

LIBRO DE COMUNICACIONES

XXI

Jornadas de Trabajo sobre Calidad en Salud

XIX Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial

ALCAÑIZ

19,20 y 21 de junio
de 2023



Escucha y decide con tus pacientes

www.jornadacalidadsalud.es

#CalidadSalud2023

C001/23 Proyecto de mejora delirium y deterioro funcional en el paciente anciano hospitalizado

Primer Autor: *Carlos Gala Serra*

Coautores: *Rosa Catalán Serra, Maria Angeles Valentina Guillem Lereu, Noelia Sanchez Clavería, Marai Pilar Vicente Miedes, Maria Elena Castro Vilela, Milagritos Margot Vázquez Camacho, Pilar Soriano Molina*

Centro: Hospital San José (Teruel)

Resumen:

OBJETIVOS:

- Mejorar la detección y manejo tanto del delirium como del deterioro funcional en paciente anciano hospitalizado.
- Implementar medidas de prevención, detección y manejo de ambos síndromes en paciente anciano hospitalizado.
- Mejorar la formación del personal para prevención manejo y detección de ambos síndromes en paciente anciano hospitalizado.

MÉTODO:

- Realización de trípticos y póster para familiares y personal sanitario con información sobre delirium y movilidad y medidas para la prevención y manejo.
- Implementación de sistema de detección de movilidad, disfagia y delirium mediante sistema de imanes en las camas hospitalarias.
- Implementación de planillas con ejercicios para realizar por el paciente supervisado por los familiares durante el ingreso.
- Realización de sesiones docentes a todo el personal sanitario del hospital con encuestas de satisfacción posteriores.

RESULTADOS:

El número de profesional es que asistieron a las sesiones formativas sobre abordaje del delirium fue de más del 80%. EL número de profesionales que consideran que han mejorado su formación sobre el delirium tras charlas fue de más del 70% y el número de familiares que recibieron información sobre el delirium y la movilidad del paciente ingresado fue mayor del 50%.

El número de pacientes a los que se aplicó la escala de delirium para su detección por parte del personal facultativo fue del 40% y el 55% de los pacientes se fueron con el diagnóstico de delirium en su informe de alta en la HCE.

CONCLUSIONES:

Este proyecto ha servido para implantar de manera muy efectiva las medidas no farmacológicas de manejo del delirium y la potenciación de la movilidad. La formación y la detección de esta patología ha aumentado con este proyecto evitando posibles efectos adversos y mejorando la atención y cuidados durante el ingreso de estos pacientes.

C002/23 Indicadores de diabetes en tiempo de covid

Primer Autor: *Maria Luisa Lozano Del Hoyo*

Coautores: *Álvaro Fernández Álvarez, María Cristina Arranz López, Guillermo Embid Sáez, Raquel Cantín Barrera, José María Turón Alcaine*

Centro: Centro de Salud Las Fuentes Norte

Resumen:

OBJETIVOS:

Evaluar la incidencia de la pandemia en los indicadores de diabetes.

Realizar propuestas de mejora en base a resultados.

MÉTODO:

Creación del grupo de proceso, con la finalidad de análisis y elaboración de un plan de acción tras la extracción de los indicadores.

Monitorización de los indicadores de diabetes de OMI-AP de la Comunidad de Aragón, Sector 2 de Zaragoza, al ser el más grande de Aragón y que tiene representación rural y urbana, y el Centro de Salud Las Fuentes Norte de Zaragoza con una periodicidad mensual (Desde enero de 2018 hasta octubre de 2021).

Fuente de datos para los indicadores: registros de OMI-AP exclusivamente.

Variables: HbA1c, albuminuria, FGR, evaluación del riesgo del Pie Diabético, LDL-col, presión arterial.

RESULTADOS:

La evolución de los datos de petición de albuminuria en Aragón pasan de un 44,13% en enero de 2019 a 42,58% en junio 2019 a 39,65% en enero 2021 y se recupera en junio del 2021 con un 45,0%. En el sector Zaragoza 2 pasan del 41,8% en enero de 2019 a 54,3% en enero de 2020 a 44,5% en enero de 2021. Datos que coinciden con los de FGR.

La evaluación del riesgo de pie diabético va de un 24,41% en enero de 2019 a 25,01% en junio 2019 a 12,13% en enero 2021 y se recupera en junio del 2021 con un 20,72%. En el sector Zaragoza 2 pasan del 16,23% en enero de 2019 a 13,95% en enero de 2020 a 8,52% en enero de 2021. Estos datos son similares a todas las actividades presenciales.

La HbA1c en Aragón y Sector II manifiesta una tendencia estable con el paréntesis de 2020, en el EAP Las Fuentes una subida en Diciembre de 2019 de 14 puntos en 2019, bajando en Junio, pero en 2021 se alcanzan las coberturas más elevadas desde que hay registros, si bien no ocurre lo mismo en Aragón y el Sector II, que comenzará a subir en el segundo semestre de 2020.

CONCLUSIONES:

En general en los indicadores de analíticas se han remontado en 2021, tras los descensos de cobertura de 2020, sin embargo, los indicadores dependientes de exploración (pie diabético o presión arterial) no han alcanzado todavía los niveles prepandemia en ninguno de los tres contextos estudiados.

C003/23 Mejora de la accesibilidad y comunicación en el Centro de Salud Calatayud Norte: pictogramas y lenguaje inclusivo

Primer Autor: *Fátima María Laborda Higes*

Coautores: *Rut Hernández Gil, María Josefa Ponce Lazaro, Paola Martínez Ibáñez, Virginia Giménez Lopez, Isabel Chueca Gormaz, Alberto Royo Villa, Idoia Rodríguez Mijangos*

Centro: Centro de Salud Calatayud Norte

Resumen:

OBJETIVOS:

Fomentar y sensibilizar sobre la importancia del uso del lenguaje inclusivo entre los profesionales del centro de salud.

Facilitar la accesibilidad al centro y autonomía de usuarios con dificultades en la comunicación.

