratados en dicho taller son:

- ¿Qué es la alimentación complementaria y por qué es importante?
- ¿Cuándo y cómo empezar?
- ¿Hay que iniciar los alimentos siguiendo un orden establecido?
- ¿Hay algún alimento que sea conveniente retrasar? Alimentos prohibidos y aquellos que conviene restringir en el primer año de vida.
- Cómo saber que el bebé se está alimentando de una forma adecuada en cantidad y calidad.
- ¿Son necesarias las papillas de cereales, mi primer yogur, los potitos y las leches de crecimiento?
- ¿Qué es el destete dirigido por el bebé? ¿Cuándo y cómo empezar?

Resultados: Estamos en proceso de analizar los primeros resultados.

Conclusiones y lecciones aprendidas: La creación de estilos de alimentación saludables comienza desde el nacimiento y los primeros años de vida. Los estilos de vida saludables nos permiten prevenir enfermedades futuras como la obesidad, la diabetes.

C063/19: OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE IGE ESPECIFICA EN PACIENTES PEDIATRICOS DE ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR III

Primer autor: *Luis Martínez Lostao*

Coautores: *Mercedes Inda Landaluze, Cristina García Cenzano, María Teresa Sobrevia Elfau, Gonzalo González García, Nieves Segura Arazuri, Mar Garcés Sotillos, Carlos Colas Sanz*

Centro: *Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

Resumen:

Phadiatop Infant (PI) es una prueba de cribado de alergia usada en Pediatría de Atención Primaria (AP) que detecta IgE específica frente a una mezcla de los aeroalérgenos y alérgenos alimentarios que originan con más frecuencia alergia en <5 años. Actualmente, ante un PI positivo en el Sº de Inmunología se amplía sistemáticamente el estudio de alergia frente a 15 alérgenos. Se han detectado errores en el diagnóstico y tratamiento en población pediátrica del Sector III tras realizar PI y su ampliación. La ampliación sistemática supone un inapropiado uso de los recursos (2017: 335 PI realizados en <14 años del Sector III; positivos 154, lo que supuso un gasto de 14549€).

Objetivos: i) Evitar la toma de decisiones inadecuadas en el manejo de pacientes <14 años del Sector III debido a la ampliación de PI; ii) racionalizar el gasto que supone la ampliación sistemática del estudio de alergia en un PI positivo.

Métodos: Población diana: pacientes <14 años de AP del Sector III.

Sº de Inmunología: i) registro de todas las peticiones de la prueba PI solicitadas en la población diana; ii) conservación de los sueros positivos a -20ºC; iii) inclusión de una nota informativa en el informe de los PI positivos recomendando solicitar valoración en Sº de Alergia (HCU).

Sº de Alergia: i) registro de las solicitudes de consulta de población diana con PI positivo; ii) consulta a dichos pacientes y valoración de su clínica alérgica; iii) solicitud, si procede, de la ampliación dirigida del estudio de alergia.

Resultados: Periodo de tiempo: 12/11/19 a 10/05/19. Se han registrado 158 peticiones de PI en la población diana y 78 han sido positivas (49,4%). De los 71 pacientes con PI positivo que han recibido el resultado se ha realizado consulta desde AP al Sº de Alergia en 60 (84,5%). La ampliación dirigida del estudio de alergia tras consultar con el Sº de Alergia se ha realizado en 12 pacientes con un total de 71 pruebas (7,3% de las 971 pruebas que se hubieran realizado con una ampliación sistemática). Se ha dejado de hacer un 92,7% de las pruebas de alergia. La ampliación sistemática en los 71 PI positivos que han recibido el resultado hubiera supuesto un gasto de 6707€.

Conclusiones: La ampliación dirigida de los PI tras consulta con Atención Especializada (Sº de Alergia) puede evitar la toma de decisiones inadecuadas (43% de resultados positivos en las pruebas solicitadas tras ampliación dirigida; del 31% en el 2017 con la ampliación sistemática). La ampliación dirigida de los PI positivos está racionalizando el gasto.

C0100/19: INSTRUCCIÓN EN EL RECONOCIMIENTO DE LA ANAFILAXIA Y EN EL USO DE ADRENALINA AUTOINYECTABLE EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA.

Primer autor: *Ana Sangrós Giménez*

Coautores: *Raquel Subirón Ortego, Juan Hidalgo Sanz, Víctor Fernández Ventureira, Patricia Rubio Sánchez, Yolanda Aliaga Mazas, Lucía Aznar Gracia, Cristina Bardella Gil*

Centro: *Hospital Infantil Miguel Servet*

Resumen:

Objetivos. Indagar acerca de los conocimientos que los padres de los niños con antecedente de anafilaxia tienen acerca de esta, así como su capacidad de manejo para mejorar la instrucción que se da en Urgencias.

Método: Estudio transversal mediante encuestas telefónicas a padres de niños atendidos por anafilaxia en Urgencias de Pediatría de un hospital de tercer nivel entre enero 2016-diciembre 2018.

Resultados: Se recogió una muestra inicial de 52 pacientes y de estos, 49 contestaron adecuadamente a las encuestas y fueron incluidos en el estudio. El 63,25% de los pacientes encuestados eran varones y la edad media fue de 7,8 años. El desencadenante más frecuente fueron los frutos secos (44,89%), frutas con hueso (18,4%) y frutas sin hueso (10,2%). Al preguntar acerca de los síntomas para reconocer una nueva anafilaxia el 89,8% de los padres sabrían identificarla. No pusieron adrenalina antes de ser atendidos en Urgencias el 75,5% y del porcentaje restante, únicamente un 6% la habían administrado en el domicilio. La justificación más frecuente a este hecho era que se trataba de la primera anafilaxia y por ello no sabían cómo actuar. Otras respuestas fueron que a pesar de no ser la primera vez no tenían adrenalina, que no la pusieron por miedo a los efectos secundarios o por no reconocer la clínica. El 83,8% de los padres expresa que en Urgencias se les explicó correctamente cómo manejar el autoinyectable de adrenalina y el 87,5% consideran que sabrían manejarlo si se presentase la ocasión. Al 90,4% se le entregó la hoja de recomendaciones para padres elaborada en nuestro hospital y al 82,7% de los pacientes se les derivó para estudio o seguimiento en consultas de Alergología. Un 43,8% de los padres han compartido la información con otros familiares y un 50% lo han hecho con el colegio. Es destacable que un 13,5% de los padres no disponen de adrenalina pese a haber presentado sus hijos anafilaxia.

Conclusiones: Pese a la entrega y explicación de una hoja de recomendaciones sobre la anafilaxia a todos los padres de niños diagnosticados en Urgencias, un gran porcentaje de niños continúan acudiendo a nuestro servicio sin previa administración de adrenalina a pesar de un correcto reconocimiento de la clínica. Por ello creemos que es necesario continuar enfatizando en la gravedad de la patología y en la importancia de un tratamiento inmediato. Del mismo modo, consideramos fundamental instruir con simuladores en el manejo del autoinyector al niño y su familia y reforzar este aprendizaje de modo periódico.

C0103/19: TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON/SIN HIPERACTIVIDAD AISLADO EN UNA CONSULTA DE NEUROPIEDIATRÍA: ESTUDIO TRANSVERSAL.

Primer autor: *Marta Marín Andrés*

Coautores: *Aída María Gutiérrez Sánchez, Javier López Pisón*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Objetivos: El trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) es una alteración de la función ejecutiva del cerebro que puede darse aislado o asociado a otros trastornos del neurodesarrollo. El objetivo es analizar una muestra de niños afectados de TDAH aislado, controlados en un periodo de 8 meses en una consulta de Neuropediatría, con tiempo de seguimiento de al menos 3 años y 5 meses.

Método: Estudio de corte transversal, descriptivo y retrospectivo de los pacientes con TDAH aislado revisados en una consulta de Neuropediatría de un hospital terciario entre octubre 2017 y mayo 2018, que eran controlados desde antes de enero 2014.

Resultados: En total 82 niños (53 varones y 29 mujeres) cumplen los criterios de inclusión con una edad media de 11 años (rango 6-17). Del total, 23 casos (28%) tipo inatento, 2 (2,4%) predominio hiperactivo y 57 (69,6%) combinado. Tiempo medio de seguimiento 7 años \pm 2,8 DS (rango 4-14,6). Compartían seguimiento con Psiquiatría 16 (19,6%). Edad media al diagnóstico 7,5 años \pm 2,3 DS (rango 2,5-14). Motivos de derivación a Neuropediatría: TDAH (34%), trastornos paroxísticos (24,3%), retraso psicomotor (17%), problemas escolares (12%), trastornos en la marcha (6%), alteraciones del comportamiento (4,8%), cefalea (3,6%), trastornos del sueño (3,6%), alteraciones en el tono muscular (3,6%), tics (2,4%), hipercinesia (1,2%) y torpeza motriz (1,2%). Diagnósticos asociados al TDAH: dislexia (11%) y tics (7,3%). No recibieron tratamiento nunca por decisión parental 12 (14,6%). De los 70 que lo recibieron, en 20 (28,6%) hubo demora en el inicio del tratamiento; tiempo medio de demora 20 meses \pm 19 DS (intervalo 1-72). Tomaron metilfenidato 69 (98,5%), lisdexanfetamina 21 (30%), atomoxetina 2 (2,8%) y guanfacina 4 (5,7%). Tiempo medio de tratamiento 44 meses \pm 31 DS (intervalo 0,2-126). El 90% de los pacientes que iniciaron tratamiento continuaban tomándolo en la última revisión (63 pacientes).

Conclusiones: Un 15% de los padres rechazan el tratamiento farmacológico y un 29% lo demoran con una media de 20 meses y de hasta 6 años. Sin embargo, la adherencia, una vez iniciado el tratamiento, es muy alta: el 90% de los pacientes continúan el tratamiento tras al menos 3 años y medio. Destaca que el 20% de los casos son compartidos con Psiquiatría a pesar de la ausencia de síntomas psiquiátricos añadidos lo cual implica duplicación en el seguimiento de los pacientes y en definitiva una gestión menos eficiente de los recursos.

C0104/19: HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA: ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO.

Primer autor: *Marta Marín Andrés*

Coautores: *Ana Laura Martínez de Morentin Navarcorena, Aída María Gutiérrez Sánchez, Yolanda Romero Salas, María Luisa Justa Roldán*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Objetivos: La utilización de protocolos permite homogeneizar la actuación de los profesionales. El objetivo es realizar un análisis descriptivo de los pacientes con hipertensión arterial (HTA) que son atendidos en urgencias de pediatría de un hospital terciario y evaluar el cumplimiento del protocolo de HTA del mismo centro.

Método: Estudio descriptivo de los casos atendidos en urgencias de pediatría de un hospital terciario entre enero 2015 y octubre 2018 que hubieran sido codificados como “hipertensión” en el programa informático.

Resultados: Se incluyeron 25 casos (56% varones y 44% mujeres). Edad media 10 años (rango 2-14). Lugar de origen: domicilio (56%), otro hospital (24%) y centro de salud (20%). El 12% habían sido diagnosticados previamente de HTA. Se registraron los percentiles de presión arterial (PA) según sexo, edad y talla en el 32% de los informes de alta de urgencias. El 16% de los pacientes presentaban un percentil de PA mayor al p99, el 12% entre el p95 y 99 y el 4% entre el p90 y 95. El 76% presentaba clínica asociada. La sintomatología más frecuente fue cefalea (24%), mareo (24%) y dolor abdominal (24%). Los síntomas menos frecuentes fueron vómitos (8%), hematuria (8%), astenia (4%) y parálisis facial (4%). Pruebas complementarias realizadas en urgencias: tira de orina (68%), analítica sanguínea (36%), consulta a Oftalmología (32%), electrocardiograma (16%) y ecografía abdominal (8%). Se detectó proteinuria en el 20% de los casos a los que se realizó tira de orina. Ingresaron 15 pacientes (60%) precisando 2 ingreso en UCI. Se remitieron a 7 pacientes a consulta de Nefrología Infantil desde urgencias. Se inició tratamiento farmacológico de forma urgente en 2 pacientes (8%). La estancia media hospitalaria fue 3,6 días (intervalo 2-10). Durante el ingreso se realizó: analítica sanguínea con estudio de la función renal (100%), ecografía doppler abdominal (80%), interconsulta a Cardiología (53%), interconsulta a Oftalmología (46%) y monitorización ambulatoria de la presión arterial (33%).

Conclusiones: La incidencia de casos de HTA en urgencias es menor a la esperada, probablemente porque no se codifica “hipertensión” en contexto de glomerulopatía aguda. Aunque el 76% de los pacientes presentan clínica, la mayoría no precisan tratamiento farmacológico urgente al no ser considerada urgencia/emergencia hipertensiva. Se debe mejorar el cumplimiento de los indicadores de evaluación del protocolo en urgencias dado que en su totalidad únicamente se cumplen en el 33% de los casos.

C178 /19: ANÁLISIS DE LOS TRASLADOS URGENTES A UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE TERCER NIVEL.

Primer autor: *Juan Hidalgo Sanz*

Coautores: *Rebeca Hernández Abadía, Patricia Rubio Sánchez, Lucía Aznar Gracia, Laura Andrés Zallo, Leire Arlaban Carpintero, Raquel Garcés Gómez. Ruth Fernando Martínez*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Introducción: La asistencia a urgencias pediátricas en un hospital general sin servicio de Pediatría actúa como punto intermedio entre atención primaria y hospitalaria. A pesar de su alta resolución desde que es atendida por pediatras, en ocasiones es necesario el traslado al hospital pediátrico de referencia. Los objetivos principales de este trabajo son: analizar el perfil de los casos trasladados, el medio de traslado, los motivos principales de derivación y la coordinación con el hospital receptor.

Metodología Y Resultados: Se ha realizado un estudio descriptivo analizando la población trasladada en el año 2017 por el Punto de Atención Continuada de Pediatría de nuestro hospital al de referencia, que supone un 2% de los pacientes atendidos (462/22179). La edad media de estos pacientes es de 5.9 años y las principales patologías derivadas son problemas respiratorios (20%), dolor abdominal (10%), síndrome febril (10%), heridas susceptibles de sutura por especialista (9%) o extracción de cuerpos extraños (7%). Entre los motivos de traslado destacan un 26.5% para observación, un 43% para valoración por especialistas, un 15.5% para realización de pruebas complementarias no disponibles (sedimento de orina, procalcitonina) y un 15% para ingreso directo. El 52% de los traslados se realizan en horario nocturno por no disponer de unidad de observación ni enfermería en esa franja horaria. La mayoría de los traslados (86.8%) se realizan por medios propios, siendo el transporte en ambulancia utilizado para pacientes que precisan oxigenoterapia, vía intravenosa o por alteración del triángulo de evaluación pediátrico (TEP). Respecto al hospital de destino, se observa una concordancia en la actuación del 94.5%, con un 36% de los pacientes ingresados y una estancia media en urgencias de 4.75 horas.

Conclusiones: Se traslada un pequeño porcentaje de pacientes respecto a los atendidos, la mayoría por no disponibilidad de medios (pruebas complementarias, unidad de observación nocturna) o para valoración por especialistas. - Los pacientes trasladados requieren un tiempo de observación elevado, con una alta tasa de ingresos, lo que refleja su mayor nivel de complejidad. - El estudio refleja un buen grado de homogeneidad en cuanto a criterios de traslado y de concordancia con las actuaciones en el hospital de referencia, lo cual pone de manifiesto la importancia de la protocolización y coordinación entre los hospitales emisor y receptor. - Planteamos como línea de mejora en la calidad asistencial la protocolización de"

C185/19: ¿PODEMOS MEJORAR EN LA INFORMACIÓN QUE LOS PADRES RECIBEN SOBRE LA FIEBRE?

Primer autor: Raquel Subirón Ortega

Coautores: Ana Sangrós Giménez, Patricia Rubio Sánchez, Juan Hidalgo Sanz, Daniel Salvo Chabuel, María José Sánchez Malo, Rebeca Hernández Abadía, Carmen Ruiz de la Cuesta Martín

Centro: Hospital Infantil Miguel Servet

Resumen:

Introducción: La fiebrefobia describe el miedo exagerado a la fiebre expresado por padres y cuidadores, no necesariamente relacionado con experiencias desagradables previas, que puede ocasionar sobreutilización de los servicios médicos y abuso de tratamientos.

Nuestro estudio tiene como objetivo perfilar el conocimiento actual de los padres que acuden a urgencias sobre la fiebre para poder proporcionar medidas educativas.

Metodología: Estudio transversal mediante encuestas autorrellenables en el servicio de urgencias pediátricas del Hospital Miguel Servet entre noviembre y diciembre de 2018. Se incluyen preguntas acerca de la fiebre, sus posibles consecuencias y el uso de antitérmicos.

Resultados: Se recogen 63 encuestas de las que extraemos los siguientes resultados. Sólo un 54,3% de los progenitores definían la fiebre como una temperatura mayor de 38 °C. Un 82,9% de los encuestados utilizan termómetros digitales, aunque un 5,7% continúan utilizando dispositivos de mercurio. El 85,7% toman la temperatura a nivel axilar y la mayoría (87,1%) la toman sólo cuando notan caliente al niño, pero algunos lo realizan de forma pautada incluso horaria. Un 67,2% de los encuestados creen que la fiebre puede producir daño cerebral y un 47,1% acudirían a urgencias de madrugada si su hijo iniciase fiebre en ese momento. Un 93,8% de los progenitores consideran la fiebre como un mecanismo de defensa. La mayoría prefieren informarse acerca de la fiebre en su pediatra habitual (91,04%), aunque un 88% también lo haría en urgencias. En cuanto a las medidas para disminuir la temperatura corporal, un 77,2% continúa utilizando medidas físicas. El antitérmico más utilizado es el paracetamol y la vía preferentemente utilizada es la oral, siendo la rectal utilizada sólo en 4,5% de los casos. El 29,85% afirman que alternan antitérmicos al preguntarles específicamente. Los padres acudían habiendo pasado una mediana de 24 horas, esto implica que hay padres que acuden con escasos minutos u horas de inicio de fiebre, aunque sus hijos no presentasen enfermedades crónicas ni una edad <3 meses, por lo que muestra que continúa siendo motivo de preocupación.

Conclusiones: Dados los resultados continúa siendo necesario aportar información sobre la fiebre y su manejo a los padres y evitar la divulgación de mitos y leyendas en torno a la misma, que perpetúen este problema. En nuestro hospital disponemos de una hoja informativa para padres acerca de la fiebre y además hemos decidido colocar carteles informativos en la sala de espera.

C189/19: REDUCCIÓN DEL TIEMPO DE ESTANCIA EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA TRAS CAMBIO EN EL PROTOCOLO DE REHIDRATACIÓN.

Primer autor: *Leire Arlabán Carpintero*

Coautores: *Laura Andrés Zallo, Víctor Fernández Ventureira, Raquel Subirón Ortego, Cristina Bardella Gil, Rebeca Hernández Abadía, Daniel Ruiz Ruiz de Larramendi, Carmen Campos Calleja*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Introducción: La gastroenteritis aguda es una de las patologías más prevalentes en Urgencias. Nuestro objetivo es averiguar cómo influye la pauta de rehidratación rápida intravenosa en 4 horas en niños con deshidratación leve o moderada en términos de tiempo de estancia en Urgencias, ingresos y reconsultas en las primeras 72 horas tras el alta.

Metodología: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Los datos se recogieron mediante muestreo aleatorio, seleccionándose datos de niños que entre los meses de junio y agosto de 2013 y 2018 ingresaron en Sala de Observación con diagnóstico codificado de vómitos, diarrea o gastroenteritis aguda. De un total de 276 niños atendidos en Sala de Observación, seleccionamos 129 niños que cumplían los criterios de inclusión y estudiamos las tendencias de uso de las distintas pautas de rehidratación, así como el porcentaje de ingresos y reconsultas. Para comparar la eficacia de la pauta rápida actual con suero isotónico y glucosa al 5% en 4 horas versus la antigua pauta de rehidratación mediante bolo de SSF y mantenimiento con glucosalino ½, realizamos 2 grupos de comparación (niños de 2013 que cumplían esta pauta y los niños de 2018 que recibieron la pauta rápida).

Resultados: En 2013 se utilizó en un 84% de los casos aproximadamente la pauta de bolo ± mantenimiento, de los cuales ingresaron un 47% y reconsultaron un 8,33% en las primeras 72 horas. La media de tiempo de estancia en Urgencias fue de 5,15 horas. En 2018, el bolo ± mantenimiento pasa a utilizarse un 12,5%, a diferencia de la pauta rápida en 4 horas, que se utiliza en un 64% de los casos aproximadamente. De los niños con pauta rápida ingresaron un 27,5%, reconsultaron un 10,7% y la media de tiempo de estancia en Urgencias fue de 3,80 horas. La diferencia de porcentaje de ingresos no es estadísticamente significativa, con una $p=0.078$, pero sí lo es la media de estancia en Urgencias, con una $p=0,009$.

Conclusiones: Aunque la pauta de rehidratación rápida disminuye el número de ingresos en planta de hospitalización, no lo hace de forma significativa. Tampoco disminuye el porcentaje de reconsultas en las 72 horas primeras tras el alta. El tiempo medio de estancia en Urgencias se reduce de forma significativa con la pauta rápida. Se precisan más estudios con mayor tamaño muestral para poder concluir si la diferencia de ingresos puede ser significativa con el consiguiente ahorro de recursos.

C239/19: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN ACERCA DEL PASE DIARIO CONJUNTO EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

Primer autor: *María José Sánchez Malo*

Coautores: *Marta Arrudi Moreno, Daniel Ruiz Ruiz de Larramendi, Víctor Fernández Ventureira, Daniel Salvo Chabuel, María José Martínez Blasco, Virginia Gómez Barrena, Carmen Campos Calleja*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Objetivo: La estancia de un paciente en una Unidad de Urgencias pediátricas implica varios turnos de trabajo, y la participación de múltiples profesionales. Esto dificulta un seguimiento y una transmisión adecuada de información, lo que conlleva mayor riesgo de errores y una disminución de calidad en la atención al enfermo. Por este motivo, se implanta un pase diario matutino con los profesionales de los turnos salientes y entrantes, de los pacientes que se encuentran en la unidad.

El objetivo de este trabajo es analizar el grado de satisfacción del equipo con la realización del pase conjunto.

Metodología Durante enero de 2019 se realizó una encuesta anónima a los profesionales sanitarios que trabajan en la Unidad de Urgencias pediátricas de un hospital de tercer nivel. Se evaluaron diferentes ítems relacionados con la opinión acerca del pase diario de urgencias implantado en septiembre de 2018. Se utilizó una escala numérica de 1 a 10 para valorar cada ítem. Se analizó si la realización del pase mejoraba la comunicación, el trabajo en equipo entre profesionales y la atención al paciente. También si la duración y la información proporcionada, así como las incidencias registradas, eran suficientes y adecuadas. Además, se evaluó si favorecía la participación activa de todos los profesionales. Los resultados se analizaron de manera global, y divididos en varias categorías.

Resultados: Se recogieron 41 encuestas, 63% MIR, 17% técnicos auxiliares de enfermería (TCAE), 9.7% adjuntos de pediatría y 9.7% enfermería. Lo mejor valorado fue la mejora en la comunicación entre profesionales (7.8/10) y el potencial impacto favorable sobre el paciente (7.7/10). Lo peor valorado en todos los grupos fue la sensación de libertad para intervenir durante el pase (6.5/10). En cuanto a la duración del pase, enfermería lo valora con 9.1/10 y TCAE 8.2/10 mientras que es peor valorada para adjuntos 5.5/10 y residentes 6.8/10. La satisfacción global media fue 7.2/10. Se observan diferencias en la satisfacción global, siendo mayor la valoración entre enfermería (8.5/10) y menor entre adjuntos (6.6/10) y residentes (6.8/10).

Conclusiones: La valoración global del nuevo pase de urgencias es buena, destacando la mejora en la comunicación entre profesionales y el impacto favorable sobre el paciente. Se debe favorecer la participación activa de todos los profesionales de manera que se pueda expresar libremente y discutir las incidencias surgidas. Detectamos como limitación una recogida de encuestas heterogénea entre los diferentes grupos.

C273/19 EVALUACIÓN DE LA EDAD DE LOS RECIÉN NACIDOS EN LA PRIMERA VISITA PEDIÁTRICA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN NUESTRO CENTRO

Primer autor: *Gema Montón Blasco*

Coautores: *Elena Herrero Crespo, José Enrique Sánchez -Caballero Carabantes, José Gálbez Sanche_Ventura*

Centro: *CS Torrero la Paz Zaragoza*

Resumen:

Objetivos : Conocer el momento en que se produce el primer contacto de los recién nacidos(RN) con el pediatra de atención primaria en nuestro centro de salud(CS) tras el alta hospitalaria y valorar si cumplimos las recomendaciones de las sociedades científicas. Analizar si los resultados en lactancia materna(LM) tienen relación significativa con el momento de la primera visita.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo y analítico que determina la edad de los RN en la primera visita al pediatra en nuestro CS, de los niños nacidos entre el 1 de enero y 30 de abril de 2019. La obtención de datos se hizo mediante revisión de las historias clínicas del programa OMI del SALUD de Aragón y el programa estadístico utilizado para su interpretación fue el SPS24.0.

Resultados: La muestra obtenida fue de 106 RN, siendo 11 de ellos excluidos al cumplir un criterio de exclusión. Respecto a los días de vida con los que los RN han sido valorados en nuestro centro, la media ha sido de 7,8 días con una DE +-4,1. Hemos agrupado por rangos: menor o igual a 4 días(14,7%), entre cinco y siete días(49,5%), entre ocho y diez días(18,9%), entre once y quince días (9,5%) y dieciséis o más días(7,4%). Un 62,1% de pacientes fueron valorados en su primera semana y un 83,2% con diez o menos días. Frente a estos datos un 7,4% de los RN fueron atendidos con más de 15 días. Respecto al tipo de lactancia, un 71,6% reciben LM, un 18,9% lactancia mixta y un 9,5% lactancia artificial. No hemos encontrado relación estadísticamente significativa($p=0,57$) entre el momento de la primera visita con el tipo de lactancia que reciben en el momento del análisis de los datos.

Conclusiones: No existe consenso respecto al mejor momento para la primera valoración, pero las recomendaciones de las sociedades científicas aconsejan la primera visita antes de terminar la semana de vida, dado que esta primera semana es clave para instaurar la LM. Tras comprobar que solamente un 62,1% de nuestros RN han sido atendidos en su primera semana, podemos decir que tenemos como objetivo para mejorar la calidad asistencial en nuestro CS una optimización en los tiempos de la primera atención pediátrica. La sobrecarga asistencial es uno de los motivos de la demora en la primera visita. El pasado mes de abril se incorporó un nuevo cupo de pediatría al CS, dado que pertenece a un barrio en crecimiento con aumento progresivo de la presión asistencial. Nos hemos propuesto realizar una nueva valoración en el último cuatrimestre del año, con el objetivo de volver a valorar estos parámetros.

COMUNICACIONES MESA 21

Aula 2 (Planta 1ª)

Moderador: Carlos Clerencia

Código	Título	Autor	Centro
C001/19	¿ES NECESARIO AUMENTAR LA COBERTURA DE LA VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL EN PACIENTES MAYORES DE 64 AÑOS CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS?	Miriam Latorre Millán	Hospital Universitario Miguel Servet
C002/19	MEJORANDO LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL CANCER DE CERVIX: PREVALENCIA DEL VPH EN EL ÁREA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET	Miriam Latorre Millán	Hospital Universitario Miguel Servet
C023/19	ENSÉÑAME A DESARROLLARME DE FORMA COMPLETA. LA ALIMENTACIÓN Y EL DEPORTE EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO CON SÍNDROME DE DOWN	Andrea Paúl Nadal	Hospital Universitario Miguel Servet
C024/19	¿SE PUEDE MEJORAR LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENTRE LOS DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES?	María Sodric Tello	Sin definir
C042/19	BOTIQUIN DE FARMACIA DEL EAP CALATAYUD SUR. ADECUACION A LAS NECESIDADES REALES Y SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE.	María Ascensión Alonso Benedi	Centro De Salud Calatayud Rural
C064/19	CONSULTA DE CONTROL DE PESO: INCLUSIÓN EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE UN CENTRO DE SALUD.	Susana López Sauras	Centro De Salud Andorra
C074/19	"VAC RURAL" PARA EL TRATAMIENTO DE HERIDAS COMPLEJAS	Mercedes Villas Sender	Centro De Salud Albalate De Cinca
C0152/19	LA ENFERMERA CON EL PACIENTE EN AUTOCONTROL DEL TAO. CALIDAD ASISTENCIAL.	María Carmen Garitas Abril	Hospital Obispo Polanco
C0234/19	MEJORA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE LOGOPEDIA, ENFERMERÍA Y FAMILIAS DE LOS PACIENTES CON DISFAGIA DEL HSCJ DE HUESCA	Mónica García Cortés	Hospital Sagrado Corazón De Jesús
C310/19	ANÁLISIS DEL USO DE INMUNOGLOBULINAS SUBCUTÁNEAS DURANTE UN AÑO	María Pérez Moreno	Hospital Universitario Miguel Servet

C001/19: ¿ES NECESARIO AUMENTAR LA COBERTURA DE LA VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL EN PACIENTES MAYORES DE 64 AÑOS CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS?