Favorecer el proceso de la asistencia sanitaria a los usuarios con dificultades en la comunicación mediante el uso de pictogramas.

MÉTODO:

Se llevó a cabo una relación de los espacios de uso público y señalización que requerían una identificación con pictogramas.

Se contactó con el Centro Aragonés para la Comunicación Aumentativa y Alternativa (ARASAAC) para exponer la iniciativa. Desde este organismo se nos facilitaron los recursos de apoyo a la comunicación (en este caso pictogramas) e indicaciones de uso.

Se ubicó un libro con secuencias explicativas sobre procedimientos, pruebas diagnósticas y prácticas de enfermería en el servicio de urgencias, admisión y en el servicio de pediatría.

Esta iniciativa forma parte de un proyecto de mejora de la calidad en salud que incluye a su vez dos sesiones formativas sobre uso de lenguaje inclusivo para profesionales de la salud.

RESULTADOS:

Como método de seguimiento y evaluación se acordaron 2 indicadores de alcance y uno de impacto.

Se valoró la asistencia de los trabajadores del centro de salud Calatayud Norte a las sesiones formativas sobre lenguaje inclusivo, con una participación inicial del 53%.

Se realizó un inventario con 55 espacios donde ubicar los pictogramas, actualmente están el 100% señalizados.

Desde 2022 el centro de salud Calatayud Norte está presente en Facebook e Instagram, durante el primer semestre de 2023 se ha realizado una divulgación en redes sociales de la iniciativa y contactado con asociaciones referentes. En el segundo semestre de 2023 está prevista la evaluación de la satisfacción mediante una escala visual analógica diseñada ad hoc (indicador de impacto)

Esta iniciativa se suma a otros recursos como el servicio de traducción telefónica en centros sanitarios del Servicio Aragonés de Salud, facilitando la accesibilidad, la comunicación y la asistencia sanitaria a profesionales y usuarios.

CONCLUSIONES:

La adaptación de los espacios sanitarios mediante herramientas alternativas de comunicación, es un pilar fundamental para la humanización de los cuidados, mejora de la autonomía y accesibilidad de los usuarios a los servicios de salud.

La mejora de la comunicación entre profesionales y usuarios facilita la seguridad y continuidad asistencial.

C005/23 Mejorando la comodidad del paciente: evaluación del uso del dispositivo statlock en vías centrales de acceso periférico

Primer Autor: *Noelia Andrés Castel*

Coautores: *Marta Biota Pérez, Isabel Ostabal Artigas*

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Conocimiento de enfermería en el uso del dispositivo STATLOCK.

Observar beneficios del uso del dispositivo STATLOCK frente a suturas en la fijación de los catéteres centrales de acceso periférico (PICC).

Mejorar la calidad de cuidados a pacientes portadores de PICC.

Reducir el riesgo de infección por la utilización del dispositivo STATLOCK.

MÉTODO:

El dispositivo STATLOCK es un dispositivo de estabilización para catéteres venosos de acceso periférico. Tras la implantación del dispositivo STATLOCK en las unidades de cuidados intensivos, el personal de enfermería ha ido adaptando en las técnicas de inserción de los catéteres centrales periféricos los dispositivos STATLOCK. Para conocer el conocimiento sobre el dispositivo por parte de enfermería se hizo uso de una metodología cuantitativa compuesta por una encuesta dicotómica cerrada de 8 Preguntas.

RESULTADOS:

Los resultados de la encuesta realizada a 48 profesionales de enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos son relevantes para evaluar su conocimiento y práctica en relación al dispositivo STATLOCK. Se destaca que la mayoría de los profesionales conocen la existencia del dispositivo y realizan la preparación de la piel adecuadamente, sin embargo existe una proporción significativa que no lo realiza de manera estéril. Además, es importante destacar que la mayoría de los profesionales conoce que el dispositivo debe ser cambiado cada 7 días, lo que indica una buena práctica. Es alentador que la mayoría de los profesionales hayan observado que el dispositivo proporciona comodidad a los pacientes y crean que ayuda a disminuir la colonización sin efectos adversos. Sin embargo, es importante abordar los efectos adversos reportados por algunos profesionales, y continuar mejorando la práctica y la formación en el uso del dispositivo STATLOCK en las UCIs para garantizar la seguridad del paciente y optimizar su comodidad y bienestar.

CONCLUSIONES:

La mayoría de los profesionales de enfermería en las UCIs tienen un conocimiento adecuado del dispositivo STATLOCK y su uso en la fijación de catéteres. Se requiere mejorar la preparación de la piel y la adherencia del dispositivo, abordar efectos adversos identificados e implementar medidas de capacitación y control de calidad.

C006/23 @VALDESPARTERATECUIDA, una herramienta para acercarnos a la comunidad

Primer Autor: *Verónica Martín-Albo Francés*

Coautores: *Tamara Montesinos Escartín, Marina Monforte Campillo, Mercedes Cemeli Cano, Silvia Perez Oros, Maria Granada Gonzalez, Amaia Fernandez Zapata, Sofía Maestro Cebamanos*

Centro: Centro de Salud Valdespartera-Montecanal

Resumen:

OBJETIVOS:

- Incrementar la Educación para la salud en la comunidad utilizando las redes sociales como herramienta.
- Aumentar la difusión de actividades comunitarias y monográficos del Centro de Salud.
- Actualizar contenido de salud de calidad semanalmente.
- Incrementar la relación entre profesionales y la comunidad, humanizando la herramienta instagram.

MÉTODO:

En el centro de salud Valdespartera-Montecanal se trabaja con una población joven, con escasa patología crónica, activa laboralmente, lo que conlleva una alta demanda de atención urgente/indemorable que dificulta actividades relacionadas con la prevención, educación y/o diagnóstico precoz. Tras la evaluación del problema desde el grupo de trabajo de comunitaria, se valoró utilizar las redes sociales como medio de comunicación y educación sobre los distintos programas, consultas y actividades del centro. Por lo que se planteó un proyecto de mejora de calidad con metodología mixta, con encuestas semestrales, preguntas abiertas sobre actividades, y otros indicadores como número de seguidores, número de interacciones, número de visitas, etc.