Primer autor: *Miriam Latorre Millán*

Coautores: *Ana María Milagro Beamonte, Ana Martínez Sapiña, Nieves Felisa Martínez Cameo, María Pilar Hernández García, Yolanda Gracia Grataloup, Silvia Pina Echevarría, Antonio Rezusta López*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet.*

Resumen:

La vacuna antigripal es la medida de protección más adecuada para los pacientes mayores de 64 años y personas que presentan patologías asociadas. Conocer la cobertura de vacunación antigripal y la presencia de gripe en los pacientes mayores de 64 años con diversas patologías puede aportar información útil para la prevención de la enfermedad.

Material y Métodos: Se analizaron los datos de los pacientes incluidos por el Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) en el estudio europeo IMOVE+, durante las temporadas 2016/17 y 2017/18. Estos fueron aquellos pacientes mayores de 64 años hospitalizados con síntomas de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) no institucionalizados, con información sobre la presencia de patologías crónicas, el estado de vacunación antigripal para la temporada en curso, y la realización de prueba diagnóstica de gripe. Se estudió en ellos la distribución de la vacunación y la confirmación de diagnóstico de gripe, en presencia de diversas patologías crónicas, mediante la prueba de chi cuadrado.

Resultados: En las dos temporadas se incluyeron un total de 986 pacientes confirmados con IRAG, de los cuales un 44,1% no estaban vacunados. También se observó que la presencia de gripe fue significativamente mayor en los pacientes no vacunados que presentaban patologías cardiovasculares, respiratorias, reumatológicas, diabetes o anemia ($p < 0,01$). No se encontraron diferencias significativas para la presencia de gripe según el estado de vacunación para el resto de las patologías estudiadas.

Conclusiones: Una importante proporción de pacientes hospitalizados con gripe mayores de 64 años que presentaban patología crónica no recibieron la vacuna (65,9%). Se refuerza la importancia de las recomendaciones de vacunación antigripal en esta población de riesgo (especialmente en presencia de patologías cardiovasculares, respiratorias, reumatológicas, diabetes y anemia), para reducir las consecuencias de la infección gripal, que en este grupo de pacientes incluyen complicaciones graves (con un correspondiente aumento en la utilización de recursos sanitarios), e incluso la muerte.

C002/19: MEJORANDO LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL CANCER DE CERVIX: PREVALENCIA DEL VPH EN EL ÁREA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET

Primer autor: *Miriam Latorre Millán*

Coautores: *Ana María Milagro Beamonte, María Isabel Millán Lou, Nieves Felisa Martínez Cameo, María Pilar Hernández García, Yolanda Gracia Gataloup, Silvia Pina Echevarría, Antonio Rezusta López*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet.*

Resumen:

El virus del papiloma humano (VPH) es la infección de transmisión sexual más común y el principal factor de riesgo para el cáncer de cérvix (CC). La introducción de la vacunación y el aumento de la inmigración pueden introducir cambios en los patrones epidemiológicos del VPH. Hasta ahora se ha utilizado un programa no estructurado de prevención del CC en Aragón, así como en otras comunidades autónomas. Definir la prevalencia del VPH de alto riesgo (VPH-AR) en las mujeres en diferentes edades puede contribuir a un mejor diseño y una mayor eficacia de futuros programas estructurados de cribado poblacional.

Material y Métodos: Se analizó la presencia del VPH-AR en las muestras de citología líquida (Preservcyt®, Cytyc Corporation) recibidas en el Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet procedentes de su área de salud y asignadas al programa de cribado primario de CC de Aragón, correspondientes a un total de 5569 mujeres, durante los años 2016 y 2017. El sistema Roche Cobas HPV test 4800®, detectó por PCR a tiempo real 14 tipos de VPH-AR diferentes (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68). Esta técnica molecular está acreditada por la norma UNE-EN-ISO-15189 en el citado laboratorio, y su utilización para cribado primario de CC está reconocida internacionalmente.

Resultados: El VPH-AR estuvo presente en el 21,1% de las mujeres aragonesas incluidas en el programa en el área de salud del HUMS, sobrepasando el 40% en aquellas con edades comprendidas entre los 20 y 25 años, alcanzando las cifras más elevadas (50,6%) en las mujeres de 26 años.

Conclusiones: Se ha determinado una elevada tasa de infección por VPH-AR en las mujeres jóvenes del área de salud del HUMS, encontrando las prevalencias más altas en edades menores a las descritas en anteriores estudios nacionales. Los programas de cribado para la prevención del CC actualmente solo consideran estudiar la presencia de infección por VPH-AR en mujeres a partir de los 30 años; los presentes resultados indican que sería aconsejable incluir en los programas de cribado poblacional también a aquellas sexualmente activas por debajo de esta franja etaria, al menos a las no vacunadas.

C023 /19: ENSÉÑAME A DESARROLLARME DE FORMA COMPLETA. LA ALIMENTACIÓN Y EL DEPORTE EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO CON SÍNDROME DE DOWN

Primer autor: *Andrea Paúl Nadal*

Centro: *Hospital Miguel Servet*

Resumen:

Conocer cuáles son los problemas que presenta el paciente pediátrico con síndrome de Down en relación a la alimentación y a la práctica de ejercicio físico. Actualizar los conocimientos acerca de las pautas que se deben de seguir con el fin de conseguir una alimentación eficaz en estos pacientes. Averiguar cuáles son las limitaciones que presenta el paciente con síndrome de Down a la hora de realizar ejercicio físico, con el fin de prescribir el tipo de deporte más adecuado en relación a sus capacidades.

Material y Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica en libros y diferentes bases de datos (PubMed, Cuiden Plus, ScienceDirect) con las palabras clave síndrome de Down, infancia, alimentación y ejercicio, y sus múltiples asociaciones, tanto en castellano como en inglés. Se encontraron 42 referencias bibliográficas, de los cuáles 21 fueron utilizados por cumplir con los criterios de búsqueda.

Resultados: La alimentación y el estilo de vida en la persona con síndrome de Down (SD) tienen un papel fundamental en su salud. Desde que nacen, las personas con SD presentan unas determinadas características, tanto anatómicas como neurológicas, que dificultan el camino en su correcto desarrollo nutricional. Por ello, resulta clave para el personal sanitario conocer cuáles son esas dificultades, con el fin de poder realizar las intervenciones adecuadas que eviten consecuencias negativas tanto a nivel nutritivo como a nivel físico y logopédico. Además, la práctica de ejercicio físico en estas personas resulta esencial para mejorar su calidad de vida, tanto a nivel orgánico como psicológico, ya que además de prevenir enfermedades metabólicas, favorece el aumento de su autoestima y su integración en la sociedad. Deportes en equipo como la natación, la gimnasia, el kárate, el atletismo y la equitación, hacen que se sientan orgullosos e ilusionados de pertenecer al grupo y desarrollen el sentido de responsabilidad.

Conclusiones: Existen numerosas intervenciones que favorecen la incorporación adecuada a la alimentación, además de que ésta misma ya resulta una terapia de gran utilidad en el correcto desarrollo de la capacidad fonatoria y de la motricidad fina. La lactancia materna es el método de alimentación idóneo en la primera infancia. En relación con el deporte, éste, además de ser clave en la prevención de numerosas enfermedades locomotoras y metabólicas, es un instrumento de ocio con el que mejoran la coordinación y el equilibrio a la vez que desarrollan y fortalecen las relaciones sociales.

C024/19: ¿SE PUEDE MEJORAR LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENTRE LOS DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES?

Primer autor: *María Sodric Tello*

Coautores:

Judit Gil Millán, Cristina Plana Armengod, Amaia Ramón Martín

Resumen:

Objetivos Del Proyecto

General:

- Garantizar la continuidad de cuidados de los pacientes y cuidadores entre niveles asistenciales.

Específicos:

- Aumentar la comunicación entre atención especializada y atención primaria.
- Crear una herramienta informática que permita la comunicación entre los distintos niveles.
- Normalizar la práctica clínica disminuyendo la variabilidad en la praxis, independientemente del nivel asistencial que intervenga.

Material y Métodos: Tras analizar el proceso que se lleva a cabo en el Hospital Obispo Polanco y en los centros de Salud del Sector Teruel, observamos que el único modo de comunicación entre los distintos niveles asistenciales es mediante el Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería (ICCE). A través de una lluvia de ideas, se responde a la pregunta: ¿Cuáles son las causas que generan la variabilidad de los cuidados entre atención primaria y atención especializada? y se agrupan en categorías formando un diagrama de Ishikawa. Se analizan los fallos mediante un análisis modal de fallos y efectos. Se utilizan distintos indicadores ("Cumplimiento del ICCE" e "ICCE") para evaluar los fallos y se plantean distintas intervenciones para mejorarlos.

Resultados: Se espera que el estándar de ambos indicadores supere como mínimo el 80%. Se reevaluará el proyecto anualmente a través de los indicadores.

Conclusiones: Disminuir la variabilidad, no sólo en las actividades que se realizan, sino en la calidad de los cuidados que se prestan, es una responsabilidad compartida de profesionales y administración sanitaria; la formación continuada es una de las herramientas básicas para lograrlo. Por su parte, las instituciones sanitarias tienen la obligación de facilitar y potenciar la realización de actividades de formación continuada para garantizar la competencia científico-técnica de los profesionales, y con ello, una atención sanitaria de alta calidad. Por ello, se cree conveniente realizar este proyecto de mejora cuyos aspectos a destacar son la implantación de un programa informático, la elaboración de una Guía Clínica y la creación de una Comisión de Cuidados de Área, entre otros.

Lecciones Aprendidas: La formación en Enfermería basada en la Evidencia y el uso de Guías de Práctica Clínica contribuye en la disminución de la variabilidad de los cuidados ya que las variaciones significativas disminuyen la calidad asistencial poniendo de manifiesto problemas de efectividad, de eficiencia y de accesibilidad.

C042/19: BOTIQUIN DE FARMACIA DEL EAP CALATAYUD SUR. ADECUACION A LAS NECESIDADES REALES Y SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE

Primer autor: *María Ascensión Alonso Benedí*

Coautores: *Ariadna De Lucas Barquero, María Carmen Solans Piqueras, María Carmen Charlez Millán, Luis Digón Sanmartín, María Pilar Bernal García, María Pilar Echevarria Montoto, , Wafa Ben Cheikh El Aayuni*

Centro: *Centro de Salud Calatayud*

Resumen:

Desde el equipo del Centro de Salud de Calatayud Sur se detectó la necesidad de mejorar la más eficientes en el consumo de fármacos, evitar caducidades innecesarias y prevenir accidentes relacionados con la seguridad clínica del paciente en cuanto a la identificación y administración de medicamentos.

Se hicieron varias reuniones de los responsables de botiquín con la farmacéutica de sector para adecuar el equipamiento del almacén. También nos facilitó un listado de la medicación disponible en el pacto de farmacia ordenada por orden alfabético de principio activo. Nos indicó como etiquetar las estanterías haciendo coincidir las distintas presentaciones del mismo principio activo. Estimamos necesario añadir también el nombre comercial del medicamento y su forma de presentación para facilitar el reconocimiento.

Era importante incluir medidas de isoapariciencia a la hora de identificar los envases de medicamentos para mejorar la seguridad del paciente.

Mensualmente se ordena y se distribuye la medicación siguiendo estos criterios, se realiza la revisión medicamento por medicamento y se hace la actualización y remisión del listado de productos a caducar a la farmacia del sector para el control de caducidades.

En esta mejora han participado un 70% de profesionales. Hemos adecuado el botiquín de farmacia, se han comprobado todos los albaranes y los listados de dispensación de fármacos, identificado, separado y etiquetado los medicamentos en un 100%, se han remitido los listados de caducidades todos los meses haciendo un registro posterior del total de productos caducados. Con estos registros se puede valorar el stock del botiquín y así cubrir las necesidades del equipo.

El trabajo realizado ha sido satisfactorio, los profesionales nos hemos implicado profesional y personalmente para mejorar la seguridad del paciente y la tarea diaria de los profesionales. Es un trabajo que continuaremos en el tiempo ya que es una forma de gestionar de forma óptima el almacén de farmacia desde la base de un uso racional del medicamento, ser más eficientes en el consumo de fármacos, evitar caducidades innecesarias y prevenir accidentes relacionados con la seguridad clínica del paciente. Este proyecto se puede hacer extensible al resto de equipos de atención primaria para una mejora de la calidad asistencial.

C064/19: CONSULTA DE CONTROL DE PESO: INCLUSIÓN EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE UN CENTRO DE SALUD.

Primer autor: *Susana López Sauras*

Centro: *Centro de Salud Andorra*

Resumen:

Objetivos:

- Reducción ponderal en pacientes obesos o con sobrepeso mediante la promoción de hábitos saludables en alimentación y ejercicio físico.
- Consensuar con el paciente la pérdida ponderal deseada.
- Reconocimiento de la Dieta Mediterránea como dieta saludable.

Método: Se instaura una consulta a cargo de una enfermera formada en el tema en la que se atienden a pacientes mayores de 18 años con IMC > 25%. La consulta se instaura los miércoles de 12.30 a 13.30 para primeras visitas y los martes de 9.30 a 14.30 para visitas sucesivas.

- Primeras visitas: Se realiza Hª completa del paciente con antecedentes personales y familiares, Hª ponderal, hábitos dietéticos, ejercicio físico, GEB y GET. Se informa sobre la obesidad y sus consecuencias y se entrega registro dietético de 7 días.
- Segunda visita. Se informa sobre dieta saludable, sobre hábitos alimentarios incorrectos, ejercicio físico individualizado recomendado y se consensua pérdida de peso (recomendando el 10% del peso en seis meses). Se entrega dieta por intercambios abierta y basada en la Dieta Mediterránea.
- Consultas periódicas de control de peso y reeducación en hábitos saludables, en principio quincenales hasta conseguir la reducción del peso consensuado y posteriormente mensual hasta lograr un año en mantenimiento de peso.
- Talleres grupales de autoayuda y teórico-prácticos sobre alimentación saludable. Periodicidad mensual.

Resultados: Desde 2017 se han incluido 69 pacientes en la consulta (9 en 2017, 30 en 2018 y otros 30 en lo que va de 2019), de los cuales 30 han abandonado o han sido dados de alta por diferentes motivos. De los 39 que continúan en consulta 17 han conseguido y superado su objetivo de pérdida de peso y el resto han conseguido pérdidas importantes. Hay que tener en cuenta que 25 de ellos llevan menos de 6 meses incluidos en consulta.

Conclusiones: Los cambios en los hábitos de vida de la población adulta son difíciles de abordar, por la poca concienciación del problema que supone la obesidad y la dificultad de cambiar hábitos forjados a lo largo de toda la vida, tanto a nivel de alimentación como de actividad física. Las recomendaciones para conseguir este cambio han de ser consensuados con el paciente, puesto que dan mejores resultados y más sostenidos en el tiempo.

Los pacientes que acuden por petición propia tienen una motivación más alta y obtienen mejores resultados.

La consulta ha sido bien acogida por la población por lo que se ha decidido su inclusión en la cartera de servicios del centro de salud.

C074/19: "VAC RURAL" PARA EL TRATAMIENTO DE HERIDAS COMPLEJAS

Primer autor: Mercedes Villas Sender

Coautores: Jesús Aguaviva Bascañana, Pilar Morera Tardós, Pilar Carmen Laiglesia Mas, Marta López espolio, Carlos Pardo Vaquero, Tatiana Marcen Benedico, Pilar Laguna Olmos

Centro: Centro de Salud Albalate De Cinca

Resumen:

Se presenta un trabajo que aplica la técnica VAC en domicilio rural, con un dispositivo ideado por nuestro equipo de atención primaria, en dos casos de heridas complejas.

Palabras Claves: Herida crónica, terapia VAC, equipo interdisciplinar

Material Y Método: Tras documentarse el equipo sobre dicha técnica, se decide adaptar el método VAC a nuestro medio, utilizando los siguientes materiales:

- Apósito de espuma de poliuretano en contacto con la superficie de la herida, como apósito absorbente.
- Apósito hidrocoloide perilesional o apósito barrera en caso de dermatitis por exudado.
- Colector de drenaje con grifo (el que habitualmente se usa para urostomías), que se coloca sobre espuma de poliuretano.
- Protección de todo el sistema con un film de plástico, dejando libre el grifo de la bolsa.
- Aspirador de secreciones portátil, conectado al grifo de la bolsa, simulando la función de la bomba de succión del VAC. En este caso limitados por el aspirador, se aplica una presión de -100 mm Hg, equivalente a -1 bar, continua y sin descanso.

Descripción De Caso Clínico I

UPP en sacro, grado III-IV, en paciente de 97 años dependiente para las ABVD, Barthel 0 Se decide colocar el 7/6/2015 el sistema VAC.

El día 18/6/2015, después de la tercera sesión de VAC hay una buena evolución de la herida, está menos cavitada, no hay olor y hay más tejido vitalizado. No obstante, se suspende por empeoramiento del estado de salud de la paciente.

Descripción Caso Clínico II

Herida en región tibial en paciente de 78 años, como complicación de sutura tras extirpación de ganglión en la vaina tibial anterior de pierna derecha (12/4/2017).

. El 23/5/2017 se coloca el VAC, el día 25 /5 casi no hay secreción y desaparece el eritema de la zona perilesional, hay tejido de granulación en la zona superior. Después de la 3ª sesión de VAC hay escasa secreción y tejido epitelial en la parte superior.

Se retira el VAC 14/6/2017, después de la 5ª sesión. Continúan curas con apósito de colágeno

Conclusiones:

1. El fomento, la creatividad y desarrollo de una terapia V.A.C rural alternativa, con el material y presupuesto al alcance de un servicio de atención primaria
2. Favorecer el confort de los pacientes y evitar la derivación hospitalaria que hubiera supuesto mayor coste sanitario y mayor riesgo de infección nosocomial.
3. Elaboración de nuevas estrategias de afrontamiento ante heridas complejas que ha supuesto un mayor desarrollo personal y profesional

C152/19: LA ENFERMERA CON EL PACIENTE EN AUTOCONTROL DEL TAO. CALIDAD ASISTENCIAL.

Primer autor: *María Carmen Garitas Abril*

Coautores: *Pilar Catalán Edo, Teresa Plumed Yuste, Raquel Pérez Hernández, Ester Albarran Arribas, Andrea Villanueva Mena*

Centro: *Hospital Obispo Polanco Teruel*

Resumen:

En la actualidad, en nuestro país, alrededor de un millón de personas reciben anticoagulación oral. El fármaco más empleado es el acenocumarol, que requiere de controles de coagulación para constatar que el paciente se encuentra dentro de su rango terapéutico. Los pacientes suelen empezar este tratamiento en una consulta hospitalaria y, cuando se encuentran estabilizados, El paciente si reúne los requisitos necesarios pasa a formar parte del programa de autocontrol.

Objetivo. Mejorar la calidad de vida del paciente anticoagulado.

Metodología. El autocontrol está basado en que el propio paciente realiza su control con un coagulometro portátil y es capaz de autoajustarse la dosis, siguiendo unos algoritmos sencillos que, a través de una docencia y tecnología previa como app y web, sea un éxito en su manejo terapéutico. Formación y conocimientos Se imparten a los pacientes 2 ó 3 sesiones de 10 pacientes cada una, con los criterios requeridos para empezar a formarse. Su disciplina abarcara los siguientes puntos:

- Coagulación
- Anticoagulación
- Uso de materiales, coagulometro, tiras chip, tablas.

Control y seguimiento

- ♣ Internet, app móvil, mensajes, control telefónico constante.
- ♣ Asesoramiento profesional
- ♣ Semanalmente en un principio, mensualmente, cada 3 meses y luego anualmente.

Resultados:

- Total, de personas en autocontrol26
- Han tenido un óptimo resultado (TRT por encima del 90%) ... 24..... 92%
- Mal control (TRT >50%) 2 7%
- Salir del programa > 10%.....1..... 3%

Este es el reparto en porcentajes del periodo abril 2018-abril 2019.

Según estos resultados del total de pacientes que están haciendo autocontrol en este momento en Obispo Polanco de Teruel que supone ese 7% han mejorado los resultados, utilizando los siguientes parámetros:

- Mejorar la formación e información de los interesados
- Acortar los periodos de control
- Aumentar la implicación del paciente Y el 3% se salió del programa debido a problemas de su patología.

Conclusiones

- Permanencia de más tiempo en el estrecho rango terapéutico de INR, gracias a los frecuentes controles que requiere el autocontrol.
- Disminución de la morbilidad y mortalidad.
- Requiere mayor conocimiento de la enfermedad por parte del paciente.
- Mayor adherencia al tratamiento.
- Aumento de la satisfacción del paciente

C234/19: MEJORA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE LOGOPEDIA, ENFERMERÍA Y FAMILIAS DE LOS PACIENTES CON DISFAGIA DEL HSCJ DE HUESCA

Primer autor: *Mónica García Cortés*

Coautores: *Marta Charre Gascón*

Centro: *Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca*

Resumen:

El 1 de junio de 2018 comenzó la implementación de la Guía de Abordaje de la Disfagia Orofaríngea en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca. Entre sus objetivos:

1. Mejorar la coordinación entre servicios.
2. Mejorar el tratamiento de la DO y reducir las complicaciones derivadas de la DO.

Algunas de las acciones específicas contempladas en dichos objetivos:

1. Implementar modelos de comunicación por escrito entre logopedia y enfermería.
2. Mejorar la adaptación y seguimiento individual de las medidas compensatorias, a través de la mejora de la comunicación con enfermería y también con las familias de los pacientes.

En el presente trabajo nos proponemos comunicar los resultados obtenidos en cuanto a la implementación de los modelos de comunicación entre logopedia y enfermería, y en cuanto a la mejora de la comunicación de logopedia con las familias de los pacientes con DO.

En cuanto a la implementación de los modelos de comunicación entre logopedia y enfermería, el indicador establecido era que el servicio de logopedia entregara el modelo de comunicación a enfermería en un 95% de los casos atendidos por DO.

El método de evaluación empleado fue la contabilización de dicha entrega a través del registro de tratamiento del servicio de Rehabilitación desde el 01/06/2018 al 31/12/2018.

Los resultados obtenidos nos indicaron que se había realizado en un 95,45%.

En cuanto a la mejora de la comunicación con las familias, el indicador establecido era que se aumentara en, al menos, un 20% el número de asesoramientos individualizados realizados desde el servicio de logopedia a las familias de los pacientes con DO.

El método de evaluación empleado fue, de nuevo, la contabilización del registro de tratamiento del servicio de Rehabilitación, entre el 01/06/2018 y el 31/12/2018, y su posterior análisis comparativo de dicho registro entre el 01/06/2017 y el 31/05/2018.

Los resultados obtenidos indican que se produjo un aumento del 48,21%.

Conclusiones:

- El establecimiento de modelos formales para la comunicación entre el personal sanitario favorece la comunicación entre el mismo.
- El establecimiento de modelos formales para la comunicación entre familias y personal sanitario favorece la comunicación entre ambos.
- Es necesario valorar qué impacto tiene la mejora de la comunicación en la salud de los pacientes. Desde logopedia se está actualmente investigando la relación existente entre el asesoramiento individualizado a las familias de los pacientes con DO y las complicaciones posteriores al alta hospitalaria.

C310/19 ANÁLISIS DEL USO DE INMUNOGLOBULINAS SUBCUTÁNEAS DURANTE UN AÑO

Primer autor: *María Pérez Moreno*

Coautores: *Herminia Navarro Aznarez, Beatriz Abad Bañuelos, Oihana Pascual Martínez, Lucía Cazorla Poderoso, Arantxa Magallón Martínez, Andrea Pinilla Rello, Reyes Abad Sazatornil*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Objetivos: Análisis del uso de inmunoglobulinas subcutáneas en el periodo de 2018 en pacientes adultos con terapia sustitutiva y comparación del paso de inmunoglobulina (Ig) administrada por vía intravenosa (IV) a subcutánea (SC) respecto a dosis y gasto.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo, del total de pacientes adultos tratados con inmunoglobulinas subcutáneas durante el año 2018. Las variables consideradas fueron: sexo, edad, existencia o no de administración IV previa, motivo del cambio de vía, dosis requeridas IV y SC (ajustadas a tres semanas) en el momento del cambio de vía de administración y al final del estudio y coste de las distintas dosificaciones. Estudio estadístico: test pareado de muestras no paramétricas (test de Wilcoxon), considerando diferencias significativas $p \leq 0,05$.

Resultados: Se analizaron 33 pacientes (51,52% mujeres, media de edad 54.30 ± 14.23 años), un 81,82% (27/33) habían llevado tratamiento previo IV, con una media de dosis de $29,96 \pm 6,41$ g, la dosis media SC fue de $24,27 \pm 7,55$ g en el momento del cambio de vía y de $23,03 \pm 8,30$ g al final del estudio. La dosis utilizada de Ig IV vs Ig SC fue significativamente mayor ($p < 0,05$).

Los motivos del paso de administración de Ig IV a SC fueron: 12% mal control clínico, 4% pacientes con insuficiencia cardíaca, 16% efectos secundarios importantes con la vía intravenosa, 24% dificultad del paciente para acudir a hospital de día, 16% infecciones frecuentes pese al tratamiento adecuado para disminuir las estancias hospitalarias y el riesgo de infecciones nosocomiales, 4% dificultad para el acceso venoso, 4% infecciones frecuentes además de dificultad para el acceso venoso, 16% mal control clínico además de efectos secundarios asociados a la vía intravenosa y 4% por mal control de la clínica e infecciones frecuentes pese al tratamiento adecuado. En relación a la variación del gasto, con el paso a SC se obtuvo un ahorro de 6437,53€ en forma de gastos directos lo que supone un 17,51% en relación al gasto anterior por vía IV.

Conclusiones: Un elevado número de pacientes con tratamiento endovenoso previo ha sido beneficiado al paso de administración subcutánea, evitando así posibles efectos relacionados con la administración intravenosa. Al mismo tiempo se evidencian las diferencias de dosificación en función de la vía de administración y el ahorro que esto supone en gastos directos.

COMUNICACIONES MESA 22

Aula 3 (Planta 1ª)

Moderadora: María Bestué

Código	Título	Autor	Centro
C006/19	COMPARATIVO DE RESULTADOS EN ENCUESTA DE SATISFACCIÓN TRAS EL USO PROGRESIVO DE SEDACIÓN EN ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS	María Teresa Botella Esteban	Hospital Obispo Polanco
C0136/19	SATISFACCIÓN Y EXPERIENCIAS DE LOS PACIENTES EN UNA UNIDAD DE CRÓNICOS COMPLEJOS	Miguel Ángel Sauras Herran	Hospital Obispo Polanco
C0150/19	ATENCION COMUNITARIA: EDUCACIÓN PARA EL ASMA EN LA ESCUELA. USO ADECUADO DE INHALADORES Y MANEJO CRISIS AGUDA.	María Isabel Lostal Gracia	Centro De Salud Actur Oeste
C0163/19	ENDULZANDO EL VERANO: EXPERIENCIA DE UNA ENFERMERA PEDIÁTRICA EN UN CAMPAMENTO DE NIÑOS CON DIABETES TIPO I.	Andrea Paúl Nadal	Hospital Universitario Miguel Servet
C0165/19	SATISFACCIÓN DEL PERSONAL MÉDICO CON LA IMPLANTACIÓN DE PRESSALUD® EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA	Cristina Bustos Morell	Hospital De Barbastro
C0182/19	“MEDICAMENTOS, LOS JUSTOS. SÍ, PERO... ¿CÓMO SE LO CONTAMOS A NUESTROS PACIENTES?”	Helena Salanova Serrablo	Centro De Salud San Pablo
C279/19	INTERVENCIÓN COMUNITARIA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA MUJER CON TRASTORNO MENTAL GRAVE	María Del Rocío Calvo García Pellicer	Unidad Docente Matronas Y Eir Salud Mental
C314/19	SALUD BUCODENTAL LLEGA A LA ESCUELA RURAL.	María Carmen Pérez Tornos	Unidad De Salud Bucodental Calatayud

C006/19: COMPARATIVO DE RESULTADOS EN ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRAS EL USO PROGRESIVO DE SEDACIÓN EN ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS

Primer autor: *María Teresa Botella Esteban*

Coautores: *Ana Belén Doñate Borao, Inés Ariño Pérez, Concha Thomson LListerri Miriam Bellés Aranda, María José Alcalá Escriche, Emilio Garza Trasobares.*

Centro: *Hospital Obispo Polanco*

Resumen:

Autoevaluar el nivel de satisfacción de los pacientes sometidos a una endoscopia digestiva en los últimos 10 años en nuestra área, así como valorar si se han producido cambios tras la implementación progresiva de la sedación y con las nuevas preparaciones de colonoscopia.