RESULTADOS:

En el proyecto se evaluaron diferentes indicadores, como indicador de alcance se utilizó: el número de seguidores, el cual ascendió a los seis meses de 0 a 681 seguidores, y se superó la cifra de 1000 seguidores a los 9 meses.

Respecto a los indicadores de impacto se evaluó el número de visitas de cada uno de los post, alcanzando las 1310 visualizaciones en el post de "Fiebre en el Niño".

Para evaluar la creación de contenido actualizado se estableció cuantificar el número de post realizados y publicados, así como el número de profesionales que participó. Contando con un total de 48 post a los seis meses, y con un total de 22 profesionales sanitarios, lo que suponía una implicación del 30% de la plantilla.

Se realizó una encuesta de satisfacción a los seguidores en la que se preguntó si el perfil @valdesparteratecuida les era de utilidad para resolver problemas de salud, en la cual respondieron 97 personas con un 99% de respuestas positivas.

CONCLUSIONES:

El uso de instagram como herramienta de comunicación y educación es efectiva en población joven y activa laboralmente. La comunidad valora positivamente disponer de un perfil de contacto con los profesionales sanitarios de su centro de salud.

La mayor limitación fue encontrar profesionales que generasen contenidos para publicar.

C008/23 Reimplantación del programa del paciente crónico complejo en en Centro de Salud de Alcañiz

Primer Autor: *Estefanía Claver Escanilla*

Coautores: *Patricia Gotor Delso, Marta López Delpón, Marcos Tena Campos, Sheila María Naya Puerto, María Sira Telmo Hueso, María Del Carmen Muniesa Ciércoles*

Centro: Centro de Salud de Alcañiz

Resumen:

OBJETIVOS:

Proporcionar a los pacientes una asistencia sanitaria integral, efectiva y segura, acorde con sus necesidades y expectativas de salud, manteniendo el mayor grado posible de autonomía personal y de integración en su entorno y en la sociedad.

Incrementar la inclusión de pacientes con criterios de selección en el programa.

MÉTODO:

Se potencia una captación de posibles candidatos en consulta, además de una búsqueda activa de los pacientes que cumplan los criterios de inclusión en el programa del paciente crónico complejo, añadiéndolos seguidamente en él. El profesional de enfermería es el encargado de completar toda la información necesaria acerca del estado de salud y autonomía del paciente mediante la cumplimentación de una serie de escalas predefinidas, facilitando así sucesivas valoraciones. Se explica a los pacientes las ventajas y beneficios en su estado de salud que proporciona la adhesión a este programa.

RESULTADOS:

INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se realizan distintas evaluaciones de los indicativos a lo largo del año para comprobar las mejoras.

INDICADORES DE ALCANCE:

- nº de pacientes con GMA >99% incluidos en programa/nº de pacientes población diana GMA>99%.

-nº pacientes a los que se les realiza y se registra la intervención/nº totales de pacientes incluidos en el programa crónico complejo.

Se realizan distintas sesiones informativas con el resto de los compañeros de medicina y enfermería pasándose cuestionarios antes y después de las sesiones.

INDICADORES DE IMPACTO:

-nº de aciertos del cuestionario post sesión/nº de aciertos del cuestionario pre sesión.

CONCLUSIONES:

La implantación del programa de crónico complejo mejora el manejo holístico del paciente pluripatológico, aumentando los efectos beneficiosos de la asistencia sanitaria.

Fomentando y facilitando la implicación del cuidador y/o familia en los cuidados directos al paciente conseguiremos disminuir las sucesivas consultas a urgencias hospitalarias.

C009/23 Conoce tu entorno, conoce sus gentes

Primer Autor: *María Del Carmen Muniesa Círcoles*

Coautores: *Marcos Tena Campos, Patricia Gotor Delso, Marta López Delpón, Sheila María Naya Puerto, Isabel Castellano Juste, María Sonia Gracia Josa, Estefanía Claver Escanilla*

Centro: Centro de Salud de Alcañiz

Resumen:

OBJETIVOS:

Informar y sensibilizar a los ciudadanos acerca de la importancia de la interacción social para el aumento de la calidad de vida.

Fomentar en la población estilos de vida saludables realizando ejercicio físico (en forma de paseos) de los pacientes del centro de salud de Alcañiz.

Aumentar el autoestima de los pacientes.

MÉTODO:

La actividad constará de un paseo a la semana por los alrededores de Alcañiz durante 1 hora acompañados de personal del centro de salud y/o de un técnico de deportes, con la intención de crear un hábito y que luego ellos mismos hagan grupos y puedan realizarla de forma autónoma.

Se entregará el primer día de la actividad el test soledad social (este II) y escala de autoestima de Rosenberg.

Se ha realizado previamente una reunión en el centro de Salud con el personal del Ayuntamiento y el servicio de Salud mental con el fin de trabajar en conjunto para aumentar la cobertura y la continuidad de la actividad.

Nos ofrecieron la posibilidad de que un técnico de deportes acuda a realizar la actividad una vez por semana.

RESULTADOS:

1. Participantes reales

Tipo de indicador: Alcance.

Número de pacientes que acuden a la actividad/Numero de pacientes que inicialmente se apuntaron.

Número de pacientes que realizan la actividad/ Número de test cumplimentadas al inicio.

2. Adherencia a la actividad

Tipo de indicador: Impacto.

Número de encuestas finales/Número de pacientes que hicieron la encuesta al inicio.

1 año más tarde se realizará de nuevo el test soledad social (este II) y Escala de autoestima de Rosenberg que pasamos al inicio para realizar un seguimiento y conocer si ha aumentado el apoyo social y la autoestima, así como el número de personas que ha continuado haciendo la actividad.

CONCLUSIONES:

La participación en grupos sociales son factores protectores que disminuyen el riesgo de sentimiento de soledad.