Material y Métodos: Estudio descriptivo comparativo de los resultados de un cuestionario de satisfacción que se entregó a los pacientes tras la realización de una gastroscopia o colonoscopia en tres periodos diferentes: 2007 sin uso de sedación, 2012 con la utilización de sedación consciente (Fentanilo +/-Midazolam) y 2018 con el empleo de sedación profunda (Propofol). Se estimó el grado de insatisfacción en cada una de las preguntas con el porcentaje de respuestas contestadas como malo o regular.

Resultados: Las características de sexo y edad media de los pacientes que respondieron a la encuesta fue similar en los tres periodos. El porcentaje de insatisfechos en las principales preguntas (2007; 2012 y 2018) fue:

- demora en la cita (4.7%; 9.5%; 4,3%)
- demora el día de la exploración (8.8%; 9.9%; 6.8%)
- cortesía endoscopista (2.1%; 1%; 1.4%)
- cortesía enfermería (1%; 0; 0.3%)
- explicaciones médico solicitante (7.3%; 3.4%; 3.3%)
- explicaciones endoscopista (6.2%; 2.4%; 9.5%)
- molestias gastroscopias (50.7%; 26.1%; 17.6%)
- molestias colonoscopias (40%; 22.8%; 17.3%)
- preparación del colon (50%; 25%; 14.1%)
- puntuación global (7.9%; 3% 2.5%)

Conclusiones: Con la implementación progresiva de la sedación en endoscopias digestivas se va consiguiendo una mejoría de la tolerabilidad de las mismas, hasta un porcentaje de pacientes que las consideran molestas en torno al 17%. En el caso de las gastroscopias las molestias pueden deberse a que solemos utilizar con más frecuencia la sedación consciente. En las colonoscopias, los inconvenientes de la preparación previa del colon son inevitables aunque cada vez en menor medida por la mejor tolerancia a las nuevas preparaciones. Es llamativo el deterioro en cuanto a la satisfacción en relación a las explicaciones del endoscopista sobre los resultados de la prueba. Creemos que puede atribuirse a la amnesia que se produce con la sedación si tendemos a informar muy rápidamente tras la exploración. Los pacientes se mantienen muy satisfechos en cuanto a la cortesía del personal médico y de enfermería. Persiste además un adecuado nivel de insatisfacción en relación a demoras y el porcentaje de insatisfechos a nivel global, que ya era muy bajo, sigue descendiendo.

C136 /19: SATISFACCIÓN Y EXPERIENCIAS DE LOS PACIENTES EN UNA UNIDAD DE CRÓNICOS COMPLEJOS

Primer autor: *Miguel Ángel Sauras Herranz*

Coautores:

Francisco Javier Lerín Sánchez, Isabel Moreno Lucente

Centro: *Hospital Obispo Polanco*

Resumen:

El Programa de Atención a Pacientes Crónicos Complejos de Aragón y el proceso de atención de él derivado contemplan la creación de Unidades de Crónicos Complejos (UCC). En el Hospital Obispo Polanco la UCC inició su actividad de Hospitalización el 16 de abril de 2019 y ofrece además otros servicios de Hospital de Día, Consulta de Continuidad Asistencial y Consultoría Intrahospitalaria a otras unidades. Al cumplirse un año de actividad de Hospitalización hemos evaluado el grado de satisfacción y experiencias de los pacientes hospitalizados durante este periodo.

Material y métodos. Se ha obtenido información sobre la satisfacción y experiencias del paciente manifestadas mediante encuesta sistemática, voluntaria y anónima al alta de la hospitalización. Se realiza estadística descriptiva y representación gráfica mediante el programa Excel de Microsoft.

Resultados: Se han producido 277 altas en el primer año de la UCC. Se han cumplimentado voluntariamente 145 encuestas. Los datos de grado de satisfacción y de experiencia en los distintos aspectos asistenciales respecto a la atención médica, cuidados de enfermería y cuidados auxiliares recibidos por estos pacientes se presentan en figuras acompañantes. El 40% aprox. han sido contestaciones del propio paciente y el 60% de un familiar o allegado. Varones y mujeres han respondido en un 50% aprox. Los segmentos de edad se presentan en figura acompañante.

Discusión: El grado de satisfacción global y por tipos de atención profesional es muy elevado. La experiencia sobre los contenidos de la asistencia recibida muestra el valor apreciado por los beneficiarios de la atención proporcionada. El perfil de estos pacientes hace que en la mayoría de los casos la encuesta la hayan cumplimentado familiares o allegados, manteniendo esa apreciación de valor. No podemos realizar comparación de estos resultados con los de otros hospitales de nuestra Comunidad que comparten el mismo Programa de atención a estos pacientes al no disponer de datos publicados al respecto.

Conclusiones. La hospitalización prestada por la nueva UCC aporta resultados muy positivos en cuanto a la satisfacción de las expectativas de los pacientes crónicos complejos sobre la atención recibida y demuestra el valor reconocido por los destinatarios que aporta el nuevo dispositivo en su atención hospitalaria. La comunicación de resultados de los nuevos dispositivos asistenciales específicos para estos pacientes puede facilitar realizar benchmarking e identificar prácticas clínicas más efectivas.

C150 /19: ATENCION COMUNITARIA: EDUCACIÓN PARA EL ASMA EN LA ESCUELA. USO ADECUADO DE INHALADORES Y MANEJO CRISIS AGUDA.

Primer autor: *María Isabel Lostal Gracia*

Coautores: *Nieves Martínez Hernández, Teresa Tornos Simón, María Teresa García Castellanos, Juan Lorente Riverola, María Millán Taratiel, Carlos Martín de Vicente*

Centro: *Cs Actur Oeste*

Resumen:

Objetivo: El asma es la enfermedad crónica más frecuente en edad pediátrica. En un centro educativo, la posibilidad de que el profesorado se vea en la necesidad de atender al alumnado con esta patología es alta. La Zona Básica de Salud del Actur Oeste atiende a una población de 16.000-17.000 personas, de las que el 20% es menor de 15 años. La colaboración del personal sanitario del Equipo de Atención Primaria es importante en la formación de los docentes de los Centros educativos situados en su Zona de Salud. Se planteó realizar proyecto de calidad con el objetivo de:

1. Formación del personal docente en la atención del alumnado con asma. Prevención Manejo de dispositivos para administración de los fármacos. Identificación de situaciones que requieren presencia de servicios sanitarios urgente2. **Objetivo secundario:** Valorar satisfacción del personal docente. Incluir el Proyecto en la “Agenda Comunitaria de Actividades en Colegios”.

Método: La jornada educativa consistirá en : 1ª taller teórico . Se pondrá a disposición del equipo docente el material multimedia utilizado. Una hora de duración 2ª taller práctico. Uso de inhaladores MDI, cámaras espaciadoras con y sin mascarilla y dispositivos de polvo seco, Easyhaler, Turbuhaler, Accuhaler, Novolizer. Una hora de duración. Al finalizar las intervenciones, se realizará una encuesta sobre los conocimientos adquiridos y la satisfacción de los docentes.

Resultados

1 Participantes en la jornada formativa: 35 docentes2. **Indicadores de estructura:** Número de profesionales que participan x 100/número de profesionales docentes del centro escolar = $35 \times 100/63 = 55\%$

3. **Indicadores de resultado** Encuesta de satisfacción que es contestada por 19 de los 35 docentes que asistieron: Satisfacción general con el proyecto, 89% el taller se había adaptado a las necesidades y dudas sobre el manejo del asma en el ámbito escolar y el 95% consideraron el taller recibido como muy útil o bastante útil para manejar el asma en el ámbito escolar El 84% identificaron adecuadamente los síntomas de una crisis grave. El 79% identificaron la actuación correcta en una crisis de asma. El 100% se ve capaz de administrar la medicación en una crisis de asma.

Conclusiones Y Lecciones Aprendidas: El Proyecto se ha mostrado eficaz en el objetivo planteado que ha sido la formación del personal docente en la atención sanitaria del alumnado con asma. Se plantea continuidad del proyecto de calidad y extender la experiencia del taller al resto de centros educativos

C163 /19: ENDULZANDO EL VERANO: EXPERIENCIA DE UNA ENFERMERA PEDIÁTRICA EN UN CAMPAMENTO DE NIÑOS CON DIABETES TIPO I.

Primer autor: *Andrea Paul Nadal*

Coautores: *Ana Sancho Giménez*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Introducción: La diabetes tipo 1 representa un 5-10% y se produce con mayor frecuencia en niños y adultos jóvenes. Las causas que la originan se desconocen. Los altos niveles de glucosa en sangre pueden producir daños en múltiples órganos. La actividad física es especialmente importante, ya que ayuda a regular dichos niveles y a mejorar su estado de ánimo.

Objetivos: Combinar la educación diabetológica junto con el ejercicio físico y una alimentación adecuada. Empoderar a la población pediátrica con Diabetes tipo I en el autocontrol de su enfermedad.

Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos (Cuiden Plus, Science Direct) con las palabras clave diabetes tipo I, infancia, campamento, y sus múltiples asociaciones. Se encontraron 12 estudios, de los cuáles 6 fueron utilizados por cumplir los criterios de búsqueda. Junto con esto, se evaluó la experiencia desarrollada en el campamento realizado por la Asociación de Diabéticos de Zaragoza junto con la Unidad de Endocrino del Hospital Infantil Miguel Servet.

Resultados: El campamento se realizó del 20 al 29 de julio del 2018 en Villanova (Huesca). Asistieron un total de 46 niños de entre 10 y 16 años. El equipo sanitario estaba formado por residentes de Pediatría y de Enfermería Pediátrica. Previo a cada comida, se realizaba con ellos el conteo de raciones, apuntando el menú en una pizarra y las equivalencias entre gramos y raciones, para así poder realizar cada uno sus propios cálculos. Tras el desayuno, se realizaba una sesión de educación diabetológica a modo de juego con el fin de captar mejor su atención y de no “romper” el descanso vacacional. El resto del día se realizaban distintas actividades, en las que se ubicaba un puesto con material para determinar glucemias y poder actuar rápido ante una hipoglucemia. Los niños que portaban monitorización continua de glucosa realizaban el cambio del catéter cada 3 días. Realizaban el cambio “sólos” con el fin de favorecer su autonomía, pero siempre con el apoyo de un profesional sanitario. Cada noche, una pareja de sanitarios realizaba guardia con el fin de controlar las glucemias de los niños que habían presentado valores <100 mg/dl antes de irse a la cama.

Conclusiones: La diabetes es una constante. El campamento es una buena oportunidad para aprender a manejarla de forma dinámica y divertida. Además, durante estos días se encuentran rodeados de otros niños con su misma enfermedad, por lo que no se sienten diferentes, comparten experiencias y se intercambian consejos.

C165 /19: SATISFACCIÓN DEL PERSONAL MÉDICO CON LA IMPLANTACIÓN DE PRESSALUD® EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA

Primer autor: *Cristina Bustos Morell*

Coautores: *Juan Salas Jarque, Juan Gaston Añaños, Elisa Sahun García, Silvia Sicart Loncan, María Pilar Medrano Martínez, Francisco Ruiz Montes, Paula Gómez Rivas*

Centro: *Hospital de Barbastro*

Resumen:

Objetivo: Medir las expectativas previas y el grado de satisfacción del personal médico antes y tras la implantación del sistema de prescripción y administración electrónica Pressalud®.

Material y Métodos:

Durante las sesiones de formación se distribuyó la encuesta a los asistentes (ENCPRE), tras la fase de implantación se entregó la encuesta en la unidad (ENCPOST).

Resultados: El número de médicos asistentes a las sesiones previas a la implantación de Pressalud® fue de 22. En estas sesiones se recogieron 14 ENCPRE, 64% de los asistentes. La edad media de los encuestados era de 40 años y 50% mujeres, un 79% de ellos tenía experiencia previa con sistemas de prescripción electrónica. El 93% de los encuestados consideraba a priori que la prescripción electrónica sería mejor que la hoja de prescripción en papel. Apuntaron como posibles ventajas: la disponibilidad de tratamiento actualizado en cualquier momento 100%, la disminución de errores de interpretación de un medicamento escrito a mano 100% y la disminución de errores de transcripción 100%. Entre los posibles inconvenientes indicaron la falta de ordenadores 64% y los problemas con la red informática 50%. Tras la instauración del sistema se obtuvieron 14 encuestas, la media de edad de los encuestados era de 41 años y 43% mujeres. De ellos un 71% tenía experiencia previa en sistemas de prescripción electrónicos. Entre las ventajas experimentadas tras la implantación del programa destacan: la disminución de errores de interpretación 86% (versus 100% previo) y la disminución de errores de transcripción 86% (v.s 100% previo). En cuanto a los inconvenientes resaltan: la falta de ordenadores 71% (vs 64%) y los problemas de la red informática 64% (vs 50%). La nota media en cuanto a la satisfacción con la formación es de un 8 sobre 10 y el seguimiento por parte del Servicio de Farmacia durante la puesta en marcha es de un 9 sobre 10. Finalmente el grado de satisfacción con el sistema de prescripción y administración electrónica es de un 7. Un 36% de los encuestados consideró que la prescripción electrónica enlentecía el proceso de prescripción.

Conclusiones: El personal encuestado consideró que la prescripción electrónica sería mejor que el sistema en papel y señalaron como principales ventajas la disminución de errores de interpretación, transcripción y la disponibilidad del tratamiento. Aunque los porcentajes obtenidos en las ENCPOST son menores que las percepciones iniciales. Tras la instauración del programa la satisfacción alcanza un 7 sobre 10 donde se enfatizan los problemas informáticos.

C182/19: MEDICAMENTOS, LOS JUSTOS. SÍ, PERO... ¿CÓMO SE LO CONTAMOS A NUESTROS PACIENTES?

Primer autor: *Helena Salanova Serrablo,*

Coautores: *María Marco Brualla, María Escorihuela Gimeno, Sara Rodrigálvarez De Val, Sofía Santolaria Sancho, Antonio Muñoz Anadón, Cristina Alonso López, Carlos Coscollar Santaliestra*

Centro: *Centro de Salud San Pablo*

Resumen:

Objetivo: Transmitir a los pacientes la necesidad del uso prudente de los fármacos mediante una actividad de Educación para la Salud (EPS).

Material y métodos: Un grupo de profesionales, preocupados por el exceso de medicalización y conscientes de la necesidad de que los pacientes conozcan la importancia del uso prudente de sus medicamentos, preparamos una actividad de EPS sobre el tema. Nos reunimos con pacientes para saber qué cuestiones les interesan. Se optó por el formato coloquio, fomentando la participación de los asistentes. Los temas se distribuyen en 2 coloquios que se realizan periódicamente, 2 jueves consecutivos con los siguientes objetivos: Divulgar la necesidad del uso prudente de los fármacos por el riesgo que conllevan. Resaltar la importancia de las medidas no farmacológicas y los hábitos saludables en el cuidado de la salud. Fomentar el espíritu crítico ante la publicidad de fármacos de venta libre y alimentos funcionales. En el primer coloquio se aborda el equilibrio entre beneficios y riesgos de los medicamentos y la necesidad de revisar periódicamente la medicación crónica. El segundo trata la medicalización de la vida y los alimentos publicitados como fármacos, resaltando la importancia de los hábitos de vida saludables. La selección de pacientes invitados se hace desde las consultas de todo el equipo del centro, que de esta forma se implica colaborando también en el proyecto. En 2018 se realizaron 4 ediciones de 2 talleres cada una, en Febrero, Abril, Junio y Noviembre. En cada una de las ediciones, los asistentes fueron diferentes a las demás.

Resultados: % asistentes a las sesiones/ total pacientes convocados (captación en consultas). Febrero 65 %, Abril 80 %, Junio 61 %, Noviembre 100 % MEDIA: 76,5 %. % de resultados (> o= 4) en la encuesta de satisfacción relacionada con la actividad (escala de 1 a 5 ; 5 mayor satisfacción). Febrero 97 %, Abril 100 %, Junio 100 %, Noviembre 100 %: MEDIA: 99,25 %. % cumplimentación de la encuesta previa al taller / total asistentes (encuesta anónima con datos de salud y conocimientos del paciente): Febrero 100 %, Abril 100 %, Junio 100 %, Noviembre 100 % MEDIA: 100 %

Conclusiones: El tema despierta interés y es muy bien acogido por los pacientes. Por parte de los profesionales se percibe la importancia y necesidad de continuar difundiendo el uso prudente de los fármacos y potenciar los hábitos saludables. Nos parece importante también difundir la idea de la salud en su concepto más amplio, y que su cuidado va más allá de la toma de medicamentos.

C279/19 INTERVENCIÓN COMUNITARIA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA MUJER CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Primer autor: *María del Rocío Calvo García.Pellicer*

Coautores: *Alejandra Franco Villalba, Rosana Gómez Conte, Lucía Olivares Polo, Carmen Marco Espinosa, Ana Muñoz Ruiz, María Villarrolla Lacilla*

Centro: *Unidad docente Matronas y EIR Salud Mental*

Resumen:

Introducción. Las mujeres con trastorno mental grave presentan una dificultad en la utilización de los recursos sanitarios ya sea por desconocimiento de vías de acceso o disminución de autonomía, especialmente agravada por los prejuicios sociales que genera la atención a la salud sexual y reproductiva de la mujer. En respuesta a esta necesidad, se plantea una intervención grupal-educativa en el Centro de Día Romareda, organizada entre las Unidades Docentes de EIR Salud Mental y Matrona.

Objetivos. General:

- Aumentar los conocimientos de las usuarias sobre la propia salud sexual y reproductiva.

Específicos:

- Presentar métodos anticonceptivos actuales.
- Facilitar información sobre autocuidado referente a ciclo menstrual y menopausia.
- Reconocer y ejercitar la musculatura pélvica.
- Generar un debate en torno a la sexualidad femenina.

Metodología. Tras reuniones entre ambas unidades docentes para la puesta en común de conocimientos, se realizaron 2 sesiones grupales de 18 mujeres en el Centro de Día Romareda, con una duración de 2,5 h cada una.

1ª sesión: Presentación.

Investigación de conocimientos previos mediante lluvia de ideas.

Explicación sobre fisiología y autocuidados durante la menstruación y menopausia mediante imágenes.

Resolución de dudas

2ª sesión: Refuerzo de conocimientos previos: lluvia de ideas.

Reconocimiento del suelo pélvico: ejercicios de Kegel con explicación simultánea.

Exposición de los métodos anticonceptivos, su indicación y uso mediante muestras y maquetas anatómicas.

Debate sobre sexualidad femenina y resolución de dudas.

Resultados. Se tuvo en cuenta el feedback en el aula y tras la realización de las sesiones, 14 personas respondieron a una encuesta de satisfacción de elaboración propia tipo Likert para la evaluación de contenidos, materiales, duración y calidad de las ponencias, obteniendo en todas ellas una puntuación mayor o igual a 4 en la evaluación general. Además, un 86% de las mujeres manifestó que repetiría la actividad, mostrando así la idoneidad de una continuación del programa formativo.

Conclusiones/Lecciones. La actividad contribuyó a aumentar los conocimientos de las mujeres respecto a su salud sexual y reproductiva, mejorando así su autocuidado y el uso correcto de los recursos sanitarios. Se observó una alta participación y aceptación de la actividad por parte de las usuarias. Para las integrantes del equipo resultó una actividad enriquecedora y un reto frente a las características de las usuarias, por lo que estiman oportuna su continuidad en sucesivas ediciones

C314/19 SALUD BUCODENTAL LLEGA A LA ESCUELA RURAL.

Primer autor: *María Carmen Pérez Tornos*

Coautores: *Wafa Ben Cheikh El Aayuni, Carlos Mur Ascaso, Cristina Layus Abad,*

Centro: *Unidad de Salud Bucodental Calatayud*

Resumen:

Objetivos: La Unidad de Salud bucodental de Calatayud, llevamos varios años dando una serie de charlas educativas en los colegios de Calatayud. Es muy importan hacerles llegar a los niños la importancia de la salud bucodental de una manera divertida y conseguir hacerles amigos del sillón de odontología. Es muy importante enseñarles la importancia de la prevención en la salud bucodental y hacerles ver que es esencial acudir a las revisiones periódicamente. Este curso el CRA. DE Maluenda nos solicitó el poder realizarlas en estas pequeñas escuelas que están un poco abandonadas. Nuestro objetivo es llegar a aquellos niños que bien por problemas con el transporte o problemas socio-económicos estaban carentes de toda esta información y además no solían acudir a las revisiones.

Método: Primero, con ayuda de un power-point se intenta que se conozca cómo es la boca, los dientes por fuera y por dentro, como la debemos de cuidar y lo que debemos evitar. A continuación con ayuda de un fantoma y cepillo hemos realizado el taller de cepillado, cada niño y profesor han traído su cepillo y junto conmigo después hemos puesto lo aprendido en práctica.

Resultados: Realizamos sesiones educativas en 8 localidades rurales a 105 alumnos en total desde 1º hasta 6º de primaria: 38 alumnos en Maluenda, 7 en Fuentes, 7 en Mara, 9 en Miedes, 9 en Morata De Jiloca, 19en Paracuelos De Jiloca, 11 en Terrer y 5 en Villafeliche. El resultado de las encuestas realizadas a los profesores han sido el 100% muy satisfactorias, actividad totalmente adecuada para el nivel y edad de los niños. Se consiguió que los niños participaran tanto en la charla con en el taller de cepillado, estuvieron muy motivados.

Conclusiones: Hemos comprobado que los niños son muy receptivos y han contado en su casa la actividad que hemos realizado. Después de realizar estas charlas han empezado a venir a la Unidad de Salud bucodental niños que nunca se habían hecho ninguna revisión principalmente por un gran desconocimiento del servicio que se les daba en el Centro de Salud. Para mi satisfacción los profesores me han comunicado que para ellos también ha sido muy útil y las encuestas han sido muy satisfactorias.

Lecciones aprendidas: Es muy importante que desde el centro de salud nos desplazemos a otros lugares como son los colegios para poder acercar nuestro trabajo, en este caso la odontología. Fuera de la consulta los niños se encuentran más relajados y muestran realmente todo el desconocimiento que tienen y temores.

COMUNICACIONES MESA 23

Aula 4 (Planta 1ª)

Moderador: Rafael Gómez Navarro

Código	Título	Autor	Centro
C055/19	CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN PARA EL ESTUDIO DEL DOLOR TORÁCICO EN EL SECTOR DE BARBASTRO	Daniel Grados Saso	Hospital De Barbastro
C056/19	MEJORA DE SEGURIDAD EN EL MANEJO PERIOPERATORIO DEL PACIENTE CON DESFIBRILADOR IMPLANTABLE	Daniel Grados Saso	Hospital De Barbastro
C061/19	PUESTA EN MARCHA DE UNA UNIDAD DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO EN CARDIOLOGIA	Georgina Fuertes Ferre	Hospital Universitario Miguel Servet
C0131/19	COORDINACIÓN ENTRE FASE 1 Y 2 DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN POSTOPERATORIO CARDIACO	José Ignacio De Miguel Salvador	Hospital Universitario Miguel Servet
C0155/19	EVOLUCIÓN DE LA MONITORIZACIÓN DOMICILIARIA EN LA UNIDAD DE MARCAPASOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO	Enrique Orea Castellano	Hospital Obispo Polanco
C0226/19	NIVELES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN GERIATRÍA	Daniel Martínez Fabre	Hospital San José
C263/19	IMPLEMENTACIÓN DE LA VIA SUBCUTANEA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO	María Yagüe Nogue	Hospital Royo Villanova
C265/19	EL USO DE UNA VIA CLINICA DE INSUFICIENCIA CARDIACA JUNTO CON LA EDUCACION SANITARIA, DISMINUYEN LA TASA DE REINGRESOS.	Susana Martínez Asensio	Hospital Royo Villanova
C284/19	ESTIMACIÓN Y CONTROL DE LAS DOSIS DE LOS PACIENTES DE HEMODINÁMICA. OBTENCIÓN DE NIVELES DE REFERENCIA LOCALES	F. Javier Jiménez Albericio	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
C298/19	VARIABILIDAD CLÍNICA EN EL PLAN TERAPÉUTICO ANTIAGREGANTE ELEGIDO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO INICIAL DE SCA/SEST	Martin Torres Ramirez	Hospital Universitario Miguel Servet

C055/19: CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN PARA EL ESTUDIO DEL DOLOR TORÁCICO EN EL SECTOR DE BARBASTRO

Primer autor: *Daniel Grados Saso*

Coautores: *Esther Escapa Laplana, Carmen Rodríguez Gualda, Rodolfo Reinoso, Claudia Martínez Huguet, Monserrat Pons Mateo, Gustavo Francisco Angulo Balduzzi, Laura Bolea Laderas*

Centro: *Hospital de Barbastro*

Resumen:

Objetivos: El dolor torácico es un síntoma asociado a patologías potencialmente mortales como la cardiopatía isquémica. Por ello, un adecuado manejo de esta entidad debe basarse en una estratificación del riesgo del paciente y en alcanzar un equilibrio entre las pruebas invasivas innecesarias en pacientes de bajo/moderado riesgo (con ahorro de costes y de yatrogenia asociada) y las pruebas imprescindibles para un estudio adecuado y de calidad del paciente que lo precisa, de acuerdo a las guías de práctica clínica. Un número importante de pacientes son derivados a consulta de Cardiología para estudio de dolor torácico y esto supone una carga de trabajo importante para nuestro servicio.

Las particularidades geográficas de nuestro sector, con una población dispersa hace que los pacientes deban realizar viajes en ocasiones largos para la realización de las pruebas diagnósticas y es preciso reducir el número de visitas en la medida de lo posible.

Se trata de un proyecto dirigido a la atención de los pacientes con dolor torácico estable en el Sector de Barbastro.

-Métodos: El plan ha consistido en la implementación de un sistema basado en citar el mismo día dos pruebas diagnósticas de Cardiología con la realización en una única visita de: ecocardiograma basal y prueba de detección de isquemia con informe de resultados al paciente y toma de decisión clínica en esa misma consulta. Se pretendía agilizar el proceso diagnóstico y aumentar la satisfacción de los pacientes, incrementando la comodidad (resolución en una visita al hospital) y reducción del número de desplazamientos que tienen que realizar. Se ha llevado a cabo una encuesta para valorar el grado de satisfacción.

-Resultados: Se han realizado un total de 46 visitas con ecocardiograma y prueba de detección de isquemia en una visita. Se han dado 33 altas directas ese mismo día (71% de los pacientes). No ha habido eventos adversos cardiovasculares en el seguimiento de estos pacientes hasta el momento (seguimiento hasta 15 de febrero de 2018). La encuesta indica una elevada satisfacción de los pacientes (puntuación de 4.8/5 en la evaluación global de la atención recibida. Puntuación de 5/5 en la evaluación de la percepción de la ventaja que supone para el paciente realizar las pruebas el mismo día. El inconveniente que hubiera supuesto venir en dos días distintos es 3.6/5.

-Conclusiones y lecciones: La estrategia se ha mostrado segura y eficaz. El número de visitas que han tenido que realizar estos pacientes al hospital se ha reducido a la mitad.

C056/19: MEJORA DE SEGURIDAD EN EL MANEJO PERIOPERATORIO DEL PACIENTE CON DESFIBRILADOR IMPLANTABLE

Primer autor: *Daniel Grados Saso*

Coautores: *María Abad Sanz, Claudia Martínez Huguet, Jaime Gimeno Garza, Víctor Manuel Aragón Estremera, Rodolfo Eduardo Reinoso, Ana María Martínez Royo, Cristina Latre Saso*

Centro: *Hospital de Barbastro*

Resumen:

Objetivos: Cada vez más pacientes son portadores de DAI y precisan una intervención quirúrgica con riesgo de interferencia, por esta razón se ha elaborado un plan para aumentar su seguridad y el conocimiento de los profesionales sanitarios acerca del desfibrilador. El desfibrilador automático implantable (DAI) es un dispositivo antiarrítmico, parecido a un marcapasos en su aspecto externo cuya principal función es proteger al paciente de la muerte súbita cardíaca arrítmica, debida a arritmias ventriculares que el aparato puede tratar de manera efectiva. El desfibrilador puede presentar alteraciones en su normal funcionamiento a consecuencia de los efectos de otros dispositivos presentes en el medio hospitalario (interferencias). En el quirófano el electrobisturí puede generar interferencias y ocasionar que el DAI administre terapias y descargas inapropiadas. Es por ello que se recomienda desactivar transitoriamente las terapias del desfibrilador durante la intervención. Bien mediante el programador específico o si no es posible mediante la colocación de un imán sobre la zona de la piel del paciente donde se encuentra el generador. Los pacientes portadores de DAI propuestos para cualquier tipo de cirugía programada (excepto la cirugía de cataratas) deben ser derivados a otros centros de referencia que cuenten con un Servicio de Cardiología donde dispongan de medios para la programación de los desfibriladores.

Métodos: Se ha elaborado un documento informativo para profesionales sanitarios sobre el DAI y su funcionamiento y una vía clínica propuesta para los pacientes tanto en caso de cirugía programada como en casos emergentes con la forma de proceder respecto al DAI en el quirófano y durante el periodo perioperatorio.

Resultados: A lo largo del segundo semestre de 2018, un número de 3 pacientes han debido ser derivados por este motivo. No se ha registrado ninguna complicación perioperatoria en relación al DAI durante el segundo semestre de 2018 en el hospital. Se ha reducido el número de interconsultas urgentes a Cardiología (0) por este motivo.

Conclusiones: Se ha elaborado un documento informativo para profesionales y unas pautas de actuación ante los pacientes con DAI que precisan una intervención quirúrgica. No se ha registrado ninguna complicación perioperatoria en relación al DAI.

C061/19: "PUESTA EN MARCHA DE UNA UNIDAD DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO EN CARDIOLOGIA"

Primer autor: *Georgina Fuertes Ferre*

Coautores: *María Lasala Alastuey, Carmen Rivas Martínez, Lorena Brusel Estaben, Ana Marcén Miravete, María Del Rosario Ortas Nadal*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Introducción y objetivos:

El progreso en los procedimientos diagnósticos y tratamientos en la actividad médica asistencial han permitido generar alternativas a la hospitalización, que de por sí entraña un riesgo importante de complicaciones asociadas. El objetivo es la creación de una consulta de acceso restringido con un diagnóstico ambulatorio muy preferente en procesos agudos o subagudos en patologías "potencialmente graves" pero que no debieran requerir ingreso. Se trata de lograr rapidez tanto en la primera visita (que debería ser inferior a diez días desde la solicitud) como en lograr un diagnóstico (máximo quince días), en un máximo de dos visitas por paciente. De esta manera, se evitaría además una sobrecarga en el número de hospitalizaciones.

Métodos y Resultados:

Para poner en marcha una unidad de diagnóstico rápido (UDR) se requiere establecer unos circuitos prioritarios. Al tratarse de una consulta de acceso restringido, los pacientes deben presentar patología cardiovascular potencialmente grave, han de ser valorados previamente por un cardiólogo y deben cumplir alguno de los criterios de derivación: a través de la Interconsulta Virtual, desde el Servicio de Urgencias ó a través de Interconsultas de otros Servicios. Se incluye la atención protocolizada de las siguientes patologías: cardiopatía isquémica, patología arrítmica, insuficiencia cardiaca y valvulopatías. Se establecen unos circuitos prioritarios intraservicio entre las Unidades Intraservicio. Para agilizar los circuitos de las peticiones de pruebas complementarias se dispone de un correo corporativo con un formato específico para la UDR. Todos los informes están disponibles en la Historia Clínica Electrónica. Desde la puesta en marcha de la UDR en el Hospital Miguel Servet el 18/03/19 se han valorado 134 pacientes durante dos consultas semanales, el tiempo medio de abordaje diagnóstico-terapéutico desde la solicitud ha sido de 48-72 horas.

Conclusiones:

La UDR de Cardiología permite un abordaje diagnóstico-terapéutico muy precoz de pacientes con patología potencialmente grave pero no incapacitante, sin necesidad de ingreso. Con ello, evitamos sobrecargar la actividad hospitalaria, disminuir los riesgos asociados al ingreso, mejorar la experiencia del paciente y usar adecuadamente los recursos en este recorrido inicial de esta unidad.

C131 /19: COORDINACIÓN ENTRE FASE 1 Y 2 DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN POSTOPERATORIO CARDIACO

Primer autor: *José Ignacio De Miguel Salvador*

Coautores: *María José Mérida Marqués, Silvia Larena Sánchez, Ana Belén Morata Crespo, Marina Gimeno González, Ana Isabel Marco Abad, Carlos Ballester Cuenca, Pedro Carlos Fresneda Roldán*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Objetivos: El objetivo prioritario es mejorar la información sobre FRCV del paciente operado de Cirugía Cardíaca que va a ser derivado a fase 2 de rehabilitación cardíaca, durante el ingreso hospitalario.

Objetivos específicos:

- Determinar las necesidades de información de los pacientes sometidos a cirugía cardíaca.
- Proporcionar a cada paciente la información que precise y adaptarla a su situación emocional, social y cultural.
- La deshabituación tabáquica en aquellos pacientes fumadores es uno de los objetivos prioritarios.

Método y Actividades: En el momento actual todos los pacientes sometidos a cirugía cardíaca son valorados por el médico rehabilitador desde la estancia en UCI y reciben seguimiento durante su estancia hospitalaria, las principales guías clínicas recomiendan con un nivel de evidencia alto, el abordaje de los FRCV en estos pacientes. Los enfermeros de la Unidad de Rehabilitación Cardíaca en coordinación con el personal de enfermería de la planta de Cirugía Cardíaca realizan dos sesiones informativas semanales a los pacientes que van a ser dados de alta de la planta y posteriormente derivados

- Elaborar un check-list sobre las necesidades de información del paciente hospitalizado.
- Estructurar las sesiones informativas previas al alta del paciente que realizará fase 2 de rehabilitación cardíaca, de tal forma que garanticemos una información básica mínima.
- Facilitar el conocimiento del paciente de la Unidad de Rehabilitación Cardíaca antes del alta hospitalaria.
- Abordaje de la deshabituación tabáquica en todos los pacientes fumadores durante el ingreso hospitalario
- Reunión cada dos meses entre los miembros del equipo de mejora para analizar situación, feedback del proceso.

Resultados. Hasta el momento actual hemos trabajado con 76 pacientes, el 26.3% son mujeres, el 50% habían sido intervenidos de recambios valvulares, el 46.4% sometidos a revascularización miocárdica, el 3.6% otras intervenciones. En cuanto a las áreas de mayor interés sobre las que deseaban recibir información: 35.7% sobre actividad física, el 32.14% sobre alimentación, el 50% sobre seguimiento ambulatorio, el 25% sobre posibles complicaciones derivadas de la Cirugía Cardíaca,

Conclusiones: Los pacientes se muestran interesados en recibir la información, principalmente en temas relacionados con el seguimiento al alta y actividad física. El proyecto ha facilitado la coordinación entre las dos Unidades

C155/19: EVOLUCIÓN DE LA MONITORIZACIÓN DOMICILIARIA EN LA UNIDAD DE MARCAPASOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Primer autor: *Enrique Orea Castellano*

Coautores: *María José Villamón Nevot, Laura Conejos Jericó, José María Montón Dito, Manuel Jesús Gato León*

Centro: *Hospital Obispo Polanco*

Resumen:

Evolución de la monitorización domiciliaria en la unidad de marcapasos del Hospital Obispo Polanco

Objetivos:

1. Visibilizar el funcionamiento de la monitorización domiciliaria (MD) en paciente portadores de marcapasos definitivo.
2. Evaluar la situación actual de la MD en la consulta de marcapasos

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes portadores de marcapasos definitivo incluidos en el sistema de MD desde el año 2011 hasta mayo del año 2019. Se estudiaron las siguientes variables: nº de pacientes portadores de marcapasos, nº de pacientes con MD, nº de pacientes con MD express, nº pacientes con MD individual, motivo de la MD, nº de transmisiones por año.

Resultados: A fecha 1 de mayo en la unidad de MP del HOP hay 442 pacientes, de los cuales 91 están incluidos en sistema Carelink de Medtronic (59 express y 32 individual) y 18 en sistema HM de Biotronik, lo que supone un 24,66 % del total de pacientes de la unidad.

El nº de pacientes incluidos y de trasmisiones activas ha ido aumentando progresivamente hasta llegar a 58 de Medtronic y 17 de biotronic en 2018.

Los motivos por lo que se incluyeron en el sistema de MD son: evitar desplazamientos (n=90), control de agotamiento del MP (n=7), vigilancia de arritmias (n=15), variabilidad de umbrales e impedancias de electrodos (n= 3).

Conclusiones: Debido a la dispersión geográfica de la provincia de Teruel, las malas comunicaciones (carreteras y escaso transporte público), la climatología y la elevada edad media de los pacientes que acuden a nuestra consulta hacen de la MD un sistema beneficioso para la calidad de vida del paciente, familia y del sistema sanitario.

Este sistema supone una disminución de la carga asistencial en la consulta, consiguiendo una optimización de los recursos y resultando costo-efectivo para paciente, familia y sistema sanitario.

Lecciones aprendidas: La MD del hospital Obispo Polanco es asumida en su mayor parte por el personal de enfermería consiguiendo un feed-back continuo con el personal de enfermería de AP y estableciendo un vínculo humano con el paciente que complementa a la tecnología. Por otra parte, hemos percibido el aumento de satisfacción de los pacientes y los familiares al mejorar su calidad de vida.

C226/19: NIVELES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN GERIATRÍA

Primer autor: *Daniel Martínez Fabre*

Coautores: *Carlos Gala Serra, María Elena Castro Vilella, Rosa Elva Solís Magdaleno, Julia Hernández Martín, Marta Correa Ballester, Marta González Eizaguirre, Carmen Oquendo Marmaneu*

Centro: *Hospital San José*

Resumen:

Objetivos: Ayudar a definir objetivos y facilitar la unidad de criterios, evitando la variabilidad clínica entre profesionales. Facilitar a todos los profesionales los objetivos fundamentales e intervenciones indicadas o no recomendables. Ofrecer una atención de calidad en paciente terminal, mediante adecuación del esfuerzo terapéutico y deprescripción farmacéutica.

Métodos: Durante 2017 se realizó formación sobre niveles de Intervención Terapéutica (NIT) y el Índice de Fragilidad basado en la Valoración Geriátrica Integral. En la primera semana del ingreso del paciente, el médico responsable establece el NIT y recomendaciones sobre toma de decisiones de forma individualizada y consensuada con paciente y familia. Este proceso fue registrado en Historia Clínica y en el programa de prescripción electrónica. Las farmacéuticas usaron la herramienta de deprescripción Stopfrail para sugerir cambios de tratamiento en aquellos pacientes con NIT C y D. En Enero de 2019 se analizan los resultados obtenidos de los indicadores de calidad desde 1 de Mayo de 2018 a 31 de Diciembre de 2018.

Resultados: Indicador1: Estratificación según complejidad: Se ha establecido un NIT en 415 (80,8 %), pacientes de los 513 ingresados durante el periodo descrito, superando el estándar de calidad propuesto. Indicador2: Toma de Decisiones. En un 70,37 % se realizó una recomendación sobre manejo teniendo en cuenta su NIT. En el 85% de éstos se había consensuado con compañeros, paciente y familia. Indicador3: Deprescripción farmacéutica. En el 31% de los pacientes con NIT C o D se registró el uso de Stopfrail en el programa Farmatools®; El 75,8% de los pacientes que fallecieron durante el ingreso recibieron tratamiento exclusivamente paliativo 24 horas antes de fallecer, por lo que se realizó deprescripción sin ser registrada.

Conclusiones: La herramienta ha sido ampliamente implementada y ha favorecido una atención proactiva, facilitando al profesional la toma de decisiones y respetando la autonomía de paciente/familia. Los resultados del indicador3, no han alcanzado el estándar de calidad, puesto que la Deprescripción ya se realizaba al ingreso de los pacientes.

Lecciones Aprendidas: Sería interesante recoger las impresiones de enfermería y medicina, ante la variabilidad clínica que se ha observado en la estratificación y las orientaciones diagnóstico terapéuticas en los diferentes NIT. Se propone que esta herramienta pueda utilizarse desde Atención Primaria y desde otros niveles asistenciales/especialidades.

C263/19 IMPLEMENTACIÓN DE LA VIA SUBCUTANEA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Primer autor: *María Yagüe Nogue*

Coautores: *Ruth Caballero Asensio, Susana Martínez Asensio, Gemma Terrén Puig, Leticia Royo Trallero, Pilar Vela Pérez, Lucia García Paya, Noelia Gracia Aso*

Centro: *Hospital Royo Villanova*

Resumen:

Objetivos: El uso de la vía subcutánea (sc) se ha extendido en las unidades de Hospitalización a Domicilio, no solo para la administración de fármacos en tratamiento paliativo, sino también como vía de administración de tratamiento deplectivo en la insuficiencia cardíaca (IC). Cuenta con grandes ventajas respecto a la vía venosa (técnica poco agresiva, efectividad similar a la vía iv, no necesita heparinización, mayor autonomía del paciente, menor riesgo de infección del catéter) y se decidió implementar su uso en nuestra Unidad durante el año 2018, como mejora de la atención a los pacientes ingresados con insuficiencia cardíaca.

Métodos: De inició se valoró la disponibilidad del material en nuestro centro, adecuado a las características de los pacientes, y nuestras necesidades concretas (dada la realización de visitas únicas diarias al domicilio). Se realizó un protocolo con un listado de indicaciones (pacientes con mal acceso venoso periférico, edad avanzada, alteraciones de la coagulación, mala adaptación a la vía endovenosa) y contraindicaciones (anasarca), así como de cuidados de enfermería específicos para el manejo de la misma (sitio de punción, técnica de punción, mantenimiento, duración, técnicas de utilización).

Resultados: Durante todo el 2018 el 95% de los pacientes ingresados con IC en la unidad ha recibido tratamiento deplectivo por vía sc, mediante el uso de elastómeros para la infusión continua, o en bolos para la infusión intermitente. La eficacia ha sido similar a la administración endovenosa, salvo en casos muy concretos de IC refractaria. El número de avisos domiciliarios por complicaciones con el método utilizado ha disminuido de forma considerable comparado con el uso previo de la vía iv con bombas electrónicas, no precisando el desplazamiento de la enfermera al domicilio fuera del horario de visitas salvo en contadas ocasiones. Las únicas complicaciones registradas han sido a nivel local del punto de inserción de la palomilla sc: eritema, edema, induración e irritación. Ningún caso de infección de tejido sc.

Conclusiones: Uso de la vía sc para el tratamiento deplectivo como primera elección. Mejoría de la autonomía del paciente (no precisa del aprendizaje del manejo de la bomba electrónica). Disminución del número de salidas fuera del horario de visitas por parte de enfermería.

C265/19 EL USO DE UNA VIA CLINICA DE INSUFICIENCIA CARDIACA JUNTO CON LA EDUCACION SANITARIA, DISMINUYEN LA TASA DE REINGRESOS.

Primer autor: *Susana Martinez Asensio*

Coautores: *María Yague Nogue, Ruth Caballero Asensio, Esther Solis Pastor, María Sevil Puras, Leticia Royo Trallero, Marta Matia Sanz, Isabel Fiteni Mena*

Centro: *Hospital Royo Villanova*

Resumen:

Objetivos: La educación sanitaria en la unidad de hospitalización a domicilio favorece el autocuidado, la adhesión al tratamiento médico, mejora los resultados clínicos y el número de reingresos en paciente con insuficiencia cardiaca. Las Vías Clínicas son una de las principales herramientas organizativas de la gestión de la calidad asistencial para la estandarización de los procesos asistenciales, donde se incluyen todas las diferentes actividades de los profesionales que intervienen en la atención al paciente hospitalizado. Su utilización nos ayuda a seguir una serie de pautas diarias como control de peso, uso de diuréticos, registro de constantes vitales etc, para un mejor manejo de los pacientes con insuficiencia cardiaca. Se ha objetivado que los principales factores de riesgo de la patología vascular, asociados al estilo de vida (sedentarismo, tabaquismo, obesidad, dislipemia...), son susceptibles de cambiar con programas educativos, que logran mejorar la capacidad funcional y reducir la probabilidad de reingreso.

Metodología: Durante el periodo comprendido entre los meses de Marzo y Noviembre del año 2017, se realizó la recogida de datos en el Hospital Royo Villanova. Se recogieron todos los pacientes ingresados con IC descompensada en el servicio de Hospitalización a Domicilio (HAD (grupo 1)) (21 pacientes) y de Medicina Interna en Hospitalización convencional (grupo 2) (15 pacientes). En el grupo 1 (HAD) se siguió una vía clínica.

Resultados: En los reingresos por IC en los 3 meses siguientes al alta, se observó una tasa mayor en el grupo 2 (53,8%) versus grupo 1 (6,6%), así como mayor frecuencia de visitas al servicio de urgencias 63% grupo 2 versus 18,7% grupo 1. Estos resultados fueron similares en ambos grupos en los 3 meses previos a la inclusión.

Conclusión: Una buena educación Sanitaria y el uso de la vía clínica junto con un tratamiento médico adecuado en el servicio de HAD, disminuye los reingresos y las posteriores visitas a urgencias en los 3 primeros meses tras el alta respecto a los paciente ingresado en MI en el hospital.

C284/19 ESTIMACIÓN Y CONTROL DE LAS DOSIS DE LOS PACIENTES DE HEMODINÁMICA. OBTENCIÓN DE NIVELES DE REFERENCIA LOCALES

Primer autor: *F. Javier Jiménez Albericio*

Coautores: *Pedro Ruiz Manzano, Alejandro Barranco López, Beatriz Chover Díaz, Javier Diez Chamorro, Pablo Ortega Pardina, Miguel Canellas Anoz, M^a Carmen Castejón Andrés.*

Centro: *Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

Resumen:

Introducción: Los objetivos del trabajo son: obtener el nivel de referencia(NR) de indicadores dosimétricos(IIDD) para cada tipo de procedimiento(TP) en función del grado de dificultad(GD) a criterio del especialista, y de la vía de acceso(VA); realizar el control de dosis a paciente; y aportar datos a un proyecto a nivel nacional llamado DOCCACI liderado por el S^o de Física y Protección Radiológica del Hospital San Carlos (Madrid).

Material Y Método: En la Unidad de Hemodinámica se dispone de un equipo Philips AlluraXper. Para el estudio se ha utilizado el software de registro de dosis DOLQA, macros en Excel-VBA desarrolladas por los autores, y el software PASWStatistics_18.0.0. Los datos aportados por los facultativos de la Unidad de Hemodinámica, cruzados con los registros de DOLQA corresponden a 325 procedimientos realizados de junio a agosto de 2018. Se han estudiado las relaciones de las magnitudes de influencia: TP (Angiografía Coronaria(AC),Angioplastia(CTP),Angiografía+Angioplastia(AC+CTP)), GD (baja,media,alta), y VA (femoral,radial_D,radial_I) con los IIDD para establecer NR. Los IIDD estudiados son: producto dosis área(PDA), dosis acumulada(DA), tiempo de fluoroscopia(TF), y dosis máxima en piel(DMP). Por otra parte, se ha realizado el control sistemático de DMP sobre 1189 registros de DOLQA de estudios realizados entre enero y agosto de 2018.

Resultados:En función de VA (femoral(11),radial_D(295),radial_I(9)) no se han encontrado diferencias significativas. En función de TP, AC(137), ACTP(12), AC+ACTP(165), y AOTC(1) solo podemos definir la mediana de los IIDD como NR en AC y AC+ACTP. Tras comparar con datos disponibles en la literatura, los resultados obtenidos en nuestra Unidad se hallan dentro de valores aceptables. Dentro de cada TP, distinguimos GD. Para AC sólo para el TF podemos asegurar que las medianas en función del GD sean diferentes, mientras que en AC+ACTP podemos asegurar que los valores de las medianas son diferentes en función de GD. El control dosimétrico de 1189 procedimientos llevados a cabo en 2018 ha sido posible gracias al desarrollo de macros en Excel-VBA. Se han encontrado 9 pacientes con DMP entre 2 y 3 Gy, y 5 pacientes entre 3 y 4 Gy. Ninguno supera los 5 Gy. Estos pacientes han sido objeto de seguimiento por parte de los facultativos de Hemodinámica y ninguno de ellos ha mostrado efectos tisulares en piel. Hasta noviembre de 2018, se han tomado datos de más de 2600 pacientes que serán aportados a DOCCACI.

C298/19 VARIABILIDAD CLÍNICA EN EL PLAN TERAPÉUTICO ANTIAGREGANTE ELEGIDO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO INICIAL DE SCASEST

Primer autor: *Martín Torres Ramirez*

Coautores: *Marta Rocca Jiménez, Maria Sarvisé Mata, Beatriz Quilez Cutillas, Elena Rodriguez Marco, Miguel Simón Serrano, Marta Pollo Ruiz, Joaquín Velilla Moliner*

Centro: *Hospital Miguel Servet*

Resumen:

Introducción y objetivos: Los pacientes con indicación de doble terapia de antiagregación (DTA) tras la sospecha inicial de un SCASEST en un servicio de Urgencias constituyen un perfil de paciente con alto riesgo de sangrado. Las recomendaciones publicadas no son idénticas entre sí, y han sufrido modificaciones en los últimos años. Además, en vida real tanto las características clínicas de los pacientes como su preferencia y el juicio facultativo hacen que esas recomendaciones no sean aplicables a todos los pacientes. El impacto de esta variabilidad clínica no es bien conocido.

Métodos: Descripción del plan terapéutico antiagregante (AG) prescrito en una cohorte no seleccionada de pacientes con diagnóstico inicial de SCASEST de moderado/alto riesgo (alteraciones en ECG y/o troponina positiva). Estudio monocéntrico, observacional, de cohorte retrospectiva que incluyó a todos los pacientes que acudieron a urgencias de nuestro hospital los 2 últimos meses de 2018. Se analizaron las complicaciones hemorrágicas durante el ingreso.

Resultados: Se incluyeron 85 pacientes (75 ± 11 años, 70% varones). Los AG pautados fueron ácido acetilsalicílico (AAS) y clopidogrel o ticagrelor como segundo AG. El 44 % (38) recibió clopidogrel y el 35% (30) ticagrelor como segundo AG. El 82% (70) recibió AAS. Se registraron 4 muertes por cualquier causa, 5 sangrados menores en el grupo de clopidogrel y 3 en el de ticagrelor durante el ingreso hospitalario. HBPM en el 58% (50). Coronariografía se realizó en el 70% (60) con ICP en el 56% (48). Cirugía cardiaca en el 7% (6). El diagnóstico al alta fue SCASEST en el 87% (74). No se detectó ninguna relación entre el plan terapéutico elegido y los eventos mediante el test exacto de Fisher.

Conclusiones: En los pacientes con sospecha de SCASEST el plan terapéutico antiagregante elegido muestra una marcada variabilidad en la vida real. Siguen existiendo importantes diferencias entre lo que aconsejan las Guías respecto a la práctica, ya que el clopidogrel sigue siendo el más utilizado aunque sean pacientes con riesgo isquémico elevado

COMUNICACIONES MESA 24

Aula 5 (Planta 1ª)

Moderador: Ricardo González

Código	Título	Autor	Centro
C060/19	“MEJORA DEL TIEMPO DE OCIO EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA- CUIDADOS PALIATIVOS”	Marta Ramos Fernández	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
C091/19	PACIENTES ANCIANOS Y DE MANEJO COMPLEJO EN CONSULTAS AMBULATORIAS. RESULTADOS INICIALES.	Mercedes Gimenez López	Hospital San Juan De Dios
C0137/19	APLICACIÓN DE REGISTRO DE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS A UN SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA	María Ángeles Giménez Febrer	Centro De Gestión Integrada De Proyectos Corporativos
C0149/19	CONSULTA DE PIE DIABETICO EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO	Isabel Mendez Munoz	Hospital Obispo Polanco
C0190/19	SOBREUTILIZACIÓN INNECESARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA. ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO EN ARAGÓN DE 2015 A 2017.	María Pilar Astier Peña	Centro De Salud La Jota
C0209/19	AYUDA A LA TOMA DE DECISIÓN DEL TRATAMIENTO DEL IAM	Natalia Giménez Blasco	061 Aragón
C0217/19	OPTIMIZACIÓN DEL CIRCUITO DE VACUNAS A TRAVÉS DE LA IMPLANTACIÓN DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA EN MEDICINA PREVENTIVA.	Yara María Alonso Triana	Hospital Ernest Lluch Martín
C0220/19	RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA II. MEMORIA DEL PRIMER AÑO	María Rosario Ortas Nadal	Hospital Universitario Miguel Servet
C0233/19	EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LA MEJORA DEL MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD RENAL	Luis Digón Sanmartín	Dirección De Atención Primaria Sector Calatayud
C293/19	CIRCUITO DE VACUNACIÓN EN GRUPOS DE RIESGO EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ	Yara María Alonso Triana	Sector Alcañiz
C301/19	Implantación de un programa PROA y sus resultados en el consumo de antimicrobianos	Moisés Uriarte Pinto	Hospital Ernest Lluch Martín

C060/19: “MEJORA DEL TIEMPO DE OCIO EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA- CUIDADOS PALIATIVOS”

Primer autor: *Marta Ramos Fernández*

Centro: *H. Clínico Universitario Lozano Blesa*

Resumen:

En septiembre del 2015 se propuso a la dirección del hospital la creación de una sala de estar en la que los pacientes oncológicos adultos pudieran disfrutar de un espacio preparado para largas estancias, donde encontrasen un esparcimiento y una mejora del tiempo de ocio. Durante el año 2016, el proyecto se desarrolló y se convirtió en el “Rincón de Ocio”; espacio gratuito creado a partir de donaciones de los trabajadores del servicio y de familiares de pacientes. Dentro de esta sala se ha creado una biblioteca con 572 libros de lectura, periódicos, radio, revistas, televisión, juegos de mesa y decoración diversa con mensajes positivos.

El objetivo principal del proyecto es lograr que los pacientes ingresados mejoren su estado anímico y reduzcan sus niveles de ansiedad mediante el desarrollo de actividades.

Los objetivos específicos son; en el área cognitiva: convivir con los síntomas, tratamientos, efectos secundarios y aprender a distraerse; respecto al área psicomotora: realizar actividades para aumentar el ocio durante el ingreso; y en el área emocional: relacionarse con más facilidad, sentir que puede ejercer el autocuidado (independencia), desarrollar su confianza y autorregular su ansiedad.

Antes de iniciar el proyecto se detectó que el 80% de los pacientes pensaban en su estado de salud durante la estancia hospitalaria incrementándose sus niveles de ansiedad, un 60% se sentía apático durante el ingreso, y el 55% al no encontrar divertimento, veían la televisión.

El proyecto es de fácil implantación en otros hospitales, ya que, solo se necesita una sala de estar y no conlleva gasto económico para el centro. Además, cuenta con código de seguridad de licencia: ©Z-270-15.

Después del inicio del proyecto, se observó una mejora del estado anímico de los pacientes y familiares, donde el 100% de los encuestados señalaban como muy positivo el “Rincón de Ocio” como medio para mejorar su estado emocional, 64% de los pacientes consiguió disminuir su estado de ansiedad mediante las actividades desarrolladas en este espacio lúdico, además el uso de la biblioteca y diversas lecturas supera en un 43% al uso de la televisión.

Beneficios directos desde la implantación: mejora del estado anímico de los pacientes, medible a través de encuestas de evaluación cada seis meses. Beneficios indirectos desde la implantación: ha aumentado la sociabilización entre pacientes en su mismo estado y mejorado el apoyo constante entre familiares.