Promocionando la actividad física grupal, mejoraríamos ambos aspectos.

Por todo ello, realizando una actividad comunitaria enfocada en la realización de paseos saludables en conjunto, podríamos lograr el aumento de la calidad de vida.

C010/23 Radioterapia y cetuximab en cáncer de cabeza y cuello: una buena alternativa en pacientes unfit para quimioterapia

Primer Autor: *Maria Calderó Torra*

Coautores: *Sheila Larrayad Sanz, Carla Sánchez Cortés, Maria Luisa Ferrández Millán, Carlos Camacho Fuentes*

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Múltiples estudios afirman que la combinación de radioterapia (RT) + Cetuximab es un régimen efectivo y bien tolerado en el tratamiento de pacientes con cáncer de cabeza y cuello locorregionalmente avanzado.

El objetivo principal de este estudio es analizar la respuesta tumoral, así como la toxicidad derivada de este tratamiento combinado.

MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo evaluando una serie de 19 pacientes diagnosticados de cáncer escamoso de cabeza y cuello entre 2018 y 2022. Todos los pacientes fueron tratados con RT + Cetuximab $\pm$ QT de inducción en nuestro centro.

Se analizaron las características tumorales, el tratamiento y la respuesta tumoral medida por pruebas de imagen, así como la toxicidad.

RESULTADOS:

Tumores primarios: 58% laringe (73% supraglotis y 27% glotis), 37% faringe (43% orofaringe y 57% hipofaringe) y 5% piel; todos fueron carcinomas escamosos T3-T4 y recibieron tratamiento radical.

El 16% recibió tratamiento QT de inducción, 2 pacientes con Carbotaxol, y uno con TPF, con una mediana de 2,6 ciclos; y el 16% recibió dosis de carga de Cetuximab, con una mediana de 3,6 ciclos.

El esquema RT recibido fue 66Gy a 220cGy por fracción en 95% de los pacientes, y 54Gy a 300cGy por fracción en el 5% restante; todos en concomitancia con Cetuximab.

El 95% de los pacientes presentó toxicidad aguda: 69% mucositis (53% G1-2; 16% G3), 16% esofagitis G1-2, 26% radiodermatitis G2-4. No se pudo evaluar la toxicidad crónica en dos pacientes; el 29% sí presentaron toxicidad crónica, el 60% en forma de fibrosis cervical.

La mediana de seguimiento fue de 19 meses. Un 26% del total de pacientes recidivaron localmente, con una supervivencia libre de progresión (SLP) de 7,4 meses.

El 53% de los pacientes siguen vivos en la actualidad; del 47% de los fallecidos, un 44% fue por progresión tumoral.

CONCLUSIONES:

El tratamiento del cáncer de cabeza y cuello locorregionalmente avanzado con dosis altas concomitantes de RT más Cetuximab mejora el control locorregional, con unos datos de toxicidad aceptables.

C011/23 Análisis de factores predictivos de recidiva tras radioterapia de rescate sobre lecho prostático.

Primer Autor: *Carla Sánchez Cortés*

Coautores: *María Calderó Torra, Sheila Larrayad Sanz, Carlos Camacho Fuentes, Carmen Velilla Millán, Luis Sopeña Sanz*

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Analizar los factores influyentes en la respuesta a la radioterapia de rescate (RTR) en hombres con aumento de PSA o PSA persistente tras prostatectomía.

MÉTODO:

El estudio incluyó a los primeros 91 pacientes con cáncer de próstata tratados con RTP (62,5 Gy/25 fracciones) sobre lecho prostático mediante la técnica VMAT entre marzo/2019 y diciembre/2021. 28 hombres (31,8%) recibieron deprivación androgénica (DA) concomitante y 60 (68,2%) RTR exclusiva, de los cuales el 88,3% no ha presentado recidiva bioquímica (RB) actualmente. El objetivo principal fue evaluar la supervivencia libre de RB (SLRB). Se utilizó un análisis de regresión de Cox multivariable para identificar los factores predictivos asociados a la probabilidad de RB.

RESULTADOS:

Con una mediana de seguimiento de 25,4 meses, la tasa de supervivencia libre de RB y la supervivencia global fue del 90,1% y del 98,9%, respectivamente. En el análisis multivariable, el nivel de PSA pre-RTP > 0,35 ng/ml ($p = 0,023$) y la invasión de las vesículas seminales ($p = 0,001$) se asociaron significativamente con la SLRB.

CONCLUSIONES:

En los pacientes prostatectomizados tratados con RTR, el PSA pre-RTR > 0,35ng/ml y la invasión de vesículas seminales son factores de peor respuesta al tratamiento.

C012/23 Control de pacientes en tratamiento con antifibroticos

Primer Autor: *Enith Yojana Gracia Carrascal*

Coautores: *Erica Leon Subias, Clara Viñado Mañes*

Centro: Hospital de Barbastro

Resumen:

OBJETIVOS:

Conocer los pacientes que están en tratamiento con antifibrotico para poder educarlos en su enfermedad y en los posibles efectos secundarios más frecuentes, de esta manera el cumplimiento terapéutico será optimo y el control de la enfermedad ideal.

MÉTODO:

Se recogieron en una tabla de Excel los pacientes que estaban en tratamiento con antifibrotico. Se analizaron datos demográficos como es la edad y el género, así como el antifibrotico que estaban tomando, el motivo por el cual lo tomaba, y los efectos secundarios ocasionados. Antes del inicio del tratamiento antifibrótico se le explica al paciente su enfermedad, los tratamientos disponibles y los posibles efectos secundarios. De igual forma se les explicaba la mejor manera de sobrellevar los efectos secundarios puesto que estos son muy frecuentes. A los pacientes se les visitaba en la consulta de Neumología de forma regulada para control de la enfermedad y también según la necesidad que ellos tuvieran (efectos secundarios, exacerbaciones).