Este es un proyecto destinado a conseguir sonrisas en momentos difíciles.

C091/19: PACIENTES ANCIANOS Y DE MANEJO COMPLEJO EN CONSULTAS AMBULATORIAS. RESULTADOS INICIALES.

Autor: Mercedes Giménez López

Centro: Hospital san Juan de Dios

Resumen:

Objetivo: Conocer el perfil del paciente derivado a una Consulta Externa presencial de Geriátrica vs Paciente Crónico Complejo (PCC).

Método: Estudio descriptivo prospectivo de los primeros 30 pacientes atendidos en la nueva modalidad de consulta, derivados de las zonas básicas de salud: Canal Imperial (San José Sur/Venecia) Torrero-La Paz desde implantación del Proceso de Atención al Paciente Crónico Complejo de Aragón. La derivación se realizó tras solicitud telefónica de consulta presencial. Realización de valoración geriátrica integral con posterior seguimiento de los recursos utilizados.

Variables de estudio: edad, sexo, estado civil agrupados en dos categorías con o sin familiares. Ayuda formal externa (no especificada si privada o pública). Ayuda tecnológica: Teleasistencia (TA). Domicilio habitual: domicilio familiar o residencia. Valoración funcional: Índice de Barthel valoración mental con batería de Test incluidos: Test de Fluencia Verbal Semántica en un minuto (TFVs), Test del Reloj. Valoración nutricional incluyendo screening disfagia e Índice de Masa Corporal. Valoración farmacológica sobre fármacos activos en receta electrónica. Codificación Automática poblacional de PPC codificados por Grupos de Morbilidad Ajustados (GDM) >percentil 99. Recodificación tras detección de pacientes susceptibles de ser incluidos en el programa en base a criterios clínicos predefinidos y no detectados de forma automática. Ingresos hospitalarios post valoración desde la consulta. Atenciones en Sº de Urgencias. Nº de exitus

Resultados: Edad media 85,33 +-5,88. Mediana 86. Mujeres 63,6%. Casado/as 42,4%. Ayuda formal 57,6%. Ayuda Tecnológica 25,8%. Residencia asistida 6,5%. Valoración funcional dependencia moderada (IB media 63,26+-27,1) Valoración mental 78,6% con test patológicos. Valoración nutricional: 1 de cada tres pacientes presentaban disfagia, IMC: media 27,46 +-5,6, mediana 27. valoración farmacológica: nº medicamentos en receta electrónica media 9.1+-2.6. PPC: 42,4%. Recomendación de recodificación posterior: 68,8%. Ingresos programados postvaloración desde la consulta: 1 descompensación cardiaca incipiente, 1 pérdida de vía oral. Atención en Sº Urgencia: 2 caídas (fractura de cadera, traumatismo craneoencefálico sin ingreso), Exitus: 1.

Conclusiones: La muestra es pequeña y los resultados obtenidos limitados. Los pacientes derivados a Consulta Externa tenían criterios de paciente geriátrico y los que a su vez cumplían criterios de PCC sin codificación previa, se envió de informe al facultativo responsable de Atención Primaria para valorar su inclusión en programa. La utilización del Sº de Urgencias fue por patologías detectadas en la valoración, requiriendo continuar con medidas preventivas/formativas en riesgo de caídas. La detección de disfagia y la recomendación de medidas complementarias, es una buena línea de mejora.

C137/19: APLICACIÓN DE REGISTRO DE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS A UN SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA

Primer autor: *María Ángeles Giménez Febrer*

Coautores: *Pablo Martínez Rochela, Noelia Sánchez Pérez, Mónica Izuel Rami, Cristina Trigo Vicente, Samuel Moñux Salvador*

Centro: *Centro de Gestión integrada de Proyectos Corporativos*

Resumen: Las alergias medicamentosas constituyen una de las Reacciones Adversas de Medicamentos más relevantes puesto que pueden comprometer la vida del paciente si este se ve expuesto al fármaco al que es alérgico.

Objetivo: Describir cómo se ha diseñado el intercambio de información entre un sistema de registro de Alergias a medicamentos basado en nomenclatura SNOMED y la generación de alertas en el sistema de prescripción en base a dichos registros

Métodos: El sistema de registros de alergia a un medicamento permite registrar la siguiente información:

- Descripción de la alergia del paciente y su código SNOMED.
- Nivel de certeza: “sospecha”, “confirmado” y “Descartado”.
- Caja: son una agrupación definida por los expertos en alergología que identifica la misma reactividad alérgica a varios Principios Activos (PA). De forma que si es alérgico a uno de los PA, implica que es alérgico a todos los PA definidos en la caja
- Cajas relacionadas: Incluyen los PA con posible reactividad cruzada. Esto implica que, si se confirma una caja, se tome en consideración sus cajas relacionadas. Toda esta información se enviará al sistema de prescripción electrónica y éste:
- Mostrará la información de alergias del paciente junto al grado de certeza.
- Impedirá la prescripción de medicamentos que contengan principios activos con alergia confirmada.
- Emitirá una alerta en el caso de prescripción de medicamentos que contengan principios activos con sospecha de alergia o que se encuentren en una caja relacionada

Resultados: Se ha definido el intercambio de información entre el sistema de registro de alergias de Historia Clínica Electrónica y Receta Electrónica. En los próximos meses se desarrollarán las modificaciones en el sistema de prescripción para generar alertas por alergias

Conclusiones: Este sistema proporciona seguridad a la hora de realizar una prescripción de forma que evita reacciones alérgicas al paciente. Confiere confianza al profesional informando qué medicamentos puede tomar el paciente que tiene una alergia informada.

C149 /19: CONSULTA DE PIE DIABETICO EN EL HOPSPITAL OBISPO POLANCO

Primer autor: *Isabel Méndez Muñoz*

Coautores: *Francisco Javier Pegalajar Luque, Inés Hernández Armengod, David Eced González, María Del Mar Marco Martin, María Jesús Dobón Domingo*

Centro: *Hospital Obispo Polanco*

Resumen:

Objetivo: Implementar la estrategia de pie diabético del Gobierno de Aragón en el HOP

- Mejorar la clasificación del riesgo de pie diabético y su registro en la HCE.
- Creación de un circuito de derivación entre atención primaria y la unidad de pie diabético.
- Educar al paciente, familia y otros profesionales
- Disminuir el número de pacientes con amputaciones y mejorar la supervivencia.
- Disminuir el número de ingresos, visitas a urgencias, reduciendo costes.

Método: El proyecto se incluye en servicios centrales con la creación de esta estrategia que se difunde a todos los sectores, y al que el HOP se adhiere al considerar que aporta valor a la actividad profesional de enfermería y mejora la atención al paciente. Se forman dos enfermeras con competencias avanzadas que lideran el proyecto. Se trabajó el protocolo en un equipo multidisciplinar. Se estudian las debilidades fortalezas, amenazas y oportunidades. Posteriormente se incluyen los profesionales de Atención primaria, y se establece un círculo

Resultados: La puesta en marcha de la consulta ha supuesto un cambio organizativo para el servicio de cirugía general. Los datos son preliminares, en estos últimos 4 meses atendieron 16 consultas por enfermería. Los pacientes incluidos en esta unidad, derivados desde atención primaria u otros servicios, refieren una mejora de su calidad de vida gracias al seguimiento y cuidados recibidos. Se están elaborando encuestas de satisfacción para valorar esta percepción de mejora, del paciente y su familia.

Conclusiones: Concluimos que se han logrado los objetivos marcados ya que la aplicación del plan de cuidados personalizados y la valoración exhaustiva de las necesidades del paciente garantiza unos cuidados de calidad y continuidad de los mismos. La atención temprana al pie diabético es imprescindible para disminuir las complicaciones, donde la enfermera con competencias propias y avanzadas, adquiere un papel fundamental en las revisiones. El paciente y los profesionales de AP dispone ahora de una consulta donde plantear sus dudas, problemas y complicaciones relacionadas con el pie diabético. La participación activa de los pacientes crónicos en sus cuidados es un elemento clave para lograr un plan de atención eficaz. Con el seguimiento educativo se logra una mejor comprensión de la enfermedad que se traduce en una correcta adhesión al tratamiento, autocontrol diario, lo cual provoca cambios significativos y favorables de los indicadores.

C190/19: SOBREUTILIZACIÓN INNECESARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA. ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO EN ARAGÓN DE 2015 A 2017.

Primer autor: *María Pilar Astier Peña*

Coautores: *Blanca Puentes Felipe, Marta Domínguez García, Daniel Ferrer Sorolla, Diego Pueyo Gascón, José Joaquín Mira Solves, Ana Pilar Huertas Harguindey, Inés Cortés Carbonel*

Centro: *Centro de Salud La Jota*

Resumen:

Objetivos: Medir la frecuencia de 6 afirmaciones “No hacer” relacionadas con la prescripción en Atención Primaria (AP) y Pediatría en Aragón durante los años 2015-2017.

Método: Estudio multicéntrico observacional retrospectivo en Aragón. Forma parte del estudio nacional SOBRINA que analiza la frecuencia y daño asociado a Hacer lo que No hay que hacer (sobreutilización inadecuada) en AP en España. Se seleccionaron 6 No Hacer definidos por las sociedades científicas de Medicina de Familia y Pediatría relativos a la prescripción de: benzodiazepinas para el tratamiento del insomnio en mayores de 65 años; AINES en pacientes con hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca, enfermedad renal crónica o cirrosis hepática; hipolipemiantes en mayores de 75 años sin eventos cardiovasculares previos; antibióticos en bronquitis aguda en pacientes sin patología crónica de base; paracetamol de 1 gramo de inicio; y en pediatría, antibióticos en faringoamigdalitis con test de estreptococo negativo. Se recogieron los datos de prescripción farmacológica de 2015, 2016 y 2017 a través de la base de datos de la historia farmacoterapéutica de Aragón. Se calcularon las frecuencias (porcentajes). **RESULTADOS:** El 58,1% de los Médicos de AP prescriben benzodiazepinas en mayores de 65 años de forma global; y un 18,1%, hipolipemiantes en mayores de 75 años en prevención primaria. La prescripción de antibióticos en bronquitis agudas sin comorbilidades ha disminuido, especialmente en el año 2017 de un 64,3% al 50,3%. El uso de antibióticos para las faringitis en pediatría con prueba de estreptococo negativa ha disminuido del 2,5% (2015) al 0,2% (2017). Sin embargo, el uso del paracetamol de 1 gramo ha aumentado anualmente alcanzando el 84,4% en 2017.

Conclusiones: El trabajo a través de acuerdos de gestión desde hace 10 años en Aragón en el No Hacer de Pediatría se refleja en una importante mejora del uso de antibióticos en faringoamigdalitis. En adultos, hay tendencia a disminuir la prescripción de antibióticos en bronquitis gracias a las campañas No Hacer realizadas por distintas sociedades científicas, así como la concienciación de las crecientes resistencias antibióticas. El resto de No hacer permite identificar áreas de mejora. El insomnio es una patología muy prevalente de difícil manejo en los mayores de 65 años, que hace que las benzodiazepinas sean frecuentemente prescritas. La gestión del dolor es compleja y existe una creencia de mayor efectividad del paracetamol a dosis de 1 gramo, siendo prescrito de forma generalizada.

C205/19: PROGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO: ENFERMERA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN EL CS ALMOZARA

Primer autor: *María José Bujeda Caveró*

Coautores: *Elena Lain Miranda, Flor Pascual Gutiérrez, Cristina Gómez Julián, Andrea Ugencio Isarre, Ángel Aznar Carbonell, Delia González de la Cuesta*

Centro: *Centro de Salud Almozara, Sector II*

Resumen:

Objetivos:

Principal: Optimizar la atención al Paciente Crónico Complejo (PCC), mediante la figura de una enfermera de continuidad de cuidados en el centro de salud de Almozara.

Secundarios: Aumentar la accesibilidad, facilitar la coordinación asistencial entre Atención Primaria y Atención Especializada, mejorar la calidad asistencial en AP, favorecer el autocuidado y autonomía de los pacientes/cuidadores, fortalecer los vínculos asistenciales con su enfermera y médico de referencia.

Metodología: En el marco de la estrategia para el abordaje la cronicidad del sistema nacional de salud el proyecto de atención al Paciente Crónico Complejo (PCC), intenta dar respuesta en nuestra Comunidad Autónoma, a la atención sanitaria de un colectivo de pacientes que por el conjunto de sus características clínicas y sociales, presentan un nivel de fragilidad que les hace ser, en potencia, candidatos a sufrir una peor y más frecuente evolución en sus problemas de salud. Dada importancia de la continuidad asistencial en estos pacientes desde la Gerencia del Sector II de Zaragoza se valoró la necesidad de apoyo a este programa mediante una enfermera de continuidad de cuidados en los centros de salud del Sector II. Se inició un pilotaje y en mayo de 2018, se incorporó al C.S Almozara, una enfermera de continuidad de cuidados que en colaboración con el EAP realizó específicamente actividades propias de la atención al PCC para canalizar de la manera más eficiente posible, las necesidades asistenciales del denominado paciente crónico complejo.

Resultados: Indicadores del programa, registros de actividad de A.Primaria y ocupación en el hospital de día de la Unidad del Crónico Complejo.

Plan de Intervención realizado: CSAlmozara 100%, Sector II 50%.

Escala Barthel realizada: CSAlmozara 100%, Sector II 75%.

Escala Pfeiffer realizada: CSAlmozara 95%, Sector II 74%.

Demandas no presenciales/PCC: CSAlmozara 18, Sector II 3.

Actividad programada /PCC: CSAlmozara 19, Sector II 10.

Ocupación H de día UCC: CSAlmozara 25% de ocupación frente al resto del sector.

Conclusiones: Los resultados de los indicadores del programa de atención al PCC han sido mejores en el CSAlmozara. Los profesionales del CSalud y de la UCC transmiten una valoración positiva de esta figura. Se destaca la importancia de una adecuada comunicación entre A.Primaria y A.Hospitalizada para lograr la adecuada continuidad asistencial requerida por estos pacientes.

C209/19: AYUDA A LA TOMA DE DECISIÓN DEL TRATAMIENTO DEL IAM

Primer autor: *Natalia Giménez Blasco*

Coautores: *Jorge Sanclemente Sáez, Arancha Lara González, Belén Mainar Gómez, Sergio Ciria Marín, Ana Belén Mendoza Barquín, David Añón Gimeno, Ana Tomé Rey*

Centro: *061 Aragón*

Resumen:

En el 061 de Aragón existían unos mapas de isócronas que nos indicaban el tiempo que se tardaba en llegar desde cada base hasta el punto donde sucedía el aviso.

Estos mapas nos servían para saber el tiempo de respuesta. Pero no nos facilitaban el tiempo de llegada a nuestros hospitales de referencia, tiempo muy útil en las patologías tiempo-dependientes.

Para subsanar este problema solicitamos al Instituto Geográfico de Aragón (IGEAR) que nos elaborasen mapas de isócronas desde los hospitales donde se realizaba el tratamiento del IAM con ICPP hacia todos los puntos del territorio aragonés.

Se solicitó que el cálculo de la isócrona viniera determinado por un tiempo calculado a través de una fórmula que contempla los tiempos que se emplearon en la asistencia a los pacientes con IAM registrados en los años anteriores. La suma de dichos tiempos tenía que ser $\leq 120'$ que es el tiempo óptimo que indicaban las Guías europeas de SCACEST para realizar una ICPP desde el primer contacto médico (PCM). Los tiempos utilizados fueron: el tiempo de asistencia (TA), tiempo desde que llegamos al paciente hasta que lo tenemos montado en la ambulancia preparado para el traslado; el tiempo de isócrona (TI) y el tiempo empleado en el servicio de hemodinámica (TH) hasta el paso de la guía. La fórmula quedaría así $TA+TI+TH \leq 120'$. El TA y TH los valoramos como una constante, sacando la media de años anteriores. Como estos datos variaron con los años, al final solicitamos mapas con unas isócronas de 60'-70' y 80'. Y unas tablas de EXCEL con las poblaciones hasta esas distancias, para poder consultar la distancia a la que nos encontrábamos. Así que decidimos que todos los pacientes que se encontraran por debajo de la isócrona de 60' deberían acudir a ICPP siempre que la sala estuviera disponible; los que se encontraran de 60-70' se debería consultar al hemodinamista para valorar si lo aceptaba; y los que pasaran de 70' habría que ponerles directamente fibrinólisis si no estaba contraindicada.

Siguiendo con esta idea continua de mejorar la asistencia a los pacientes y nuestros tiempos de respuesta, se ideó un método de consulta que resultara accesible a todos los profesionales de forma directa, sin tener que ponernos en contacto con el Centro Coordinador de Urgencias (CCU). Y que además se adaptara a los criterios de calidad tiempo-dependientes que aparecen en las guías europeas de SCACEST.

Para ello hemos creado un cronómetro vía web que nos indique si vamos a llegar en el tiempo óptimo a una ICPP.

C217/19: OPTIMIZACIÓN DEL CIRCUITO DE VACUNAS A TRAVÉS DE LA IMPLANTACIÓN DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA EN MEDICINA PREVENTIVA.

Primer autor: *Yara María Alonso Triana*

Coautores: *Edgar Fernández Alonso, José Manuel Calderón Meza, María Ángeles Navarro Dorado.*

Centro: *Hospital de Alcañiz*

Resumen:

Introducción y Objetivos: Debido al problema actual de desabastecimiento de vacunas a nivel nacional se planteó optimizar el circuito de vacunación existente en el hospital de tal forma que permitiera garantizar una rápida actuación que garantizase la cobertura de los pacientes de riesgo que acuden a consulta. La implantación de la prescripción electrónica (PE) en Medicina Preventiva permitiría disponer de una previsión de pacientes consiguiendo una gestión de las vacunas más eficiente. También supondría una mejora del proceso asistencial del paciente al reducir la probabilidad de error en prescripción, dispensación y administración.

Método: El proyecto se inició en junio de 2018 configurando módulos del programa de Farmatools: Maestro de artículos mediante la revisión y actualización de las fichas de las vacunas y módulo de pacientes ambulatorios (DPA) a través de la creación de calendarios de vacunación basados en el protocolo de vacunación de grupos de riesgo implantado en el hospital por el servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Tras ello, se instaló la DPA en los ordenadores de la consulta y se formó al personal implicado en el circuito. En julio de 2018 se inició con la PE. **Resultados:** Se han atendido a 275 pacientes (45,45% mujeres). El 100% de las prescripciones y validaciones fueron electrónicas. Se administraron un total de 913 vacunas. El protocolo más prescrito fue el de vacunación en pacientes con tratamiento inmunosupresor y tratamiento biológico (75,27%), seguido de vacunación en enfermedad cardio-pulmonar crónica (14,90 %) entre otros (9.83%). La vacuna más dispensada fue la de hepatitis B (Fendrix® 20 mcg) con 329 dosis, seguida de la vacuna del neumococo 23 (Pneumovax® 23) con 154 dispensaciones y la vacuna del neumococo conjugada (Prevenar® 13) con 153 dispensaciones. Únicamente dos pacientes sufrieron demora en la fecha de administración de vacunas por estar desabastecidas y no disponer de alternativas. Las vacunas implicadas fueron Vaqta® 50 (retraso de 15 días) y Pneumovax® 23 (retraso de 10 días).

Conclusiones: La implantación de PE ha permitido al servicio de Farmacia disponer de una previsión de vacunas con la suficiente antelación como para evitar roturas de stocks o buscar alternativas frente a desabastecimientos. Además, se ha mejorado la trazabilidad del circuito de vacunas y ha aumentado la seguridad en la atención al paciente.

C220/19: RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA II. MEMORIA DEL PRIMER AÑO.

Primer autor: *María Rosario Ortas Nadal*

Coautores: *José Ramón Laperal Mur, Georgina Fuertes Ferre, María Lasala Alastuey, José Miguel Chopo Alcubilla, Antonio Sanpedro Feliu, David Brun Guinda, Clara Bergua Martínez*

Centro: *Hospital Miguel Servet*

Resumen:

El objetivo fundamental del Proyecto a tres años es garantizar que los pacientes con enfermedad cardiovascular (EVC) del sector reciban la mejor atención cardiológica posible, mediante una excelente integración de la Atención Especializada Cardiológica (AEc) y la Atención Primaria (AP). La elevada prevalencia de ECV en un entorno en el que la atención cardiológica es limitada, obliga a optimizar la gestión de las consultas y pruebas complementarias, que evite su sobrecarga, la derivación de baja calidad y las listas de espera excesivas.

Objetivos específicos del primer año: mejorar la relación AP-AEc en todo el sector, optimizar el empleo de la interconsulta virtual (ICV) entre AP-AEc, consensuar seguimiento en procesos asistenciales compartidos, reducir la demora de primeras visitas en AEc y en técnicas diagnóstico/terapéuticas.

La metodología:

- Creación de un Grupo multidisciplinar AP-AEc con reuniones mensuales, designar un cardiólogo referente en cada CS con sesiones clínicas presenciales y/o telemáticas, consensuar seguimiento de procesos asistenciales compartidos, favorecer y diseñar circuitos para la continuidad asistencial de enfermería. Realización de una jornada intersectorial AP-AEc.
- Protocolización de la respuesta a ICV intraservicio de cardiología. Creación y protocolización de consulta de diagnóstico rápido (CDR) para pacientes con patología potencialmente grave, sin ingreso hospitalario. Mejorar circuitos petición intraservicio. Puesta en marcha del proyecto Check-list para detectar duplicidades en buzones/citaciones pendientes. Revisión lista de espera en unidades. Puesta en marcha del informe de enfermería. Gestión de la 1ª consulta tras cirugía cardiaca mayor en toda la comunidad.

Los resultados han sido:

- 10 reuniones del grupo AP-AEc
- 29 sesiones clínicas presenciales en los CS
- 6 Algoritmos de respuesta a ICV, con resolución del 27% y 72% contestadas en <7 días
- Protocolización de seguimiento de 2 procesos asistenciales compartidos
- Protocolización CDR
- Detección de citas redundantes en el 7,4% pacientes hospitalizados
- 94% de los pacientes citados a los dos meses tras cirugía cardiaca mayor
- Reducción 20% lista de espera de electrofisiología
- Primeras visitas: Descenso del 80,88% pendientes de buzón y 54% en la demora prospectiva

Los resultados alcanzados tras el primer año del proyecto son muy esperanzadores e invitan a seguir trabajando en la misma línea para seguir mejorando la atención y experiencia de los pacientes con enfermedad cardiovascular en su ruta asistencial.

C233/19: EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LA MEJORA DEL MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD RENAL

Primer autor: *Luis Digón Sanmartín*

Coautores: *María Ascensión Alonso Benedí, Ariadna De Lucas Barquero, José Codes Gómez, Wafa Ben Cheikh El Aayuni, Pilar Echevarría Montoto, Margarita Bueno Pascual, Ana Moros Martínez*

Centro: *Dap Sector Calatayud*

Resumen:

Objetivo: Evaluar el efecto de una intervención formativa realizada en atención primaria(A.P.) Sector de Calatayud, con la finalidad de mejorar la implementación de las recomendaciones de las guías clínicas en cuanto al manejo y tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) en los EAPs del sector.

Método: Se diseñó un estudio de intervención cuasi-experimental, sin grupo control y con una comparación pre y post-intervención. En el estudio participaron los 10 EAPs del Sector (médicos y enfermeras). Se constituyó el 15/02/2018 un Grupo de Trabajo a nivel sector formado por un equipo multidisciplinar, el cual realizó la revisión de diversas Guías de Práctica Clínica, revisiones sistemáticas y artículos de revisión de la literatura sobre ERC y elaboró una propuesta formativa. La intervención consistió en la impartición de un curso de 1 hora en 6 ediciones sobre “Abordaje de la ERC en A.P. en la población del Sector de Calatayud” a los profesionales sanitarios de A.P. del sector entre el 18/09/18 y el 04/10/2018. Al finalizar cada curso se recordó el acceso al Cuadro de Mandos de Farmacia (CM Farmacia) y a los listados de pacientes de los indicadores para que los médicos realizaran la revisión de sus pacientes. Las variables que se midieron antes y después de la intervención fueron los resultados obtenidos, tanto en el sector como en los EAPs del sector, en los dos indicadores del CM Farmacia relacionados con ERC (cortes enero 2018 y 2019): “Insuficiencia renal inducida por fármacos (Triple Whammy)”y “Uso de tratamientos combinados de IECA, ARAlI o Aliskiren”.

Resultados: Se analizaron los resultados de los indicadores y se obtuvieron los siguientes datos:1) Indicador “Insuficiencia renal inducida por fármacos (Triple Whammy)”se observó una reducción de 239 pacientes tras la intervención a nivel del sector(-33,95%)(704 pacientes enero 2018 a 465 pacientes enero 2019)además de una reducción del nº de pacientes en todos y cada uno de los EAPs. 2)Indicador “Uso de tratamientos combinados de IECA, ARAlI o Aliskiren” una reducción del 0,24%(0,78% enero 2018 a 0,54% enero 2019), además de una reducción del porcentaje en 9 de los 10 EAPs del sector.

Conclusiones: Se puede concluir que la intervención formativa llevada a cabo en A.P. Sector Calatayud ha tenido un efecto positivo y se debe seguir en este camino para que los resultados sigan mejorando, y así poder atender a los pacientes con ERC según lo establecido en las guías clínicas.

C293/19 CIRCUITO DE VACUNACIÓN EN GRUPOS DE RIESGO EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ

Primer autor: *Yara María Alonso Triana*

Coautores: *Miren Arantzazu García Colinas, Edgar Fernández Alonso, José Manuel Calderón Meza, María Ángeles Navarro Dorado*

Centro: *Sector Alcañiz*

Resumen:

Introducción y Objetivos: La equidad del derecho a la salud es un principio básico del sistema sanitario. Las zonas rurales por su disposición geográfica pueden ver vulnerado dicho derecho por las dificultades de acceso a servicios sanitarios conllevando un alto impacto en la salud de la población. Las vacunas han supuesto un gran logro en la sanidad al evitar, según datos de la Organización Mundial de la Salud, de 2 a 3 millones de fallecimientos anuales gracias a la prevención como erradicación de enfermedades transmisibles. Desde el sector de Alcañiz, se planteó establecer un circuito entre atención especializada y primaria que facilitase la vacunación de aquellos pacientes que por su situación personal no pudiera acudir al hospital a ser vacunados.

Método: El proyecto se inició en abril de 2017. El circuito consiste en: Medicina Preventiva remite a Farmacia Hospitalaria un informe de vacunación del paciente para su tramitación. Farmacia tras valorar la solicitud, comunica a Medicina Preventiva la disponibilidad de las vacunas, así como fechas de expedición de las mismas a los centros de salud tras consenso con Farmacia de Atención Primaria. Los centros de salud son avisados del envío de vacunas por Medicina Preventiva vía telefónica acordando además calendario de vacunación del paciente y por Farmacia hospitalaria por medio de documento de vacunación. En cada centro de salud hay un enfermero responsable que es el que cierra el circuito con el envío al hospital del justificante de la recepción de vacunas y realiza la vacunación de los pacientes.

Resultado: Se han cubierto las necesidades vacunales de 42 personas (52,38 % hombres) con una edad media de 55,21 años. Se dispensaron un total de 189 vacunas de las cuales el 23,28% fueron enviadas a Alcañiz, el 17,99% a Maella, 13,23% a Valderrobres, 10,58% a Mas de las Matas, entre otros (34,92%). La vacuna más dispensada fue la de hepatitis B (Fendrix® 20 mcg) con 44 unidades seguida de la vacuna del neumococo 23 (Pneumovax® 23) con 34 y la vacuna del neumococo conjugada (Prevenar® 13) con 26 dosis. El protocolo más prescrito fue el de vacunación en pacientes con tratamiento inmunosupresor y tratamiento biológico (40,78%) seguido de vacunación en enfermedad cardio-pulmonar crónica (19,05%) y vacunación en asplenia/hipoasplenia (9,52%) entre otros (30,65%).

Conclusiones: La implantación del circuito ha tenido una gran aceptación por parte de los pacientes al solventar problemas de desplazamiento suponiendo una mejora en el camino hacia la equidad en salud.

C301/19 IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA PROA Y SUS RESULTADOS EN EL CONSUMO DE ANTIMICROBIANOS

Primer autor: *Moisés Uriarte Pinto*

Coautores: *María Luisa Monforte Cirac, María del Rocio Cebollada Sánchez, Ángel Pedro Crisolino Pozas, Susana Olivera González, Mónica Valderrama González, Ignacio Sagardoy Valera, María José Nebot Villacampa*

Centro: *Hospital Ernest Luch*

Resumen:

Objetivos. Evaluar la evolución del consumo de antibióticos en un hospital comarcal tras la implantación de un programa de optimización del uso de antimicrobianos (PROA).

Método. Estudio retrospectivo de la evolución del consumo de antibióticos durante los años 2016, 2017 y 2018. Para la evaluación del consumo de antimicrobianos de uso sistémico se agruparon según la clasificación anatómica, terapéutica y clínica (ATC), incluyendo los antibióticos del grupo J01 y los antimicóticos del J02. La medida de consumo fue la Dosis Diaria Definida (DDD), siendo la dosis media habitual de mantenimiento diaria de un fármaco utilizada para su principal indicación en adultos. Se incluyó en el estudio el consumo de aquellos servicios y unidades que generan estancia hospitalaria, excepto pediatría. Además, se incluyó el consumo de antimicrobianos de quirófano y cirugía mayor ambulatoria con el objetivo de registrar el consumo debido a profilaxis antibiótica. Los datos de consumo se extrajeron del programa de gestión del Servicio de Farmacia (Farmatools®) y los datos de estancias e ingresos hospitalarios del Servicio de Admisión y Documentación Clínica.

Resultados. Se ha observado una disminución del número de estancias, pasando de 29.379 en el año 2016 a 25.429 en el 2018 (variación de -13,45%), sin embargo, el número de ingresos se ha mantenido estable 4.134 vs 4.171, respectivamente (variación +0,90%), lo que indica una reducción de la estancia media. El consumo total absoluto de antimicrobianos sistémicos de los grupos J01 y J02 ha disminuido desde las 28.651,19 DDDs en el año 2016 a 22.608,60 DDDs en el 2018 (-21,09%). El consumo ajustado a estancias también se redujo pasando de 97,52 a 88,91 DDDs/100 estancias (-8,83%), al igual que el ajustado por ingresos con 693,06 y 542,04 DDDs/100 ingresos en 2016 y 2018 respectivamente (-21,79%). Los antibióticos del grupo J01 han experimentado una disminución en su consumo pasando de 94,90 a 87,42 DDDs/100 estancias (-7,88%), y el consumo de antimicóticos del grupo J02 ha experimentado una disminución de 2,62 a 1,48 DDDs/100 estancias (-43,43%).

Conclusiones. La implantación de los programas PROA permite realizar un uso racional de los antibióticos y antimicóticos de uso sistémico en el hospital. Se ha observado una mayor disminución en el consumo de antimicrobianos ajustado por ingresos, lo que da idea de que se tratan con estos fármacos un menor número de pacientes, utilizándolos solo en los casos necesarios. Es necesario estudiar así mismo la evolución del perfil de resistencia

COMUNICACIONES MESA 25

Aula 9 (Planta 1ª)

Moderadora: Luis Hijos Larraz

Código	Título	Autor	Centro
C090/19	IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA Y TRAZABILIDAD EN EL ÁREA DE CITOSTÁTICOS Y MEZCLAS INTRAVENOSAS	Irene Navarro Pardo	Hospital Obispo Polanco
C0123/19	EVALUACIÓN DE LA CARGA ANTICOLINÉRGICA EN PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL SOCIO SANITARIO	María Pilar Monforte	Hospital San José
C0127/19	PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA CON DOSIS UNITARIA EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO	Alberto Frutos Pérez Surio	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
C0167/19	CREACIÓN DE UNA GUÍA DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS A PACIENTES EXTERNOS	Cristina Bustos Morell	Hospital De Barbastro
C0170/19	ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS ANTI INTERLEUCINA -5 EN EL TRATAMIENTO DEL ASMA EOSINOFILICA GRAVE EN ARAGÓN	Cristina Trigo Vicente	Servicios Centrales
C0199/19	ANÁLISIS DEL IMPACTO DE PACIENTES VIH EN EL ÁREA DE PACIENTES EXTERNOS EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS.	María Pérez Moreno	Hospital Universitario Miguel Servet
C0208/19	EXPERIENCIA DE LA IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA EN EL ÁREA DE PACIENTES EXTERNOS DEL SERVICIO DE FARMACIA	Yara María Alonso Triana	Hospital Ernest Lluch Martín
C302/19	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA Y DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA	Vicente Compaired Turlán	Hospital Sagrado Corazón De Jesús
C308/19	OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL SECTOR ZARAGOZA II	M ^a Belén Pina Gadea	Dirección De Atención Primaria Sector Zaragoza II

C090/19: IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA Y TRAZABILIDAD EN EL ÁREA DE CITOSTÁTICOS Y MEZCLAS INTRAVENOSAS

Primer autor: *Irene Navarro Pardo*

Coautores:

Alejandro González Álvarez, Pilar Folgado Carratalá, Isabel Rilova Fernández, Ascensión Morte Pascual, Ana Isabel Ferrer Pérez

Centro: *Centro Hospital Obispo Polanco*

Resumen:

Objetivo: Prescripción, preparación y administración de citostáticos y mezclas intravenosas de preparación centralizada en Farmacia mediante un sistema informático que permita la trazabilidad, reduciendo el número de errores de medicación, garantizando así la seguridad del paciente.

Método: Se revisaron las fichas de medicamentos y protocolos terapéuticos, y la integración con los datos de admisión y parámetros bioquímicos. Se adaptó el circuito de trabajo: prescripción electrónica asistida (PEA) (cálculo de dosis y frecuencia de administración según protocolo, registro de alergias y toxicidades), validación farmacéutica, preparación estandarizada (cálculo de volúmenes a adicionar, número de viales y sistema de identificación inequívoca mediante código de barras), validación farmacéutica (control cualitativo y semicuantitativo de las preparaciones), administración segura en Hospital de Día (identificación paciente correcto y orden de administración mediante código de barras, dosis, vía, tiempo y registro de incidencias). Finalmente, se incorporaron alertas de seguridad según parámetros y el sistema de gestión de mezclas devueltas y de trazabilidad del proceso para la identificación de lotes administrados y seguimiento farmacoterapéutico del paciente.

Resultados: 150 medicamentos y 145 protocolos revisados y activos (oncología 90, hematología 43, digestivo 10, reumatología 8, dermatología 4, neurología 6, nefrología 7, urología 5, medicina interna 6 y pediatría 2). Tras 7 meses desde la implantación se han realizado 2065 preparaciones correspondientes a 217 pacientes (134 oncología, 29 hematología, 22 urología, 12 digestivo, 9 reumatología, 4 neurología, 2 dermatología, 2 nefrología, 2 medicina interna, 1 pediatría), con una media de 110 pacientes y 327 preparaciones al mes en los últimos 4 meses. Se han devuelto 16 mezclas, siendo las causas más frecuentes por reacción adversa con la infusión y reprogramación no informada tras confirmación, de las cuales 5 se han reutilizado. Las alertas de prescripción de dosis máxima de vincristina y ajuste de dosis de zoledrónico según función renal son aceptadas en el 100% de los casos. Se registra la trazabilidad de todos los medicamentos (citostáticos, inmunoterapia y fármacos biosimilares).

Conclusiones: La PEA ha permitido actualizar y protocolizar los esquemas terapéuticos y estandarizar la preparación y administración de citostáticos y mezclas intravenosas, contribuyendo a minimizar los errores inherentes a la prescripción manual y aumentar la seguridad del paciente

C123 /19: EVALUACIÓN DE LA CARGA ANTICOLINÉRGICA EN PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL SOCIO SANITARIO

Primer autor: *María Pilar Monforte*

Coautores:

Julia Hernández Martín, Marta Correa Ballester, Esteban Manuel Lázaro Gallardo, Pablo Llorente Romeo, Belén Martínez Lafuente, Alejandro José Sastre Heres, Daniel Martínez Fabre

Centro: *Hospital San José*

Resumen:

Objetivos: Los fármacos con acción anticolinérgica son ampliamente utilizados en pacientes mayores, sin embargo, sus efectos adversos no son desdeñables. Los objetivos del estudio son: conocer el porcentaje de pacientes en tratamiento con algún fármaco anticolinérgico y determinar la carga anticolinérgica media según la escala ACB (Anticholinergic Cognitive Burden Scale) y DBI (Drug Burden Index) al ingreso y al alta hospitalaria.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se revisaron los tratamientos de todos los pacientes que fueron dados de alta durante el periodo de estudio (febrero-mayo 2018). Se recogieron variables demográficas (sexo, edad, procedencia), clínicas (Índice de Barthel, deterioro cognitivo, índice de Charlson) y farmacoterapéuticas (número de fármacos prescritos y carga anticolinérgica ACB y DBI al ingreso y al alta). Se comprobó la normalidad de las variables cuantitativas mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para comparar la carga anticolinérgica media al ingreso y al alta se utilizó la prueba no paramétrica T de Wilcoxon.

Resultados: Se incluyeron 158 pacientes, de ellos 73 varones, con una edad media (rango) de 85 años (61-101). El 45% de los pacientes estaban institucionalizados en el momento del ingreso. El Índice de Barthel medio fue 36 (0-100) y el Índice de Charlson medio fue 6,7 (DE 1,8). El 54% de los pacientes presentaban deterioro cognitivo previo. El número medio de fármacos prescritos al ingreso fue de 9 (1-22) y al alta de 8 (0-17). El 78% tenía prescrito al menos un fármaco anticolinérgico según la escala ACB al ingreso hospitalario y el 69% al alta. La carga anticolinérgica media según la escala ACB fue de 2,05 (DE 1,98) al ingreso y 1,83 (DE 1,63) al alta hospitalaria ($p=0,065$). Según la escala DBI fue 0,82 (DE 0,74) al ingreso y 0,70 (DE 0,65) al alta hospitalaria ($p=0,008$).

Conclusiones: El porcentaje de pacientes en tratamiento con fármacos anticolinérgicos en la población anciana que ingresa en el hospital es muy elevado debido, entre otros factores, a la polimedicación asociada. A pesar de que durante la estancia hospitalaria se redujo la carga anticolinérgica, sigue siendo necesaria la optimización de la terapia farmacológica en estos pacientes, valorando la necesidad, efectividad y aparición de efectos adversos asociados a estos fármacos.

C127 /19: PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA CON DOSIS UNITARIA EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO

Primer autor: *Alberto Frutos Pérez Surio*

Coautores: *María Del Puerto Pardo Jario, María Del Tránsito Salvador Gómez, Oihana Horna Oreja, Mercedes Gimeno Gracia, David Cabrerizo Pérez, Pilar Asunción Roche Roche, Alfonso Pérez Trullén*

Centro: *Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

Resumen:

Objetivos: La Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud, para el periodo 2015-2020, impulsada y promovida en España por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, recoge la Prescripción Electrónica Asistida (PEA) con sistemas de ayuda a la decisión como una de sus líneas estratégicas en el uso seguro de los medicamentos. Los objetivos del trabajo son disminuir los errores de medicación en el proceso farmacoterapéutico en los pacientes ingresados, aumentar la calidad y seguridad en la prestación farmacéutica, mejorar y agilizar la comunicación entre profesionales sanitarios.

Método: En el año 2017 se iniciaron una serie de sesiones formativas para el manejo de la aplicación: PEA de la empresa Farmatools, al personal sanitario del Servicio de Neumología del hospital: médicos y enfermeras, con el objetivo de implantar el Sistema de Dispensación de Medicamento en Dosis Unitaria (SDMU) con esta nueva herramienta informática.

Para ello fue necesaria la parametrización del carro de Dosis Unitarias y de las camas correspondientes, así como la adecuación de algunos campos de la Hoja de Administración de Enfermería.

Resultados: La labor del trabajo para el desarrollo e implantación del proyecto incluyen la estandarización de procesos, la parametrización de conceptos clave y la formalización de protocolos, trabajo de campo previo que se ha desarrollado de forma conjunta entre los Servicios de Farmacia, Neumología e Informática. Destaca la incorporación para garantizar el uso seguro y eficiente de la herramienta de tres protocolos específicos: el Procedimiento para el Manejo de la Terapia Inhalada (Aerosolterapia) con Nebulizador tipo Jet (Hudson®), el protocolo de Oseltamivir (75 mg/12 h durante 5 días) y el protocolo de Deshabitación Tabáquica. La implantación ha sido progresiva en las camas de la unidad, hasta llegar a completar el proceso en el 100% de las camas. El personal de enfermería con este nuevo software dispone de una herramienta para la administración de fármacos a los pacientes ingresados que va a evitar transcripciones de las Órdenes Médicas, y que permite registrar la administración en la propia herramienta informática.

Conclusiones y Lecciones Aprendidas: Desde el momento de la implantación el Servicio de Neumología prescribe con la aplicación electrónica, se administra con firma electrónica los medicamentos y, posteriormente, se utiliza el SDMDU, mejorando la seguridad, calidad y eficiencia del proceso.

C167/19: CREACIÓN DE UNA GUÍA DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS A PACIENTES EXTERNOS

Primer autor: *Cristina Bustos Morell*

Coautores: *Elisa Sahun García, Paula Gómez Rivas, Juan Gastón Añaños*

Centro: *Hospital de Barbaastro*

Resumen: Crear una guía de consulta rápida para la dispensación a los pacientes externos atendidos en nuestro centro consiguiendo así una mayor eficiencia y una mejora en la gestión de la información. Se deseaba poder obtener una información accesible, ordenada y de consulta rápida para poder satisfacer las demandas del proceso de atención a los pacientes, especialmente durante los inicios de tratamiento.

Método: Se extrajeron de la base de datos todos aquellos principios activos (72) que se pueden dispensar en la unidad de pacientes externos, se descartaron para esta guía las vacunas, la medicación de soporte para pacientes en tratamiento quimioterápico, tratamientos onco-hematológicos, los medicamentos extranjeros y las dispensaciones de medicamentos fuera de indicación. Para cada uno de ellos se desarrollaron los siguientes apartados (presentación, indicación, dosis de inducción, dosis de mantenimiento, información al paciente, conservación, nevera, laboratorio comercializador, persona responsable y contacto, estado en la Comisión de Evaluación del Medicamento y Productos Sanitarios en Atención Especializada en Aragón (CEMAE) y comentarios.

Resultados: Se ha elaborado un documento con un total de 1164 celdas que contienen la información más relevante a la hora de iniciar la dispensación de un medicamento en esta unidad. Con la creación de esta guía hemos homogeneizado las descripciones de las presentaciones en nuestra base de datos incluyendo el número de unidades por envase contenidas en cada caja. Además, gracias a la elaboración de la guía sabemos si disponemos de un folleto de información al paciente y si utilizamos el formato propio, de alguna sociedad científica o del laboratorio. También hemos conseguido unificar la información sobre las neveras que los laboratorios entregan a los pacientes y las maneras de solicitarlas. Finalmente estamos reordenando los dispositivos de demostración a los pacientes para que resulten más fáciles de encontrar.

Conclusiones: Se trata de un documento útil aunque requiere una actualización constante ya que si no quedará obsoleta en pocos meses. Sería muy provechoso poder incluir esta información en la base de datos de medicamentos de la farmacia para poder extraer de manera automática la información durante el inicio de tratamiento (localizar la pauta de inicio para la indicación, el dispositivo de demostración, la información al paciente y revisar las recomendaciones del CEMNH).

C170/19: ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS ANTI INTERLEUCINA -5 EN EL TRATAMIENTO DEL ASMA EOSINOFILICA GRAVE EN ARAGÓN

Primer autor: *Cristina Trigo Vicente*

Coautores: *Adriana Álvarez Nonay, María Pilar Aibar Abad, María Ángeles Giménez Febrer, Ana Cristina Bandrés Liso*

Centro: *Servicios Centrales*

Resumen:

Describir la evolución y la distribución geográfica de las prescripciones de fármacos anti-interleucina 5 (IL-5): mepolizumab, reslizumab y benralizumab, indicados como tratamiento adicional en el asma eosinofílica grave no controlado en Aragón, entendiéndose como tal, aquella con carácter persistente y no controlada con el tratamiento inhalado combinado de glucocorticoides y b2 adrenérgicos de acción larga, a dosis elevadas, en el último año, o bien glucocorticoides orales durante al menos 6 meses del mismo periodo.

Materiales y Métodos Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo realizado de enero de 2017 a abril de 2019 en la comunidad autónoma de Aragón (CA). Se analizaron las dispensaciones realizadas por los servicios de Farmacia Hospitalaria de la CA a través del DATA® Farmacia en ese período. Las variables analizadas fueron: número de pacientes que han recibido tratamiento con mepolizumab, reslizumab o benralizumab, duración media del tratamiento, y distribución de las prescripciones por provincias y población.

Resultados: Durante el período de estudio, 72 pacientes iniciaron tratamiento con estos fármacos. A 61 (87,7%) pacientes se les prescribieron fármacos dirigidos frente a la IL-5, mientras que a los 11 (15,2%) pacientes restantes, fármacos dirigidos frente al receptor de IL-5. El número medio de dispensaciones por paciente fue de 1,75 para benralizumab, 8 para reslizumab y 12,89 para mepolizumab. La distribución anual de inicios de tratamiento de todos estos fármacos fue la siguiente: 14 pacientes (19,4 %) iniciaron tratamiento en 2017, 44 pacientes (61,1%) en 2018 y en el primer cuatrimestre de 2019 han iniciado 14 pacientes (19,4%). Respecto a la distribución geográfica, 5,76, 5,47 y 3,72 pacientes por 100.000 habitantes permanecían en tratamiento con fármacos anti interleucina-5 en Zaragoza, Huesca y Teruel, respectivamente.

Conclusiones: El consumo de fármacos anti-IL5 o IL5-R ha aumentado de forma significativa desde el inicio de su comercialización con una tendencia positiva a seguir aumentando en el presente año. La distribución geográfica fue similar para las provincias de Zaragoza y Huesca, siendo inferior en el caso de Teruel. Sería interesante realizar un estudio a más largo plazo.

C199/19: ANÁLISIS DEL IMPACTO DE PACIENTES VIH EN EL ÁREA DE PACIENTES EXTERNOS EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS

Primer autor: *María Pérez Moreno*

Coautores: *Herminia Navarro Aznarez, Beatriz Abad Bañuelos, Oihana Pascual Martínez, Lucía Cazorla Poderoso, Arantxa Magallón Martínez, Andrea Pinilla Rello, Reyes Abad Sazatornil*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Objetivos: Realizar un análisis retrospectivo del impacto sobre el Servicio de Farmacia de pacientes VIH en el periodo comprendido desde enero de 2014 a diciembre de 2018.

Método: Estudio observacional retrospectivo. Se realiza un análisis del número de pacientes atendidos en el área de pacientes externos, así como del impacto económico anual de estos pacientes, y de los pacientes VIH sobre el coste total en medicamentos del hospital. Se analiza el número de pacientes externos por año, analizando los que son pacientes VIH y el coste que el tratamiento supone por año, así como el coste medio por paciente. El coste medio por paciente se ajusta al tiempo para evitar el sesgo del periodo de tratamiento y de la adherencia. Se analiza la variación del coste medio por paciente dentro de los pacientes VIH desde 2014 a 2018. Las fuentes de datos utilizadas fueron el sistema de registro del Servicio de Farmacia y el programa Farmatools®.

Resultados: El total de pacientes atendidos en el área de externos en 2018 fue de 8329 y en 2014 de 6600, lo que supone un incremento del 26.2%. El número de pacientes VIH tratados fue de 1384 en 2018, lo que supone un 16.61% (1384/8329) y de 1167 en 2014, lo que supone un 17.68% (1167/6600). El % de gasto de externos en relación con el coste total del hospital fue de 50.87% en 2018, 49.60% en 2017, 49.87% en 2016, 54.10% en 2015 y 47.67% en 2014; siendo los gastos correspondientes a pacientes VIH expresados a modo de porcentaje sobre el total de gasto de externos de 14.86% en 2018, 16.98% en 2017, 18.70% en 2016, 17.59% en 2015 y 20.82% en 2014. El gasto medio por paciente fue de 5534 en 2018, 6236 en 2017, 6705 en 2016, 6791 en 2015 y 7034 en 2014; registrándose un ahorro de un 21.43% entre el 2014 y el 2018.

Conclusiones: En el transcurso de los cinco años, el porcentaje de pacientes VIH con respecto al total de pacientes atendidos va disminuyendo, debido al aumento de la atención a pacientes de otras patologías crónicas. Se observa que pese al aumento del número de pacientes tanto dentro del área de pacientes externos como en número de pacientes VIH, el gasto medio por paciente VIH disminuye. Esto es debido a diversos factores entre los que destacan la aparición de presentaciones genéricas de diversos fármacos, las negociaciones con los laboratorios, y los informes de recomendaciones de uso que se realizan a nivel de Aragón.

C208/19: EXPERIENCIA DE LA IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL ÁREA DE PACIENTES EXTERNOS DEL SERVICIO DE FARMACIA

Primer autor: *Yara María Alonso Triana*

Coautores: *Edgar Fernández Alonso, Juan Antonio Verdún Aguilar, María Álvarez Alejandro, María Nieves Galán Cerrato*

Centro: *Hospital De Alcañiz*

Resumen:

Introducción y Objetivos: La atención farmacéutica es la provisión responsable de farmacoterapia con el fin de obtener resultados óptimos que mejoren la calidad de vida del paciente. Para ello, los sistemas de prescripción informatizados pueden ser de gran ayuda al permitir reducir errores de prescripción, validación y dispensación y además facilitar un seguimiento adecuado de los tratamientos. Por ello, avalados por los buenos resultados obtenidos con la prescripción electrónica en el ámbito de pacientes ambulatorios en nuestro hospital, se decidió su implantación en las consultas de Oncología al ser uno de los servicios con mayor número de pacientes que acuden a la farmacia a retirar medicación.

Método: El proyecto se inició en febrero de 2018 configurando dos módulos del programa Farmatools®: maestro de artículos mediante la actualización de las fichas de medicamentos y módulo de gestión de pacientes externos (DPE) creando protocolos oncológicos de ayuda a la prescripción además de incorporación de información farmacoterapéutica relevante para el paciente (forma de administración y olvido de dosis, reacciones adversas, excipientes). En marzo 2018 se instaló el programa DPE en las consultas médicas y se realizó la formación del personal implicado. También se instaló un sistema de dispensación segura en el área de pacientes externos del servicio de farmacia para optimizar el proceso de atención al paciente. En abril 2018 se inició la prescripción y validación electrónica.

Resultados: Desde la implantación de la prescripción electrónica hasta mayo de 2019, se han atendido desde farmacia a un total de 117 pacientes oncológicos y se han realizado 1055 prescripciones electrónicas de las cuales 83 fueron inicio de tratamiento. El fármaco más dispensado fue capecitabina (65,49%), seguido de palbociclib (4,83%), enzolutamida (4,45%), sunitinib (4,26%) entre otros (20,97%).

Conclusiones y lecciones aprendidas: La implantación de la prescripción electrónica en el servicio de Oncología Médica ha supuesto una optimización del proceso asistencial ya que ha contribuido a reducir la probabilidad de error en prescripción, validación, dispensación y administración y ha mejorado la Atención Farmacéutica en el área de pacientes externos al facilitar el seguimiento de los tratamientos y aportar información farmacoterapéutica adjunta a la orden médica.

C302/19 IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA Y DISTRIBUCION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN ELSERVICIO DE GERIATRIA

Primer autor: *Vicente Compaired Turlán*

Coautores: *Marina Castiella García, Elisa Nogueras Bravo, Ángela Gracia Benito, Ana Cebrián Manero, Natalia Bescos Latre*

Centro: *Hospital Sagrado Corazón De Jesús*

Resumen:

Objetivo: Implantación de la prescripción electrónica asistida (PEA) y de un sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias (SDMDU) en el servicio de geriatría.

Método:En primer lugar, se elabora un informe de necesidades que incluye los recursos materiales y humanos suficientes para garantizar la consecución del proyecto. Se realiza una adecuación de la base de medicamentos del Maestro de artículos en el programa Farmatools® y unificación de las fichas de artículos atendiendo a la Denominación Oficial de Hospitales de Aragón (DOH). Aprovechando con el inicio de la prescripción electrónica, se decide realizar el cambio de la descripción de los medicamentos de nombre comercial a principio activo y ordenar e identificar los medicamentos del almacén por principio activo. Se configura el servicio, las unidades, carros, pautas, secuencias horarias, protocolos, textos asociados y observaciones en el módulo de Unidosis de Farmatools. Se revisa el consumo de los medicamentos incluidos en la Guía Farmacoterapéutica en el servicio de Geriatría para determinar qué medicamentos deben estar disponibles en la estantería en “U” (destinada a facilitar el llenado de los carros de medicación) y en qué cantidad. Por último, se realiza la formación del personal médico y de enfermería en el manejo del programa informático Farmatools.

Resultados: Se han adecuado más de 1.400 fichas de medicamentos en el Maestro de artículos de Farmatools® y se han fusionado cerca de 350 fichas correspondientes al mismo principio activo, vía y forma farmacéutica pero correspondiente a otro código nacional y laboratorio proveedor. Se ha realizado el cambio de la descripción a principio activo en 1.015 fichas de medicamentos y se ha ordenado el almacén por orden alfabético de principio activo. Se decide incluir 332 presentaciones diferentes en la estantería en “U”

Conclusiones: Mediante la PEA se consigue estandarizar las prescripciones y se facilita la validación farmacéutica, lo que ha demostrado reducir el número de errores de medicación.

La DMDU se considera el sistema de dispensación de medicamentos más seguro ya que permite que todas las personas implicadas en el cuidado del enfermo conozcan de forma clara la terapéutica del paciente.

C308/19 OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL SECTOR ZARAGOZA II

Primer autor: *M^a Belén Pina Gadea*

Coautores: *Carmen Labarta Mancho, Pedro Antonio Luna Rodrigo, Vicente Villar Sebastián, Jaime Bona García, Cesar García Vera, Juan Carlos Palacin Arbues, Flor Pascual Gutierrez*

Centro: *Dirección de Atención Primaria Sector Zaragoza II*

Resumen:

Objetivos:

- Sensibilizar a los profesionales del sector del problema de las resistencias microbianas y de la necesidad de optimizar el uso de los antibióticos.
- Impulsar la implicación de los equipos de Atención Primaria (EAP) mediante la realización de proyectos asistenciales.
- Participar en acciones de actualización del conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.

Método: El grupo PROA de Atención Primaria del Sector ha actuado como coordinador y motivador de las diferentes iniciativas que se han llevado a cabo a lo largo del último año, priorizando actividades de formación e información tanto a nivel de equipo como a nivel individual de los diferentes profesionales de AP. Se han llevado a cabo diferentes reuniones de trabajo donde se elaboraron diferentes materiales con objeto de servir de herramientas de ayuda a los profesionales. Se convocaron reuniones con los responsables de antibióticos para transmitirles los objetivos del grupo de trabajo.

Resultado: Se designaron responsables de antibióticos en los 21 equipos de Atención Primaria. Se fomentó la formación de los profesionales mediante la organización de un curso sobre antibioterapia. Se elaboró un informe de consumo de antibióticos del ámbito de Atención Primaria del Sector, en el que se mostró el evolutivo en los tres últimos años y que se difundió a todos los profesionales de AP. Se impulsó la implicación de todos los profesionales en la optimización del uso de los antibióticos mediante la oferta de proyectos asistenciales, en los que se analizaron la situación de partida de cada equipo de atención primaria y se priorizaron los objetivos en función de ésta e individualizándolos en cada EAP y elaborándose un informe del seguimiento de dicho proyecto. De un total de 21 EAP en el Sector, incluyeron un proyecto asistencial, en sus acuerdos de gestión clínica, relacionado con la optimización del uso de antibióticos 14 de ellos (63,33%). Todo ello ha supuesto que en el ámbito de Atención Primaria, en el Sector Zaragoza II el consumo de antibióticos expresado de DHD (dosis mil habitante día) haya descendido respecto a 2017 en un 1,72% .

Conclusiones: El despliegue de diferentes iniciativas ha fortalecido el compromiso de los profesionales sanitarios de Atención Primaria del Sector en el objetivo de optimizar del uso de los antibióticos.