RESULTADOS:

Un total del 21 paciente fueron tratados con antifibrótico desde octubre de 2017 a septiembre de 2022, de los cuales eran: mujeres 4 y hombres 17 con una edad media de 75 años. 18 diagnosticados de FPI (Fibrosis Pulmonar Idiopática) y 3 diagnosticados de FPP (Fibrosis Pulmonar progresiva). Ha fecha de corte (septiembre de 2022) 11 paciente continuaba con el tratamiento 5 de ellos con Nintedanib y 6 con Pirfenidona. Los efectos secundarios estuvieron presentes en 57% de los pacientes siendo los más frecuentes y esperados la diarrea, prurito y plenitud gástrica con el Nintedanib y la fotosensibilidad con la Pirfenidona. A fecha de corte 7 pacientes habían fallecido.

CONCLUSIONES:

La FPI y la FPP tienen muy mal pronóstico, los antifibroticos han mejorado la esperanza de vida, no obstante tienen efectos secundarios muy frecuentes, educando al paciente en su enfermedad y en los efectos secundarios de la medicación, así como visitas habituales con el especialista se consigue un mejor control la FPI y la FPP.

C013/23 Enfermedades raras en Aragón: calidad del registro de las enfermedades oftalmológicas

Primer Autor: Clara Berrozpe Villabona

Coautores: María Luisa Compés Dea, Maria Pilar Rodrigo Val, Cristina Feja Solana, Paula Bañeros Rojas, Pilar Cifuentes Canorea, Esteban Estupiñán Valido, Federico Arribas Monzón

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Mediante el Decreto 140/2013 se crea el “Registro de Enfermedades Raras de la Comunidad Autónoma de Aragón”. Desde 2022 son los profesionales clínicos quienes registran los casos en HCE a través de un formulario. El objetivo es evaluar la sensibilidad del registro en las enfermedades declaradas por Oftalmología, comparando su prevalencia con Orphanet.

MÉTODO:

Estudio observacional transversal de los datos del Registro de Enfermedades Raras de Aragón. Las enfermedades fueron clasificadas en tres categorías por tres oftalmólogas: 0 (no oftalmológica), 1 (contribución del oftalmólogo al diagnóstico) y 2 (diagnóstico y declaración por el oftalmólogo). Se calculó el índice Kappa interobservador y se evaluó mediante el test binomial exacto la prevalencia de dichas enfermedades en Aragón en comparación con la prevalencia de Orphanet (dato europeo o en su defecto mundial) con un nivel de confianza del 95%.

RESULTADOS:

Se obtuvieron 4.606 registros de enfermedades raras en una población de 1.332.501 residentes en Aragón a fecha 09/02/2023. Con un índice Kappa de 0,9226 para la categoría 2 se obtuvo un listado de 18 enfermedades oftalmológicas, que supusieron el 19% del total de registros (893 pacientes). La prevalencia en Aragón de la bradiopsia (0,15/100.000) y de la distrofia macular cistoide (0,075/100.000) no mostró diferencias estadísticamente significativas ($p=0,3846$ y $p=1$ respectivamente) en comparación con la informada en Orphanet ($<1 / 1.000.000$ para ambas). 6 de las enfermedades tienen diferencias estadísticamente significativas. La coroideremia muestra una prevalencia en Aragón (12/100.000) significativamente superior a Orphanet (2/100.000) ($p<0,001$), en las 5 restantes, la prevalencia es significativamente inferior ($p<0,001$). La prevalencia del resto de enfermedades no pudo ser comparada por no disponer del dato en Orphanet.

CONCLUSIONES:

La prevalencia del registro en la bradiopsia y distrofia macular cistoide es comparable a la informada en Orphanet. Si trabajamos en la motivación y compromiso de los profesionales clínicos para incrementar el número de registros pensamos que será posible mejorar la sensibilidad también en el resto de las patologías.

C014/23 Calidad del registro de enfermedades raras de Aragón en las enfermedades del registro estatal de enfermedades raras

Primer Autor: Clara Berrozpe Villabona

Coautores: Maria Luisa Compés Dea, Maria Pilar Rodrigo Val, Cristina Feja Solana, Sara Pilar Luengo Broto, Joaquin Minguez Marqués, Federico Arribas Monzón

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

RD 1091/2015 regula el ReeR, formado por registros autonómicos que transmiten datos de 22 enfermedades. Desde 2022 los profesionales clínicos son la fuente de información del Registro en Aragón, lo que supone una mejora en la especificidad de la información. El objetivo es evaluar la sensibilidad del registro comparando su prevalencia con Orphanet.

MÉTODO:

Estudio observacional transversal de los datos del Registro de Enfermedades Raras de Aragón. Se seleccionaron las 22 enfermedades que se informan en el ReeR y se evaluó mediante el test binomial exacto con un nivel de confianza del 95% la prevalencia de dichas enfermedades en Aragón en comparación con la prevalencia de Orphanet (dato europeo).

RESULTADOS:

Se obtuvieron 4.606 registros de enfermedades raras en una población de 1.332.501 residentes en Aragón a fecha 09/02/2023. Del listado de las 22 enfermedades del ReeR hubo 20 con al menos un registro y supusieron el 12% del total de los registros (538 pacientes). La prevalencia en Aragón de la fibrosis quística (10/100.000) y de la enfermedad por anticuerpos anti-membrana basal glomerular (0,075/100.000) no mostraron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,53$ y $p=0,1003$ respectivamente) en comparación con las prevalencias europeas informadas en Orphanet (11,1319/100.000 y 0,2/100.000 respectivamente). El resto de las enfermedades tienen prevalencias significativamente inferiores a las prevalencias informadas en Orphanet ($p<0,001$).

CONCLUSIONES:

La prevalencia de fibrosis quística y enfermedad por anticuerpos antimembrana basal glomerular es comparable a Orphanet. Si trabajamos en la motivación y compromiso de los profesionales clínicos pensamos que aumentaría la sensibilidad del registro en el resto de patologías y se conseguiría información sobre aquellas que de momento no hay notificadas.