COMUNICACIONES MESA 26

Aula 10 (Planta 1ª)

Moderadora: Elena Altarribas

Código	Título	Autor	Centro
C005/19	LAS CONVULSIONES FEBRILES DESDE LA PERSPECTIVA ENFERMERA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS. A PROPÓSITO DE UN CASO	Andrea Paúl Nadal	Hospital Universitario Miguel Servet
C008/19	FUGAS DE URGENCIAS, UN INDICADOR DE CALIDAD, NO SIEMPRE VALORADO	Blanca Beatriz Miguel Baigorri	Hospital Universitario Miguel Servet
C043/19	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN NIÑO INTERVENIDO DE HIPOSPADIAS	Mª Del Mar Arejula Latorre	Hospital Universitario Miguel Servet
C078/19	SÍNDROME METABÓLICO EN EL TRASTORNO MENTAL, UNA REALIDAD ASUMIDA	Sofía Belló Pérez	Hospital Obispo Polanco
C079/19	REGENERACIÓN TISULAR A PARTIR DEL PLASMA AUTÓLOGO RICO EN PLAQUETAS, EN ÚLCERAS E ISQUEMIA CRÓNICA	Pilar Morera Tardós	Centro De Salud Albalate De Cinca
C0106/19	CREACIÓN CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ORL: MEJORA EN EL MANEJO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON HIPOACUSIA	María José Martínez Blasco	Hospital Universitario Miguel Servet
C0193/19	CRONOGRAMA DE APRENDIZAJE PARA TCAE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS NEONATALES	Gustavo Padilla Aragües	Hospital Universitario Miguel Servet
C0194/19	CALIDAD ASISTENCIAL Y GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN DEL INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO 061 ARAGÓN	Eduardo Mir Ramos	061 Aragón. U.M.E. Alcañiz
C0212/19	IMPLANTACIÓN DE LA CONSULTA DE ESTOMATERAPIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO.	Francisco Javier Pegalajar Luque	Hospital Obispo Polanco
C0229/19	AVANZANDO HACIA LA EXCELENCIA EN EL CONTROL DE RIESGOS DEL SONDAJE NASOGÁSTRICO	Elvira Joven Casaucau	Hospital Universitario Miguel Servet

C005/19: LAS CONVULSIONES FEBRILES DESDE LA PERSPECTIVA ENFERMERA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Primer autor: *Andrea Paul Nadal*

Coautores: *Esther Aladren Hernando, Marina Cruz Leiva, Diana Merino Leiva*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen: Exponer una de las consultas urgentes más frecuentes en pediatría: las convulsiones febriles, simples o complejas. Afectan al 2 - 5% de los niños, con una relación hombre/mujer de 1,6:1, presentándose entre los 6 meses y los 5 años de edad, principalmente entre los 12 y 24 meses de edad. Entre su etiología se encuentran la elevación térmica corporal, la edad y los factores genéticos.

Material y Métodos: A través de la revisión de un caso clínico se analizaron las actuaciones del personal sanitario con el fin de conocer la secuencia a seguir.

Resultados: Lactante de nueve meses que acudió al servicio de Urgencias por presentar episodio de supravversión de la mirada con movimientos clónicos sin claro aumento del tono muscular, y de unos segundos de duración. Había presentado cuadro febril de veinticuatro horas de evolución acompañado de cuadro catarral de rinitis y tos. No había presencia de ambiente epidémico familiar, ni antecedentes personales y familiares de crisis febril o epilepsia. A su llegada se le realizó la pertinente exploración y toma de constantes (T^a : 39,1°C, FC: 160pm y saturación de oxígeno: 100%), y se le realizó el Glasgow adaptado para lactantes (puntuación: 15). Como pruebas complementarias se le realizó una gasometría capilar. Se le administraron 0,3 mg/kg de Dexametasona vía oral. En todo momento se tranquilizó a la familia y se les explicó la situación. Se trasladó al paciente a la Unidad de Observación, donde se reevaluaron sus constantes vitales. Durante dicho período, el paciente realizó pico febril de 38,1°C. Se le administraron 1,5 ml de Paracetamol vía oral y se continuó la vigilancia. Tras siete horas de observación, y no habiendo presentado episodios convulsivos, se decidió el alta a domicilio. Junto con el informe de alta y una receta de Diazepam rectal 5 mg, se le entregó a la familia una hoja informativa y se les explicó cómo actuar ante un nuevo episodio y cómo administrar el tratamiento médico indicado.

Conclusiones: La educación sanitaria a los familiares resulta clave para disminuir la ansiedad que pueden desencadenar ante un nuevo episodio. Por ello, se les entrega una hoja informativa en la que se les explica el proceso y se les dan unas pautas básicas a la hora de actuar ante un nuevo episodio, como son mantener la calma, la posición lateral del niño, retirar los objetos cercanos y no introducirles nada en la boca durante el episodio. Además, se les entrena en la administración de Diazepam vía rectal si pasados dos minutos no cede el cuadro.

C008/19: FUGAS DE URGENCIAS, UN INDICADOR DE CALIDAD, NO SIEMPRE VALORADO

Primer autor: Blanca Beatriz Miguel Baigorri

Coautores: Héctor Sanmartín Allué, Jessica Perna Suriana, Beatriz García Langoyo, Ana Teresa Castán Gracia, Inés Laborda García, Almudena Marcos Íñiguez, Ana Pérez Calvo

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet

Resumen:

Evaluar las altas por fuga (AF) en nuestro servicio de urgencias (SUH), conociendo cuándo y dónde se producen y sus características e identificar puntos críticos y áreas de mejora.

Material y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo que analiza los pacientes dados de AF en el primer trimestre de 2018. Se analizaron variables demográficas y día de la semana, asociadas al triaje, tiempo de inicio de asistencia, antecedentes personales y consulta posterior a otro dispositivo asistencial, por similar motivo de consulta antes de 7 días. Las variables cuantitativas se expresaron con media y desviación estándar y las cualitativas con porcentajes, utilizando el test de Chi cuadrado para estudiar su asociación.

Resultados: Los episodios AF fueron 984 (2,96% del total), de 949 pacientes, acumulando uno solo hasta 12. Por rangos de edad, se observó una relación inversa entre número de episodios y AF, acumulando los >75 la mayor carga asistencial pero el menor índice de fugas (IF). En las variables asociadas al triaje, el nivel IV acumuló 49,6%, siendo las áreas de consulta ambulatoria (CA) y boxes con 42,6% y 38,7% las de mayor número de AF. Coincidiendo el mayor IF, en lunes (4,04%) y martes (3,46%), con la mayor carga asistencial. Asociando estas tres últimas variables, se observaron IF >30% lunes y martes en nivel V de boxes y >10% en lunes y martes en nivel IV de CA y martes y miércoles en boxes. Presentaban antecedentes psiquiátricos (AP) el 31,50%, siendo pacientes hiperfrecuentadores 12,40% y con AF previas 20,42%. Existía una asociación ($p < 0.001$) entre los AP y la hiperfrecuentación (OR: 6,82), así como con las fugas previas (OR: 4,49). La media global de inicio de asistencia en AF fue 156,67 minutos (DE 105,94), siendo en boxes 174,48 (DE 116,41) y en CA 173,46 (DE 91,03), siendo AF después de ese inicio de asistencia el 9,95%. Eran revistas en <72 h, 6,50% de episodios y 68,90% no consultaron por un problema de salud similar durante la siguiente semana, acudiendo a un SUH tan solo 11,48%.

Conclusiones: La baja proporción de episodios con AF que consultan posteriormente a un SUH, nos hace considerar que, probablemente, su problema de salud, no requería atención urgente. Creemos necesario, realizar cambios organizativos agilizando la atención de los pacientes vulnerables, en los periodos de saturación. Proponemos el sobretriaje automático de los pacientes de bajo nivel al pasar el tiempo recomendado para el inicio de asistencia y facilitar información en triaje del centro asistencial más adecuado.

C043/19: CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN NIÑO INTERVENIDO DE HIPOSPADIAS

Primer autor: *M^a del Mar Aréjula Latorre*

Coautores: *Beatriz Calvo Cuello, M^a José González García, M^a Natividad Laganga Esteban, Beatriz Sanz Velilla, Tetyana Skrypnychuk Untilova*

Centro: *Cirugía Pediátrica, Hospital Infantil del Hospital Miguel Servet de Zaragoza*

Resumen:

Introducción: El hipospadias es una malformación congénita que afecta a 8.2 por 1000 recién nacidos vivos, la más frecuente es la localización distal del meato. El tratamiento de elección es el quirúrgico, realizándose una uretroplastia. El niño ingresa en el servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Infantil de Zaragoza donde recibe unos cuidados de enfermería pre y postquirúrgicos individualizados además de educación sanitaria al cuidador principal ya que es dado de alta con sonda vesical utilizando “la técnica de doble pañal”.

Objetivos:

- Describir los cuidados de enfermería realizados en los niños intervenidos de hipospadias en nuestro servicio de Cirugía Pediátrica.
- Visibilizar las actuaciones enfermeras llevadas a cabo con el cuidador principal, realizando un plan de cuidados.
- Proporcionar educación sanitaria e implicar al cuidador principal para los cuidados domiciliarios del niño tras el alta.

Método:

- Realización de una entrevista al ingreso al cuidador principal y valoración del niño junto con su historia clínica.
- Aplicación de la metodología enfermera para identificar las necesidades pre y postquirúrgicas del niño, describiendo un plan de cuidados integral e individualizado según la taxonomía NANDA, NIC –NOC y siguiendo el modelo de Virginia Henderson presente en el programa informático Gacela Care.

Resultados: Tras la valoración inicial y posteriormente, tras la intervención quirúrgica, el plan de cuidados del niño intervenido de hipospadias está formado por 5 diagnósticos reales y 1 diagnóstico de riesgo, 11 resultados de enfermería y 23 intervenciones enfermeras. Toda actuación y cuidado enfermero se realiza en presencia del cuidador principal involucrándole en el proceso de curación.

Conclusiones:

- Una buena formación metodológica y adecuado conocimiento de la taxonomía NANDA, NIC-NOC hace posible la realización de planes de cuidados individualizados necesarios para alcanzar la máxima eficiencia y resultados más beneficiosos.
- La educación sanitaria pre y post quirúrgica al cuidador principal es primordial para la correcta evolución del paciente pediátrico.

C078/19: SÍNDROME METABÓLICO EN EL TRASTORNO MENTAL, UNA REALIDAD ASUMIDA.

Primer autor: *Sofía Belló Pérez*

Coautores: *Sheila Ortiz Aragón, Nuria Simón Alonso, Víctor Navalón Monllor, Eric Vives Hidalgo*

Centro: *Hospital Obispo Polanco*

Resumen

Introducción: Se estima una prevalencia de Síndrome Metabólico de 2 a 4 veces mayor en los pacientes con trastorno mental grave que en la población general. Aunque no quedan claras las causas exactas, es probable que se deba su estilo de vida.

La presencia de Síndrome Metabólico a los 5-10 años de seguimiento se asocia a un riesgo de enfermedad cardiovascular duplicado y a un aumento considerable de la morbilidad de estos pacientes, por lo que una detección precoz sería de gran impacto en la prevención primaria de eventos cardiovasculares.

Objetivos: dar a conocer el impacto que supone el Síndrome Metabólico en los pacientes con trastorno mental, así como proporcionar herramientas para la detección precoz y prevención de los factores de riesgo modificables que lo describen.

Método: se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las principales bases de datos (cochrane, pubmed, embase, uptodate y dynamed plus) y se ha implantado un proyecto de calidad en la consulta de la enfermera especialista en salud mental del Centro de Salud Ensanche (Teruel).

Resultados: Aproximadamente el 90% de nuestra muestra de pacientes con trastorno mental grave, ha cumplido criterios de Síndrome Metabólico en la primera toma de medidas.

A pesar de las limitaciones (pacientes que no quieren participar, pérdidas del seguimiento, escasez de tiempo) hemos conseguido aumentar la motivación de nuestros pacientes para adquirir un estilo de vida más saludable, así como ha mejorado la adherencia al tratamiento y el control de los factores de riesgo cardiovascular de manera individual.

Conclusiones: La protección y promoción de la salud física de las personas con trastorno mental se debe considerar una línea prioritaria de intervención tanto desde un punto de vista ético como de salud pública, ya que se relaciona con las posibilidades de bienestar y calidad de vida de estos pacientes. Los servicios de salud mental deben ser capaces de proporcionar al menos una evaluación estándar regular de sus pacientes con el objeto de identificar la presencia de problemas de salud física.

Lecciones aprendidas: se ha de valorar a un paciente con trastorno mental en su totalidad, de manera integral, ya que del mismo modo que las dolencias físicas generan malestar emocional, el malestar emocional conlleva dolencias físicas secundarias.

C079/19: REGENERACIÓN TISULAR A PARTIR DEL PLASMA AUTÓLOGO RICO EN PLAQUETAS, EN ÚLCERAS E ISQUEMIA CRÓNICA.

Primer autor: *Pilar Morera Tardós*

Coautores: *Jesús Aguaviva Bascuñana, Mercedes Villas Sender, Pilar Carmen Laiglesia Mas, Marta López Espolio, Carlos Pardo Vaquero, Tatiana Marcen Benedico, Pilar Laguna Olmos*

Centro: *Centro De Salud Albalate De Cinca*

Resumen:

Este trabajo presenta el uso de plasma autólogo rico en plaquetas, que, gracias a su riqueza en factores de crecimiento, y a sus propiedades mitogénicas y quimiotácticas, se propone como una alternativa eficaz en el manejo de úlceras cutáneas crónicas resistentes a tratamiento convencional.

El PRP proporciona factores de crecimiento en el lecho de la herida, puede aplicarse infiltrado o en forma de gel, mantiene el entorno de la herida húmedo.

Palabras Clave: PRP, úlceras crónicas, lesiones isquémicas

Metodología: El 18 julio 2018 se decide iniciar tratamiento con PRP

Presentamos tres casos de isquemia distal, un caso de herida post- amputación y dos casos de úlceras por presión.

Primero se carga en una jeringuilla de 50 cc, 3 ml de anticoagulante y se extrae del paciente 32 ml de sangre. Ésta se somete a un proceso de centrifugado del que se obtiene plasma rico en plaquetas, que aplicamos infiltrado, y plasma pobre que aplicaremos en forma de gel. Se realiza infiltración con PRP en 5-6 zonas de cada lesión, incluyendo bordes, lecho de la herida y base de los dedos en los casos de isquemia. El plasma sobrante, se mezcla con hidrogel, obteniendo un nuevo gel para aplicación local sobre la herida a tratar. Protección con vendaje algodonado durante 4 días, recomendando no deambular ni apoyar sobre el pie afecto en caso de extremidades, y apósito oclusivo en el caso de UPP. La primera cura se realiza a los cuatro días. Se continúan curas cada 48 h con intención de no interferir con el PRP. El 13 septiembre se realiza segundo infiltrado PRP

Resultados: En la herida post-amputación, se consigue la cicatrización casi completa con dos infiltrados y dos meses de evolución. En el primer caso de isquemia, resolución completa a los 21 días evitando así la amputación. En el segundo caso de isquemia, resolución a los dos meses con un solo infiltrado. En el tercer caso de isquemia, resolución completa a los cinco meses tras tres infiltrados y curas con plasma- gel.

En el caso de las úlceras por presión (región dorsal izda y trocanter izdo), cicatrización casi completa a los cuatro meses de evolución y dos infiltrados.

Conclusiones: 1. La aplicación de PRP en lesiones isquémicas, ha resultado una técnica segura, exenta de efectos secundarios 2. Acelera la cicatrización, evitando el ingreso hospitalario y una potencial amputación 3. Reduce de forma importante la necesidad de emplear apósitos bioactivos. 4. Todo ello contribuye a la consiguiente disminución del gasto sanitario.

C106/19: CREACIÓN CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ORL: MEJORA EN EL MANEJO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON HIPOACUSIA.

Primer autor *María José Martínez Blasco*

Coautores: *Nuria Gimeno Laguardia, Cristina López Mayoral, María Guallar Larpa, Beatriz García Aja, Luis Carmen Samperiz, Eugenio Andrés Vicente González, Eva Llorente Arenas*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Objetivos: El principal objetivo es mejorar el manejo de pacientes diagnosticados de hipoacusia y de la población susceptible de desarrollarla, consiguiendo disminuir la demora en las revisiones de umbrales auditivos, mediante la creación de una consulta de enfermería.

Los objetivos secundarios son:

- Detectar precozmente los empeoramientos de umbrales auditivos.
- Diagnosticar nuevos casos de hipoacusia en población de riesgo (tratamiento de los derivados del platino)
- Disminuir la ansiedad de los padres con las demoras en las revisiones.
- Disminuir la lista de espera de la consulta de ORL infantil.

Método: El método observacional en el que se analizan las demoras involuntarias en las revisiones de los pacientes diagnosticados y la población diana.

En estos pacientes la consulta se reduce a la realización de la audiometría por la enfermera de la consulta, utilizándose una consulta de revisión ORL médica.

Resultados: Los pacientes con hipoacusia ya conocida y estudiada precisan revisiones periódicas cada 6 meses o 1 año para vigilar cambios en los umbrales de la audición, a estos hay que añadir las revisiones de la población en riesgo y sus revisiones.

Existen demoras involuntarias en las revisiones de los pacientes. En estos pacientes la consulta consiste en la realización de la audiometría por la enfermera, por lo que proponemos crear una agenda de enfermería exclusiva para realizar las audiometrías.

Conclusiones: En el caso de observar cambios en las pruebas, la enfermera comenta en ése momento con el ORL de la consulta, adecuándose el tiempo de la revisión sin verse alterado el tiempo de diagnóstico y el tiempo de revisión en la consulta.

De esta manera ningún niño retrasará el diagnóstico o empeoramiento de la hipoacusia por demoras ajenas al protocolo establecido. La enfermera de la consulta tiene autonomía y tiempo de consulta para poder realizar esa labor en días de actividad quirúrgica programada.

Lecciones Aprendidas: Empoderamiento enfermero para mejorar la calidad asistencial.

Gestión eficaz de recursos humanos y materiales en la estructura sanitaria obtiene beneficios directos sobre el paciente.

C193/19: CRONOGRAMA DE APRENDIZAJE PARA TCAE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS NEONATALES.

Primer autor: *Gustavo Padilla Aragües*

Coautores: *Sandra Abu-Rumman Rodriguez, Ana Adiego Callejas, Maria Elena Fuertes Aragües*

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet

Resumen:

Objetivos

- Maximizar la calidad de los cuidados prestados por las TCAE de nueva incorporación en una unidad especializada
- Incentivar un proceso de aprendizaje que permita, a falta de otros recursos (bolsas de trabajo especiales para TCAE), objetivar el aprovechamiento de su paso por nuestra unidad
- Minimizar el riesgo de errores al movilizar al personal de nueva incorporación hacia la búsqueda activa de información

Metodología: Detección mediante encuesta a las profesionales en plantilla de la necesidad de incentivar al personal contratado para su mayor implicación en los objetivos de la unidad.

Formato Likert, 6 preguntas (escala del 1 al 5) con espacio para sugerencias. Tasa de respuesta 80% (16 de 20 TCAE) El 55% considera que los tiempos de aprendizaje no están marcados en absoluto. Un 40% considera que, al mes de su incorporación, ninguna TCAE ha adquirido las competencias necesarias. Para un 40% coincidir con personal de nueva incorporación tiene implicaciones en el comportamiento o en el rendimiento en la unidad.

Elaboración conjunta (Supervisión y 2 TCAE de la plantilla) de un cronograma en formato papel, con casillas de verificación conforme se van cumpliendo objetivos. Realizado mediante diagrama de Gantt, donde se marcan objetivos y plazos de ejecución según complejidad.

La necesidad de intervención se constata por los datos extraídos mediante encuesta, así como las aportaciones en el apartado de sugerencias, donde ha participado el 75% del personal encuestado.

Resultados:

- Mayor implicación de las nuevas TCAE al incentivar la resolución de las dudas mediante una actitud proactiva (Resultado buscado)
- Acogida por parte del resto del personal más beneficiosa para ambas partes, al comprobar que el personal de nueva incorporación muestra el interés que se requiere para afianzar unos cuidados profesionales seguros y de calidad (Resultado buscado)
- Para la medición de resultados objetivables se pasarán encuestas a personal estable y personal contratado, al que también se realizará entrevista dirigida, al finalizar los contratos estivales de 2019.

C194/19: CALIDAD ASISTENCIAL Y GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN DEL INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO 061 ARAGÓN

Primer autor: *Eduardo Mir Ramos*

Coautores: *Ignacio Vilellas Aguilar, Ana Casanova Royo, Chabier Brosed Yuste, Leticia Soria Martínez, Antonio Bielsa Rodrigo, Mercedes Navarro Gracia, David Calvo Cobos*

Centro: *061 Aragón. UME Alcañiz*

Resumen:

Introducción: Los registros enfermeros constituyen la evidencia del trabajo desarrollado por estos profesionales, siendo una fuente esencial de información sobre el paciente que puede utilizarse, directa e indirectamente, para valorar la calidad asistencial

Objetivos: Analizar el grado de cumplimentación del Informe de Cuidados de Enfermería según el PAE (Proceso Enfermero) en Unidades de Soporte Vital Avanzado (USVA)061 Aragón

Método: Estudio descriptivo transversal realizado en 061 Aragón, entre enero y junio de 2018, mediante revisión de Informes de Cuidados de Enfermería, previa autorización de la Institución, garantizando siempre la confidencialidad y el tratamiento anónimo de los datos. Tras calcular el tamaño muestral y realizar un muestreo no probabilístico intencional, se analizaron 359 registros. Sólo se estudiaron los Informes de Enfermería (formato F070603Rev.04) derivados de asistencias primarias realizadas por USVA061 Aragón, siguiendo los criterios de calidad UNE-EN-ISO 9001-2015, que atienden a la Instrucción Técnica IT070603Rev06, desechándose el resto. Las variables analizadas fueron las cinco fases del PAE: valoración (patrones funcionales de Gordon) /diagnóstico/planificación/ejecución/evaluación. En el análisis descriptivo, los datos se resumieron en tablas de frecuencias absolutas y relativas, expresadas en porcentajes.

Resultados: En la fase de valoración, se identificaron 136 historias (37,8%) en las que se cumplimentaron todos los patrones, mientras que, en el resto (62,2%) este apartado se rellenó parcialmente. Si se desglosan los datos por patrones, la cumplimentación osciló entre el 79,4% para el Nutricional-Metabólico y el 59,3% para el patrón Valores-Creencias. Sólo en un 10,6% de los informes se emitió un diagnóstico de enfermería y, entre éstos, únicamente estaban correctamente formulados, siguiendo el formato PES (problema-etología-síntoma) el 1,9%. Se identificaron problemas de colaboración en el 18,4 % de las historias. En la planificación, sólo se formularon NOC en un 5,8% de los informes, mientras que en la fase de ejecución, se identificaron intervenciones de Enfermería (NIC) en un 95,3% de los casos y un 83,8% de medidas evaluadoras en la última fase.

Conclusiones: Es necesario reflexionar sobre estos resultados e implementar medidas encaminadas a mejorar la calidad de los registros enfermeros en 061 Aragón.

Lecciones Aprendidas: El registro adecuado es un requisito asistencial y una salvaguarda legal, ya que, a todos los efectos, lo que no está escrito, no está hecho.

C212/19: IMPLANTACIÓN DE LA CONSULTA DE ESTOMATERAPIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Primer autor: *Francisco Javier Pegalajar Luque*

Coautores: *Isabel Méndez Muñoz, Inés Hernández Armengod, David Eced González, María del Mar Marco Martín, María Jesús Dobón Domingo*

Centro: *Hospital Obispo Polanco*

Resumen:

Objetivos;

-Implantar una consulta de estomaterapia, gestionada por personal de enfermería con competencias avanzadas para mejorar la atención integral y holística al paciente ostomizado y a su entorno cuidador.

- Reducir los problemas de adaptación de nuevos pacientes
- Educar al paciente y su entorno en el manejo y cuidado del estoma, así como sus complicaciones más frecuentes.
- Disminuir los costes a la sanidad pública derivados de un inadecuado uso de los recursos materiales, ingresos y visitas a urgencias.
- Formación a otros profesionales.

Metodo: Se parte de un análisis de la situación previa; un equipo multidisciplinar, liderado por una enfermera con competencias avanzadas, redacta la cartera de servicios y la metodología de trabajo que se va a ofertar en la misma. Se gestiona conjunto a los servicios de cirugía, admisión y la dirección del HOP la creación de una agenda específica y se gestiona el espacio de trabajo. A continuación se redacta un protocolo que recoge las intervenciones de la enfermera especialista en estomaterapia en la atención a pacientes ostomizados del sector Teruel; incluyendo la atención integral pre intervención, durante el ingreso, previo al alta y post intervención. Se llevan a cabo talleres formativos a otros profesionales y se crean encuestas de satisfacción para los pacientes.

Resultados: Los datos que se disponen hasta la fecha actual son preliminares; En el plazo de 4 meses, sean atendido 65 consultas por parte de enfermería. Todo paciente ostomizado desde el mes de enero está siendo seguido por la enfermera estomaterapeuta; además, se están rescatando pacientes previamente intervenidos a los que se les ofrece información y disponibilidad sobre este servicio. La puesta en marcha de la consulta, ha supuesto un gran cambio organizativo para el servicio de cirugía general del HOP, que se traduce en una mejora de la atención a la población ostomizada.

Conclusiones: Aunque nos encontramos en una fase de reciente implantación de la consulta, concluimos que se han logrado los objetivos marcados, sin embargo, siguen siendo necesarias una evaluación constante y su correspondiente proceso de mejora. La EpS y atención personalizada y especializada a estos pacientes, garantiza unos cuidados de calidad y con continuidad. La participación activa de los pacientes en la toma de decisiones y cuidados es un elemento clave, que predispone a una correcta adhesión al tratamiento y los cuidados prescritos, evidenciando cambios significativos y favorables en los indicadores clínicos.

C229/19: AVANZANDO HACIA LA EXCELENCIA EN EL CONTROL DE RIESGOS DEL SONDAJE NASOGÁSTRICO

Primer autor: *Elvira Joven Casaucau*

Coautores: *M^a Carmen Jiménez Gálvez, M^a Jesús Ruiz Fuentes*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

El sondaje nasogástrico es una técnica sencilla que consiste en introducir un tubo más o menos flexible en el estómago a través de las fosas nasales. Es una técnica invasiva realizada a ciegas por profesionales de enfermería por lo que conlleva riesgos, algunos de ellos muy graves. El objetivo de esta presentación es demostrar que siguiendo el “Algoritmo de comprobación de sondaje nasogástrico” estos riesgos se minimizan.

Método: realizamos un estudio descriptivo que incluye 30 muestras, siendo considerada muestra aquél paciente de la UCI de Cirugía Cardíaca del HMS que precisa una sonda nasogástrica en el periodo comprendido entre enero 2019-junio 2019

En la recogida de datos incluimos:

- número total de sondas insertadas
- ubicación de cada una en una primera inserción
- ubicación de cada una tras aplicar en algoritmo de comprobación
- necesidad de realizar radiografía de abdomen como prueba complementaria
- fijación final de la sonda nasogástrica (cm)

Indicadores

- Porcentaje de sondas bien posicionadas tras implantar el algoritmo de comprobación (97%)
- Porcentaje de sondas bien posicionadas tras obtener un pH gátrico < de 5 (100%)
- Porcentaje de pacientes que precisan radiografía de abdomen como último método de comprobación (16%)

Conclusiones a las que llegamos son las siguientes:

El Algoritmo de comprobación ha demostrado ser un método:

Eficaz: identifica correctamente el posicionamiento de la sonda

Eficiente: Es una técnica rápida, segura, no cruenta y con un coste mínimo. Además, reduce la necesidad de pruebas complementarias como Rx, disminuyendo así el efecto adverso de la radiación de dicha prueba sobre el paciente.