C015/23 Estudio del paciente pediátrico con neumonía ingresado en la unidad de infecciosos HMI

Primer Autor: *Sonia Ibáñez Nuez*

Coautores: *Diana Marques Castillo, Isabel Paco Sese, Ruth Del Río Apuntate, Silvia Blanc Omedes*

Centro: INFECCIOSOS HMI

Resumen:

OBJETIVOS:

El objetivo del estudio es conocer la incidencia de los pacientes ingresados con neumonía en el hospital Infantil Miguel Servet en el periodo comprendido desde septiembre 2022-febrero 2023 y describir sus características.

MÉTODO:

Realizamos un estudio observacional descriptivo retrospectivo a partir de los datos de la historia clínica de los niños de 1 mes a 15 años ingresados en el servicio de Infecciosos del Hospital Miguel Servet de Zaragoza, con diagnóstico inicial de neumonía adquirida en la comunidad (NAC), entre septiembre de 2022 y febrero de 2023. Se va a realizar una comparación con los datos obtenidos en este mismo periodo en el año 2021-2022.

RESULTADOS:

Entre septiembre de 2022 y febrero de 2023 ingresaron 337 niños en la unidad de Infecciosos de los cuales 109 niños ingresaron con el diagnóstico de neumonía (32% del total de ingresos fueron neumonía).

La media de días de ingreso fueron 9.06 días, estando el aumento de la duración del ingreso determinada de manera directa por la aparición de complicaciones, el tiempo máximo de ingreso fueron 67 días.

A pesar de la instauración de antibioterapia en un 100% de los casos se presentaron complicaciones en al menos un 15,15% de los pacientes, tales como derrame pleural, empiema y neumotórax.

CONCLUSIONES:

La neumonía adquirida en la comunidad es una entidad patológica relevante que puede precisar ingreso hospitalario.

C016/23 Eps/promoción de salud en hospitalización del HCULB dirigido a mujeres con riesgo de padecer linfedema tras mastectomía

Primer Autor: *Ana Anguas Gracia*

Coautores: *M^a Pilar Casabona Sánchez, Ana Belén Artigas Alcázar, Elena Matute Puerta, Inmaculada Celia García Ferrández, Carmen Ruiz García, María José Millán Soriano, Inmaculada Concepción Rocamora Rocamora*

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

General: Implementar la gamificación como herramienta de EPS/Promoción de Salud para mujeres con riesgo de linfedema en la unidad de mama del HCU-LB.

Específicos: Reforzar el aprendizaje a través del juego, mejorar la retroalimentación educativa, fomentando su participación activa, su adquisición de conocimientos y la expresión de sentimientos.

MÉTODO:

Para la implantación de la gamificación nos hemos basado en los resultados de la encuesta, creada ad hoc, para valorar el grado de idoneidad de la metodología de educación sanitaria utilizada con las pacientes del servicio de hospitalización de unidad de mama y ginecología del HCULB de Zaragoza.

Cada tipo de juego se ha relacionado con la educación para la salud desarrollada en un proceso determinado, en este caso se centra en el riesgo de sufrir linfedema tras una cirugía de mama. La actividad se ha realizado en las habitaciones de las participantes.

La evaluación de los resultados se realizó con la escala GAMEX® y la satisfacción de las pacientes con un segundo cuestionario ad hoc.

RESULTADOS:

El diseño de intervenciones educativas y de promoción de la salud en atención primaria está sumamente desarrollado, pero no siempre es así en especializada. La necesidad de adaptarse al tiempo del que se dispone en planta aumenta el riesgo de que dichas intervenciones terminen siendo de baja calidad. Por otro lado, el mayor número de diagnósticos de cáncer de mama se realiza en mujeres con edades comprendidas entre 45 y 65 años, lo que las sitúa en una posición ventajosa frente al uso de herramientas 2.0 y 3.0 como sistemas colaborativos y de asimilación de conocimientos y competencias. Todo ello convierte a la gamificación en una alternativa idónea para su desarrollo como herramienta de educación sanitaria y promoción de salud en los hospitales. La participación en la actividad ha contribuido a mejorar la satisfacción de las pacientes ingresadas en la unidad de mama, permitiéndoles adquirir competencias de autocuidado. Su aplicación es susceptible de ser ampliada a otros servicios.

CONCLUSIONES:

El uso de la gamificación como herramienta de EPS en el hospital permite la inclusión de nuevas metodologías educativas digitales.

El análisis de sus efectos está evidenciando una mayor comprensión de conceptos, una mejor gestión del tiempo y la adquisición de habilidades y competencias difíciles de desarrollar como la expresión de sentimientos.

C017/23 Tratamiento radioterápico del cáncer de esófago: vmat como técnica de alta precisión

Primer Autor: *Sheila Larrayad Sanz*

Coautores: *Carla Sánchez Cortés, Carlos Camacho Fuentes, Javier Valencia Julve*

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

El objetivo principal de este estudio es evaluar los resultados del uso de la arcoterapia volumétrica de intensidad modulada (VMAT) en el tratamiento del cáncer de esófago, tanto de forma neoadyuvante como radical.

MÉTODO:

La VMAT es una forma de radioterapia de intensidad modulada en la que la dosis de radiación se suministra al tumor mediante el giro continuado de 360º de la unidad de tratamiento. Esta técnica fue implementada en el 2019 en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

Por ello, se analizó una serie de 18 pacientes tratados entre julio de 2019 y diciembre de 2022. Se recogieron características demográficas, tumorales, terapéuticas, toxicidad, y supervivencia.

RESULTADOS:

La mediana de edad fue de 66 años, siendo un 77.78% de la muestra hombres. La localización más frecuente fue el esófago medio (50%). La mediana de seguimiento fue de 15 meses.

La histología más común al diagnóstico fue carcinoma escamoso (61.11%) y el estadio el III (44.44%).

El 61.1% de los pacientes recibió QT-RT radical, administrando una dosis total de 50.4Gy mientras que el 38.9% se trató con un esquema de QT-RT neoadyuvante, recibiendo una dosis total de 41.4Gy administrada en 23 fracciones.

Se observó toxicidad aguda en el 61.1% de la muestra (72.72% en el grupo tratado con QT-RT radical). La toxicidad aguda observada fue de grado 1 en el 63.3% y de grado 2 en el 36.36%.

Se obtuvo una respuesta completa en el 50% de la muestra, el 27.78% de los pacientes sufrió recaída a distancia (mediana de 11 meses hasta recaída) y 8 pacientes fallecieron por causa oncológica (6 del grupo tratado con intención radical y 2 del grupo de QT-RT neoadyuvante). La supervivencia libre de progresión (SLP) fue de 10 meses en el grupo que recibió QT-RT radical y de 14 en el segundo grupo.

CONCLUSIONES:

La VMAT permite un manejo óptimo de los tumores esofágicos, al conseguir unos resultados de supervivencia similares a los de la literatura, ofreciendo unos perfiles de toxicidad muy aceptables.

C018/23 Gestión de la mejora durante el acto quirúrgico: implementación de la monitorización intraoperatoria

Primer Autor: *Diego Rodriguez Mena*

Coautores: *Beira Guzman Careras, Ines Vicente Garza, Marta Arias Alvarez, Anna Bonet Rodríguez*

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Mejorar la calidad del acto quirúrgico, mediante la implementación de diferentes técnicas neurofisiológicas de monitorización intraoperatoria. Optimizar la seguridad del paciente a través de la monitorización preservando las diferentes estructuras nerviosas, mejorando el manejo del paciente postoperado, y su pronóstico.

MÉTODO:

Se ha realizado una revisión bibliográfica narrativa en las principales bases de datos y motores de búsqueda en los últimos 5 años sobre el método. Se han desarrollado e implantado nuevos procedimientos neurofisiológicos de monitoreo y mapeo cortical. Criterios de inclusión: Pacientes de las especialidades de neurocirugía, cirugía vascular y cirugía general; donde se aplican técnicas de potenciales evocados motores (PEM), somatosensoriales (PESS), potenciales visuales (PEV), y potenciales auditivos de tronco cerebral (PEATC). Criterios de exclusión: todo paciente intervenido de urgencia.

RESULTADOS:

El procedimiento se ha implementado desde el año 2012 hasta la actualidad con una n=215/año. Hemos obtenido en los pacientes de neurocirugía minimizar las complicaciones postoperatorias inmediatas como paresias transitorias de nervios periféricos, así como también favorecer la reducción de la estancia hospitalaria de los mismos. En los pacientes sometidos a cirugía de resección del tiroides (parcial o total), disminuir la incidencia de parálisis y/o paresias de cuerdas vocales, así como también, reducir el número traqueotomías postquirúrgicas procedentes de las complicaciones de manipulación de estructuras nerviosas próximas a la glándula. En cirugía vascular de endoprótesis arteriales, se redujo el riesgo de isquemia distal de extremidades y territorio arterial abdominal durante la cirugía.

CONCLUSIONES:

La implementación de diferentes técnicas neurofisiológicas de monitorización intraoperatoria en el campo quirúrgico ha permitido mejorar la calidad de la intervención incrementando la seguridad del paciente preservando las estructuras nerviosas implícitas en la misma.

C019/23 Implementación del test de mantenimiento de vigilia en la valoración de pacientes con hipersomnia central

Primer Autor: *Ines Vicente Garza*

Coautores: *Diego Rodriguez Mena, Beira Guzman Carrera, Marta Arias Alvarez, Anna Bonet Rodríguez*

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Mejorar la valoración del paciente con hipersomnia central a través de la implementación del test de mantenimiento de vigilia (TMV). Mejorar el diagnóstico y la capacidad del paciente en permanecer despierto tanto en la evaluación inicial, así como su evolución en la eficacia del tratamiento.

MÉTODO:

Se ha realizado una revisión bibliográfica narrativa en las principales bases de datos y motores de búsqueda en los últimos 5 años sobre el método. Se realizará el TMV a los pacientes que acuden a la consulta de trastornos neurológicos del sueño con sospecha de hipersomnia ideopática a los que se le solicitó un estudio polisomnográfico nocturno y test de mantenimiento de vigilia a la mañana siguiente, el cual consiste en 4 siestas de 40 minutos de duración cada una. Ambas pruebas fueron realizadas en el laboratorio de sueño del servicio de Neurofisiología Clínica, sin estimulantes externos y con las luces apagadas, instando al sujeto durante la realización del test, a permanecer despierto la mayor parte del tiempo posible.

RESULTADOS:

Se evaluaron 7 pacientes desde mayo de 2022 hasta la actualidad. 4 de los pacientes evaluados presentaron una media de latencia de sueño superior a 35 minutos, desestimando la sospecha de hipersomnia de origen central, debido a una mala higiene del sueño. En 2 casos se observó una latencia de sueño inferior a 20 minutos, los cuales requirieron tratamiento farmacológico y medidas higiénicas del sueño, ya los cuales se les repitió el TMV transcurridos 4 meses, observando una mejoría en los resultados. En un único caso se obtuvo un resultado indeterminado, con una latencia de sueño de 25 minutos, y en este último se indicó realizar nuevamente el estudio tras cumplimentar un diario de sueño durante un mes.

CONCLUSIONES:

La implementación del test de mantenimiento de vigilia permite una mejora en la valoración del paciente con hipersomnia central y permite optimizar el diagnóstico y la valoración de la eficacia del tratamiento.

C020/23 Caspe camina

Primer Autor: *Miriam Carmena Del Viso*

Coautores: *Umayma Beni Abdellah El Mohammadi, Sandra Ágreda Gutiérrez, Paula Martín Hernández, Andrea Romero Segura, Aurora Lahoz Foz, Patricia Relancio Pascual, Carmen Clemente Garcés*

Centro: Centro de Salud de Caspe

Resumen:

OBJETIVOS:

Crear un sentimiento de pertenencia de la población dentro de la comunidad y reducir las consecuencias físicas y afectivo-emocionales de la soledad.