Efectivo: Reduce considerablemente los riesgos asociados al sondaje nasogástrico

COMUNICACIONES MESA 27

Aula 12 (Planta 1ª)

Moderador: Víctor Manuel Solano Bernad

Código	Título	Autor	Centro
C0112/19	REHIDRATACIÓN ORAL ¿AQUARIUS O SUERO ORAL?	Carlota Canet Fajas	Centro De Salud Delicias Sur
C0117/19	IMPLANTACIÓN DEL CATÉTER PLEURAL TUNELIZADO (CPT) EN PACIENTES CON DERRAME PLEURAL MALIGNO RECIDIVANTE	Elisa Mincholé Lapuente	Hospital Universitario Miguel Servet
C0119/19	EDUCACIÓN SANITARIA EN MOVILIZACIONES Y REHABILITACIÓN POSTQUIRÚRGICA	Marta Mercedes González Eizaguirre	Hospital San José
C0122/19	IMPLANTACIÓN DE UNA PULSERA PARA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES ALÉRGICOS EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO	María Teresa Plumed Juste	Hospital Obispo Polanco
C0161/19	LINFADENECTOMÍA AXILAR CON GANGLIO CENTINELA POSITIVO EN CÁNCER DE MAMA: ADAPTACIÓN A LAS GUÍAS CLÍNICAS ACTUALES.	Daniel Nogueira Souto	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
C0192/19	PÓSTER DE FÁRMACOS DE USO FRECUENTE EN OBSTETRICIA: ACTUALIZACIÓN DE FÁRMACOS PELIGROSOS	Andrea Pinilla Rello	Hospital Universitario Miguel Servet
C0230/19	¿NOS PUEDE MEJORAR EL DIAGNÓSTICO DE SDRA, EN EL SÍNDROME INTERSTICIAL, EL ESTUDIO DE LA LÍNEA PLEURAL?	Patricia Mora Rangil	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
C0247/19	CUIDADOS INTENSIVOS ORIENTADOS A LA DONACION. RESULTADOS y CARGA ASISTENCIAL	Beatriz Virgos Señor	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
C256/19	ESTUDIO EXPLORATORIO DE EVENTOS ADVERSOS EN ARAGÓN-2017: NUEVOS DIAGNÓSTICOS NO PRESENTES EN LA ADMISIÓN	Héctor López-Mendoza	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
C297/19	INFLUENCIA DE LA TERAPIA MANUAL EN LA MEJORA LA FUNCIÓN Y LOS SÍNTOMAS EN EL HALLUX VALGUS.	Celia Mª Carrascosa Canales	Hospital Universitario Miguel Servet

C112 /19: REHIDRATACIÓN ORAL ¿AQUARIUS O SUERO ORAL?

Primer autor: *Carlota Canet Fajas*

Coautores: *Laura Val Esco, M^a Pilar Gabás Ballarín, Silvia Navarro Rero, M^a Pilar Llorente Fauro, Alfonso Felipe Rubio, M^a Jesús Martín Terrado, Aida Moreno Juste*

Centro: *Cs Delicias Sur*

Resumen:

Objetivos: Exploramos los hábitos de los pacientes con GEA en cuanto a hidratación oral, en muchas ocasiones erróneos y provocados por el personal sanitario para modificar actitudes, evitar el empeoramiento del paciente y la aparición de consecuencias graves.

Material y método: Realizamos 3 sencillas preguntas a los pacientes que acuden a nuestra consulta por gastroenteritis aguda leves que van a recibir tratamiento en su domicilio. Se realiza en el primer trimestre de 2019 y la muestra representativa es de 102 pacientes. ¿Qué bebida toma cuando tiene vómitos y diarreas? ¿Quién le ha recomendado la bebida elegida? ¿Qué bebida cree que es la opción más adecuada? Siendo las bebidas propuestas: Agua, Sueroral, Limonada alcalina casera, bebida isotónica tipo Isostar, Aquarius, refrescos o infusión.

Resultados: El 41,6% de los pacientes toma Aquarius cuando presenta cuadro de vómitos y/o diarrea. El 27 % toma agua y el 19,4% toma suero oral. El resto, infusiones y limonada casera. En el 47,2% de las veces, es el Médico de Familia el que aconseja la bebida elegida y en un 44,4% de las veces son los familiares y amigos. El resto, enfermería y el personal de farmacia. Los casos en los que tomaban Aquarius como medida de rehidratación, aconsejado por el Médico y profesional de enfermería suponen el 32% de los casos. El 66.6% de las personas que toman Aquarius, creen que esta es la bebida más adecuada para la rehidratación en el caso de vómitos y/o diarreas.

Conclusiones: Es frecuente que nos encontremos pacientes a los que tengamos que convencer de que hidratarse adecuadamente es lo más importante en un proceso de gastroenteritis, vómitos o diarrea. Hoy en día, mucha gente, incluso médicos, recomienda bebidas tipo "Aquarius", pero debemos entender que, en la mayoría de los casos, las deshidrataciones no son graves y por tanto en la práctica se podrían hidratar con lo que se quiera, pero en un caso de deshidratación más importante las consecuencias podrían ser graves. El Aquarius está diseñado para reponer las pérdidas de líquido y sales a través del sudor, sobre todo sodio (tras ejercicio físico, p. ej.), pero en una gastroenteritis, cuyas pérdidas son intestinales, se necesita reponer sobre todo potasio. En el Aquarius y otras bebidas similares, el aporte de potasio puede ser 7 veces menor del adecuado y un descenso en las cifras de potasio puede provocar problemas graves como deshidratación celular, calambres y alteraciones cardíacas.

C117 /19: IMPLANTACIÓN DEL CATÉTER PLEURAL TUNELIZADO (CPT) EN PACIENTES CON DERRAME PLEURAL MALIGNO RECIDIVANTE.

Primer autor: *Elisa Mincholé Lapuente*

Coautores: *María Teresa Martín Carpi, Elisabet Vera Solsona, María Ángeles Gotor, Ana Lucía Figueredo Cacacho, Rahalf Martín Pineda Coronel, Juan Antonio Domingo Salvador Bello Dronda*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Objetivo: Mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos con derrame pleural maligno recidivante causante de disnea mediante la colocación de un CPT y drenaje en domicilio.

Método: -En el año 2018 se inicia la implantación del CPT en pacientes oncológicos mayores de 18 años con derrame pleural maligno recidivante causante de disnea en la Unidad de Neumología intervencionista del HUMS. Tras la implantación se han realizado las siguientes actividades:

- Enseñar el manejo del drenaje con catéter pleural permanente a los pacientes y sus familiares.
- Realización de un informe del procedimiento y seguimiento por parte del Servicio de Neumología dirigido a otros servicios médicos que atiendan a estos pacientes.
- Realizar una encuesta de satisfacción, incluyendo escala de síntomas del paciente y familiares
- Realizar un protocolo junto con el Servicio de Oncología para la derivación y seguimiento de estos pacientes
- Desarrollar una base de datos excel para registrar los resultados de los pacientes con CPT.

Resultados:

- Se ha desarrollado un protocolo y consentimiento informado, estando en fase de revisión en la Unidad de calidad. - Se ha implantado hasta ahora 8 CPT.
- Todos los pacientes han mejorado de la disnea tras la colocación del drenaje pleural (100%).
- El 100% de los familiares/ cuidadores han manejado de manera autónoma y correcta el CPT.
- Complicaciones (número y tipo): No hubo complicaciones en ninguno de los 7 pacientes.
- No precisó retirarse el drenaje en ningún caso.- La supervivencia media fue de 1,5 meses.

Conclusiones:

- Ha sido necesario el trabajo en equipo entre las especialidades de Oncología, Cirugía torácica y Neumología.
- Neumología en coordinación con Oncología y Cirugía torácica ha elaborado un protocolo de actuación pendiente de revisión por la unidad de calidad.
- Ha sido importante el trabajo coordinado entre neumólogos y enfermería para la citación, colocación del CPT, educación a familiares/ cuidadores, información sobre síntomas de re-consulta y entrega de material necesario para el drenaje. - El proyecto es sostenible y dada la buena respuesta sintomática la tendencia actual es aumentar el número de procedimientos.

C119 /19: EDUCACIÓN SANITARIA EN MOVILIZACIONES Y REHABILITACIÓN POSTQUIRÚRGICA

Primer autor: *Marta Mercedes González Eizaquirre*

Coautores: *Magdalena Linge Martín, Carolina Dionis Fernández Minaya, Carmen Oquendo Marmaneu, Ana Mateo Abad, Daniel Martínez Fabre, Raquel Vial Escolano, Mercedes Forcano García*

Centro: *Hospital San José de Teruel*

Resumen:

Objetivo principal: Reducir el grado de deterioro funcional que sufre el paciente anciano durante su ingreso en la planta de hospitalización de agudos de traumatología tras cirugía de cadera o rodilla. Educar y formar a los cuidadores de estos pacientes en la realización de una correcta fisioterapia para agilizar su proceso de rehabilitación. Aumentar la implicación de estos parientes en las movilizaciones de sus pacientes.

Métodos: Realización de sesiones multidisciplinares y creación del equipo de calidad con el fin de:

1. Aclaración de competencias por parte de cada miembro
2. Realizar talleres de actualización de movilizaciones en personal sanitario. Instrucción que se realizará para cada estamento: movilizaciones por parte de auxiliares, enfermería, fisioterapia y médicos.
3. Implicación de los profesionales en la consecución de los objetivos mediante charlas informativas de carácter educativo.
4. Implicación de los profesionales en la educación de pacientes/familiares, aumentando la estimulación en el ámbito laboral en beneficio de los pacientes
5. Promoción de la salud conforme a criterios Lalonde consensuado con los médicos de los diferentes servicios adheridos al programa: Traumatología, Rehabilitación y Geriátrica.

Realizar una labor educativa a los cuidadores mediante:

1. Realización de trípticos informativos acerca de las movilizaciones para repartir entre los familiares/cuidadores que precisan cirugía de cadera y rodilla.
2. Enseñanza en las habitaciones por parte del personal.
3. Creación de vídeos para la difusión en la planta de Traumatología que se expondrían en un canal gratuito de los televisores de las habitaciones de las plantas de Traumatología y Geriátrica. Estos mismos vídeos se colgarían también en un blog de Traumatología creado a tal fin.
4. Captación de pacientes programados para cirugía para la realización de promoción educativa previa al ingreso. En estas sesiones explicativas se comentarían aspectos sociales y funcionales

Resultados: Reducción de la tasa de complicaciones derivadas de la inmovilización. Disminución de las estancias hospitalarias derivadas de la inactividad. Actualización al personal sanitario en la correcta movilización de los pacientes que presentan cirugía de cadera y rodilla. Renovación de recursos materiales

Conclusiones: La buena adherencia del proyecto tanto por parte de los familiares como de los pacientes, está haciendo posible un buen manejo del paciente anciano intervenido de cadera o rodilla en Teruel

C122 /19: IMPLANTACIÓN DE UNA PULSERA PARA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES ALÉRGICOS EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Primer autor: *María Teresa Plumed Juste*

Coautores: *María Pilar Catalán Edo, Raquel Pérez Hernández, Beatriz Marzo Miedes, María Mar Gascón Conesa, Eva María Rueda Gracia, María Carmen Gregorio Abril, Delia Villacampa Sarasa*

Centro: *Hospital Obispo Polanco*

Resumen:

Objetivo: Reducir el riesgo asociado a la administración de medicación mediante la implantación de una identificación de pacientes alérgicos para prevenir errores con la asistencia sanitaria. Mejorar el sistema actual de detección y control de todos los pacientes con alergias que ingresan en el hospital.

Método: Se analiza la situación inicial y se justifica la necesidad de adquirir la pulsera de alergias para mejorar la seguridad del paciente. Se define el proceso de identificación de pacientes alérgicos en el hospital. Se convocan reuniones con las supervisoras para que conozcan el nuevo procedimiento y posteriormente ellas se encargan de difundirlo al personal de enfermería para que sea conocido y aplicado en las unidades. Se establecen indicadores y se elaboran las plantillas donde se registran mensualmente. Se realizan cortes mensuales de los indicadores. Actualización del protocolo de identificación de pacientes incluyendo el nuevo procedimiento de identificación de pacientes con pulsera de alergia.

Resultados: Buena aceptación por parte de las supervisoras del nuevo procedimiento. Implantación de un material para mejorar la seguridad del paciente hospitalizado. Estandarización del trabajo de enfermería a través de un protocolo.

Conclusiones y Lecciones Aprendidas: Se recogen indicadores desde marzo de 2019, el resto de datos cualitativos se dispondrán a finales del año y en función de los resultados se valorarán las limitaciones que se han encontrado, modificaciones y líneas de mejora.

C161 /19: LINFADENECTOMÍA AXILAR CON GANGLIO CENTINELA POSITIVO EN CÁNCER DE MAMA: ADAPTACIÓN A LAS GUÍAS CLÍNICAS ACTUALES.

Primer autor: *Daniel Nogueira Souto*

Coautores:

Elena Murciano Marqués, Enrique Prats Rivera, Leticia Tardín Cardoso, Alejandro Andrés Gracia, Paula Razola Alba, M^a Montserrat Delgado Castro, M^a Dolores Abós Olivares

Centro: *Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

Resumen: Objetivo: Valorar la adecuación de las linfadenectomías axilares realizadas tras BSGC positiva en el HCULB, a los criterios recomendados por las guías clínicas nacionales e internacionales, analizando la reducción en el número de linfadenectomías que dicha actuación supone.

Método: Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo de todas las solicitudes presentadas entre julio y diciembre de 2017, en el Subcomité de tumores de Mama del HCULB. Asimismo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de las guías clínicas más relevantes publicadas (NCCN, SEGO, ACOSOG, SESPM) y se han analizado los protocolos previos del HCULB.

Resultados: Se han revisado un total de 184 solicitudes siendo todas las pacientes mujeres. 104 han sido candidatas a cirugía (56,6% del total), de las que 41 pacientes (22,28%) han recibido cirugía conservadora con BSGC, excluyendo a pacientes tratadas con QT neoadyuvante. La BSGC fue positiva en 22 pacientes (54%), de las cuales en 9 casos (47,5%) tenían macrometástasis. Se han llevado a cabo linfadenectomías en dos pacientes (4,87% de las pacientes que recibieron cirugía conservadora) atendiendo a los protocolos actualizados del HCULB, todas ellas con BSGC positiva para macrometástasis, con resultado positivo en ambas. Según criterios de la NCCN (2017), así como de la SEGO-ACOSOG (2017), se hubiera recomendado hacer 1 de ellas, sin embargo, según los criterios de consenso de la SESPM (2014) se hubiera recomendado 14 y, de acuerdo a los protocolos previos del HCULB, 8. Esto conlleva una reducción del 85% y del 75%, con respecto a las que se hubieran realizado bajo criterios de SESPM y a los previos del HCULB. Asimismo, se observa en nuestra actuación, una correlación del 94,7% con los criterios actuales de la NCCN y de la de la SEGO-ACOSOG.

Conclusiones: Las linfadenectomías axilares realizadas en el HCULB se ajustan globalmente a las recomendaciones de las guías clínicas más actuales, lo que permite reducir significativamente su número, disminuyendo la morbilidad, mejorando la calidad de vida y reduciendo la estancia de las pacientes en el hospital.

C192/19: PÓSTER DE FÁRMACOS DE USO FRECUENTE EN OBSTETRICIA: ACTUALIZACIÓN DE FÁRMACOS PELIGROSOS.

Primer autor: *Andrea Pinilla Rello*

Coautores: *Ana Pilar Brun Valverde, Ruth Berges Pérez, Ana Laviña Castán, Beatriz Marchador Pinillos, María Isabel Sebastián Gurría, Arantxa Magallón Martínez, Elena Ortega Lacambra*

Centro: *Hospital Universitario Miguel Servet*

Resumen:

Objetivo: Difundir las precauciones en la administración de fármacos peligrosos más utilizados en Obstetricia, con el fin aumentar la seguridad del paciente y de los profesionales sanitarios.

Metodología: En 2013 se formó un equipo multidisciplinar con profesionales sanitarios del Servicio de Obstetricia y Farmacia, que elaboraron un póster con los fármacos de uso más frecuente en obstetricia como parte del Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad de un hospital terciario. **Variables:** principio activo, presentación comercial disponible en el hospital, indicación, dosis, forma y tiempo de administración, precauciones, contraindicaciones, efectos adversos y riesgo en lactancia. Se ha revisado anualmente para actualizarlo con las modificaciones de los protocolos e inclusión de nuevos fármacos.

Se actualizó en 2018 identificando y clasificando en su correspondiente grupo los fármacos peligrosos, detallando las recomendaciones sobre su administración. Para ello se realizó una revisión bibliográfica basada en la lista NIOSH de 2016 de fármacos peligrosos, actualizada en 2018. Recogida y análisis de datos: Excell®.

Resultados: El póster incluye un total de 33 fármacos, 14 (42,4%) de ellos antiinfecciosos. 7 (21,2%) fármacos son fármacos peligrosos.

En el Grupo 1 (Citostáticos): 1 fármaco (14,3%), Metotrexato, preparado en el Servicio de Farmacia, que debe ser administrado con doble guante, bata y mascarilla utilizando protección ocular o respiratoria si hay riesgo de salpicadura o inhalación.

En el Grupo 2 (Medicamentos no antineoplásicos con al menos 1 criterio de peligrosidad): 2 fármacos (28,6%), Progesterona y Zidovudina. Administrar con guante simple.

En el Grupo 3 (Sólo afecta a personal en riesgo reproductivo): 4 fármacos (57,1%), Dinoprostona, Mifepristona, Misoprostol y Oxitocina. Administración: Con guante simple y no fraccionar ni triturar (Mifepristona y Misoprostol) y con doble guante, bata y mascarilla utilizando protección ocular o respiratoria si hay riesgo de salpicadura o inhalación (Dinoprostona y Oxitocina).

Conclusiones: Este trabajo pretende difundir las condiciones especiales de administración de los fármacos peligrosos más utilizados en el Servicio de Obstetricia con el fin de concienciar de su importancia, aumentando la seguridad tanto de los profesionales sanitarios como de los pacientes y mejorando la calidad asistencial.

C230/19: ¿NOS PUEDE MEJORAR EL DIAGNÓSTICO DE SDRA, EN EL SÍNDROME INTERSTICIAL, EL ESTUDIO DE LA LÍNEA PLEURAL?

Primer autor: *Patricia Mora Rangil*

Coautores: *Carolina Fuertes Schott, Mireia Barceló Castelló, Paula Millán Taratiel, Clara Jaqués Andrés, Marta Olga Asín Corrochano, Paloma Eugenia Edroso Jarque, Blanca Obón Azuara*

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

Resumen:

Objetivo: Identificación y utilidad diagnóstica de los signos ecográficos de estudio de la línea pleural (LP) para la realización de diagnóstico diferencial entre Síndrome de distress respiratorio del adulto (SDRA) y edema agudo de pulmón cardiogénico (EAP) en un paciente en insuficiencia respiratoria y patrón intersticial.

Métodos: Realización de ecografía para valoración pleuropulmonar y cardíaca dentro de las primeras 24h de ingreso en UCI, en 21 pacientes con insuficiencia respiratoria en contexto de síndrome intersticial. La definición utilizada para el diagnóstico diferencial inicial de SDRA es patrón intersticial de inicio agudo, con $E/e' < 15$ y $PaO_2/FiO_2 < 300$. En el estudio ecográfico cardíaco se valoró la situación de precarga del paciente, mediante el cálculo de E mitral y la ratio E/e' . En el estudio ecográfico pleuropulmonar se valoró la presencia de patrón B, las irregularidades y engrosamiento de la LP, presencia de colecciones subpleurales, así como, la presencia de Shred sign y patrón C con broncograma aéreo. Los análisis estadísticos se realizaron con SPSS 20.0 para Windows. Para la comparación estadística se utilizó el test exacto de Fisher, por ser una muestra pequeña. El resultado se ha expresado en Odd Ratio (OR), como medida de riesgo, en los casos que ha sido posible.

Resultados: El patrón B, definitorio de síndrome intersticial, estuvo presente en el 100% de los pacientes, tanto de SDRA como EAP. Tanto la irregularidad la LP como el engrosamiento, se encontró en el 100 % de los pacientes con SDRA respecto al 25% en EAP ($p < 0.001$). La presencia de colección subpleural se dio en el 92.3% de los pacientes con SDRA y en el 37.5% de EAP (OR 20, IC 95% [1.655 -241.72]). El patrón C con broncograma aéreo se dio en el 92.3% de los pacientes con SDRA versus el 62.5% de los pacientes con EAP (OR 7.20, IC 95% [0.596-87.02]). El Shred sign estuvo presente en el 46.2% de los pacientes con SDRA y en el 0% de los pacientes con diagnóstico de EAP ($p < 0.046$).

Conclusiones: La valoración, por ecografía, de los signos inflamatorios de la línea pleural puede mejorar el diagnóstico en el SDRA. Precisamos ampliar nuestra muestra para la obtención de datos con mayor significación estadística.

Lección Aprendida: Es necesario incorporar la ecografía en el estudio del paciente grave para mejorar la calidad del diagnóstico.

C247/19: CUIDADOS INTENSIVOS ORIENTADOS A LA DONACION. RESULTADOS y CARGA ASISTENCIAL

Primer autor: *Beatriz Virgos Señor*

Coautores: *Agustín C. Nebra Puertas, Carmen Velilla Soriano, Raquel Ridruejo Sáez, Carmen Díaz, Juan José Araiz Burdío, Pilar Luque Gómez, Miguel Ángel Suarez Pinilla*

Centro: *Hospital Clínico Universitario*

Resumen:

Introducción: El proyecto CIOD (Cuidados Intensivos Orientados a la Donación), promovido por la ONT y SEMICYUC analiza las prácticas clínicas al final de la vida en pacientes con daño cerebral catastrófico que ingresan en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), y en aquellos cuya evolución lleva a plantearse al equipo médico una limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV), considerándose, como posibles o potenciales donantes. Dicho proyecto es una línea de mejora para intentar evitar la pérdida de estos donantes, y para considerar la donación una práctica habitual en los cuidados al final de la vida.

Método: Estudio multicéntrico, observacional, prospectivo con participación del HCU y HUMS. Búsqueda de pacientes ingresados en UCI con LTSV como posibles/potenciales donantes del 1 de Octubre 2018, al 15 de Mayo de 2019, tras entrevista y consentimiento familiar. Se analizó la estancia media y el desenlace final de los enfermos, de cara a confirmar estas líneas de actuación tanto como mejora en la detección de posibles/potenciales donantes, como para justificar su ingreso en la UCI.

Resultados: Se incluyeron un total 16 pacientes entre los dos Centros. De ellos 14 (77,7%) fueron donantes. De los 4 que no fueron donantes (22,3%), en dos casos (11%) fue por la aparición de contraindicaciones médicas, en un caso (5,5%) por no haber receptores compatibles a nivel nacional, no iniciándose el protocolo de donación, y en otro caso (5,5%) por asistolia fallida. De los 14 donantes eficaces, hubo 3 (16,6%) que lo fueron en asistolia. La estancia media fue de 3,2 +/-2,3 días, en los donantes en muerte encefálica, frente a 4,9 +/- 1,4 de los 3 de asistolia, con una diferencia significativa. En los no donantes la estancia media fue de 2,1 /+-3,3 días (diferencia significativa).

Conclusiones: El ingreso de pacientes como posibles donantes, para iniciar unos CIOD, conlleva una donación efectiva en un alto porcentaje de casos. Por otra parte, la estancia media es superior en los enfermos que donan en asistolia, frente los que son donantes en muerte encefálica, aunque con unas estancias medias que no suponen una ocupación desproporcionada, comparadas con otras muchas patologías que ingresan en UCI. En caso de no donación, la estancia media no se prolonga tras adoptar medidas de LTSV.

C256/19 ESTUDIO EXPLORATORIO DE EVENTOS ADVERSOS EN ARAGÓN-2017: NUEVOS DIAGNÓSTICOS NO PRESENTES EN LA ADMISIÓN

Primer autor: *Héctor López-Mendoza*

Coautores: *Carlos Aibar-Remón, Federico E. Arribas Monzón*

Centro: *Hospital Clínico U. Lozano Blesa*

Resumen:

Objetivos:

- Identificar pacientes dados de alta con diagnósticos codificados según la CIE-10-ES y categorizados como POA-NO («No Present-On-Admission», no presentes al ingreso y que aparecen durante la hospitalización) en episodios incluidos en el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada (RAE-CMBD) que sean útiles para detectar eventos adversos (EA) relacionados con la asistencia sanitaria.
- Analizar su frecuencia y distribución en función de variables de edad y sexo.
- Plantear posibles estudios comparativos con otros sistemas de información utilizados en hospitales.

Métodos: Estudio exploratorio descriptivo del registro RAE-CMBD de los hospitales de Aragón durante 2017. Para valorar la relación con EA se realizó una aproximación de clasificación de los diagnósticos POA-NO según revisión bibliográfica en los grupos de infección, medicación, cirugía y procedimientos, cuidados y otros diagnósticos.

Resultados: El estudio incluyó a 10 301 pacientes (59,2% mujeres) con al menos un diagnóstico POA-NO (21 192 diagnósticos POA-NO, 10 749 altas hospitalarias), estimándose 122 diagnósticos POA-NO por cada 1000 altas y una mortalidad del 9,8%. En hombres, los diagnósticos POA-NO más frecuentes estuvieron relacionados con enfermedades circulatorias (12,7%) y en mujeres, con el embarazo y puerperio (30,0). Los grupos más numerosos de EA son los de cirugía y procedimientos (28,8%; 6 104 diagnósticos) e infección (17,4; 3 679). En ambos sexos se observó que el número de diagnósticos POA-NO por alta aumenta conforme aumenta la edad hasta los 75 años, para volver a disminuir en ancianos mayores.

Conclusiones: Nuestros hallazgos están en concordancia con otros estudios disponibles, aunque existen discrepancias según definiciones y metodología aplicadas. El análisis de los diagnósticos POA-NO puede ser un instrumento de utilidad para estimar la frecuencia y distribución de los EA en los hospitales.

Lecciones Aprendidas: Los POA-NO parecen presentar mayor capacidad de identificación de EA en enfermedades obstétricas en mujeres y circulatorias en ambos sexos, además de las relacionadas con procedimientos quirúrgicos. Son necesarios estudios comparativos con otras fuentes de datos para validar el registro RAE-CMBD en la detección de EA, incluyendo la sensibilidad y especificidad de los POA-NO como EA, y para comprobar la utilidad de los POA-NO para la vigilancia de los EA más habituales. Disponer de un registro preciso de diagnósticos POA-NO podría constituir un sistema complementario de vigilancia.

C297/19 INFLUENCIA DE LA TERAPIA MANUAL EN LA MEJORA LA FUNCIÓN Y LOS SÍNTOMAS EN EL HALLUX VALGUS.

Primer autor: *Celia M^a Carrascosa Canales*

Coautores: *Patricia Irigaray Sierra, Ana Funes Cardiel, Miriam Hernández*

Centro: *Hospital Miguel Servet*

Resumen:

El hallux valgus es una deformación localizada en la articulación metatarsofalángica, el adductor corto del primer dedo tiende a tirar de los sesamoideos y la falange proximal, desvía el primer metatarsiano hacia medial. Se crea un desequilibrio y los músculos intrínsecos plantares del pie (adductor, flexor corto y abductor del primer dedo) hacen una rotación en dirección lateral de este dedo.

Objetivo: Comparar los efectos que ha tenido el tratamiento mediante terapia manual frente a otro grupo control.

Metodo: Estudio experimental con una población de 24 pacientes, 22 mujeres y 2 hombres, de edades comprendidas entre 18 y 95 años con hallux valgus. La muestra la dividió en 2 grupos de 12 pacientes cada uno: grupo control y grupo tratamiento. Se midió antes y después del tratamiento la deformidad de hallux valgus del paciente a través de la Escala Manchester, el dolor mediante Escala Visual Analógica (EVA), la movilidad tomando como referencia los valores normales según kapandji de flexión, extensión y abducción pasiva y activa, el control motor si no podían, podían con dificultad o podían, y el balance muscular tomando los valores de la escala de Oxford. El tratamiento consistió en técnicas articulares (tracción y deslizamiento lateral Grado III), musculares (masaje funcional, control motor y cyriax) y autotratamiento siguiendo los principios de la terapia manual ortopédica.

Resultados: Se utilizó el programa estadístico SPSS 15.0, existen diferencias estadísticamente significativas entre la primera y segunda medición en las variables de flexión pasiva, balance muscular en flexión y balance muscular en abducción ($p < 0.05$) en el grupo tratamiento, no siendo así para el dolor. Por otro lado, se encontró una correlación en sentido positivo entre la flexión pasiva y la flexión activa tras aplicar el tratamiento con un coeficiente de correlación de 0.718.

Conclusiones: La mejoría con el tratamiento de terapia manual en el hallux valgus ha sido evidente en determinados aspectos de la funcionalidad pero no mejoró el dolor. Posiblemente el estudio tiene sesgos como la edad y el tamaño de la muestra por lo que se anima a hacer estudios posteriores que den posiblemente mejores resultados.