Proveer al municipio de rutas seguras y accesibles para la actividad física.

Mejorar la evolución de problemas de salud.

Mejorar la resistencia al ejercicio físico.

Mejorar el bienestar emocional.

MÉTODO:

La difusión del proyecto se lleva a cabo a través de carteles, folletos, redes sociales y la radio local.

Tendrá lugar en tres periodos trimestrales, los viernes de 9:30 a 11:00h, con salida desde el Centro de Salud y con supervisión de dos profesionales del centro.

Las sesiones consistirán en un calentamiento de 5 minutos, caminata de 1 hora por rutas propuestas por residentes de la localidad y estiramientos al finalizar supervisados por los fisioterapeutas del centro. Se aprovechará el trayecto para realizar educación para la salud.

Al finalizar cada periodo trimestral, se pasará un cuestionario autoadministrado para medir el nivel de actividad física de cada participante así como su grado de satisfacción y áreas de mejora.

RESULTADOS:

Hasta la fecha se han realizado 21 paseos, a los que han asistido un total de 90 personas, con una media de 27 personas por paseo.

Se han llevado a cabo dos evaluaciones trimestrales, que reflejan resultados similares.

La asistencia a los paseos es mayoritariamente femenina y la edad oscila entre los 40 y los 80 años, siendo mayor la participación entre los 60 y los 80 años.

En general, las recomendaciones de actividad física propuestas por la OMS, incluidos los ejercicios de fortalecimiento muscular, equilibrio y flexibilidad, se cumplen en gran medida entre los participantes. En los casos contrarios, el motivo más repetido para el no cumplimiento es la falta de tiempo.

Un 75% de los participantes considera que la realización de actividad física habitual ha mejorado su calidad de vida en gran medida.

Todos los participantes consideran que el proyecto "Caspé Camina" ha sido beneficioso. Los motivos más repetidos han sido la mejora de la salud física y mental y la posibilidad de socializar con personas diferentes a las de su círculo habitual.

CONCLUSIONES:

Gracias a estos paseos, los participantes se han sentido parte de un grupo, creando vínculos con personas que desconocían y favoreciendo la interculturalidad existente en el municipio.

Perciben que la realización de actividad física ha beneficiado su salud, sintiéndose motivados para seguir y mantener controladas sus patologías.

C021/23 Mejora de la comunicación intercultural mediante el uso de pictogramas

Primer Autor: *Umayma Beni Abdellah El Mohammadi*

Coautores: *Miriam Carmena Del Viso, Sandra Ágreda Gutiérrez, Paula Martín Hernández, Fran Camacho Zamora, Esmeralda Gascón Puyo, Belén Quesada Morón, Carmen Clemente Garcés*

Centro: Centro de Salud de Caspe

Resumen:

OBJETIVOS:

Dotar a los pacientes con barrera idiomática de una herramienta para mejorar la comunicación clínica.

Mejorar la calidad de la asistencia dada a estos pacientes.

Agilizar el desarrollo de las consultas de Atención Primaria con pacientes con barrera idiomática.

MÉTODO:

Desde las consultas del Centro de Salud de Caspe se ha detectado que un porcentaje importante de la población árabe, pakistaní y rumana presenta una barrera idiomática que le impide expresar sus dolencias y entender las indicaciones de los profesionales, dificultando el desarrollo de las consultas y afectando a la calidad de la asistencia recibida.

Por ello, surge la idea de crear unas láminas compuestas por pictogramas en los que se representan los motivos de consulta más frecuentes, rotulados y traducidos al árabe, urdu y rumano, idiomas oficiales de dichas nacionalidades.

Estas láminas han sido traducidas por personas con dichas lenguas maternas. Se han colocado plastificadas en consultas del centro y en los boxes de urgencias.

RESULTADOS:

En un primer momento se planteó evaluar la pertinencia del proyecto a través de una encuesta con una única pregunta, traducida a los tres idiomas, (“¿Le ha ayudado el dibujo a explicarse?”) que debía ser cumplimentada por los pacientes con los que se emplease el recurso.

Una vez iniciado el proyecto, se comprobó que esta forma de evaluar no era efectiva y se decidió evaluar la pertinencia a través de una encuesta administrada a los profesionales a los 6 meses de la puesta en marcha.

Dicha encuesta valora lo siguientes aspectos:

Frecuencia de utilización del recurso por los profesionales.

Nacionalidad con la que más se emplea.

Valoración de utilidad del recurso y justificación.

Posibles áreas de mejora.

Los resultados reflejan que la mayoría de los profesionales han empleado los pictogramas alguna vez (69,5%), sobre todo con la nacionalidad pakistaní.

Todos consideran útil el recurso, siendo las razones más repetidas la mejora en la comunicación con los pacientes con barrera idiomática y el hecho de resolver problemas de manera rápida en momentos importantes.

CONCLUSIONES:

En Caspe un 28,11% son ciudadanos extranjeros, procedentes principalmente de Marruecos, Rumanía y Pakistán, con la consiguiente barrera idiomática existente.

Este recurso ha resultado útil para facilitar la comunicación clínica y mejorar la calidad de la asistencia recibida, siendo beneficioso tanto para el paciente como para el profesional.

CO22/23 Taller de educación diabetológica tipo 2 grupal en atención primaria

Primer Autor: Sandra Ágreda Gutierrez

Coautores: Umayma Beni Abdellah El Mohammadi, Miriam Carmena Del Viso, Paula Martín Hernández, Ana Gomis Merenciano, Carmen Cruz Ortega, Blanca Serrat Segurana, Carmen Clemente Garcés

Centro: Centro de Salud de Caspe

Resumen:

OBJETIVOS:

Implementar un programa de Educación Diabetológica que favorezca el autocuidado y participación de las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 y sus familias en el control de la enfermedad.

Reducir el valor de Hemoglobina glicosilada de los participantes en seis meses.

Favorecer la creación de un grupo de apoyo para hablar sobre su enfermedad.

MÉTODO:

El programa va dirigido a pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que hayan recibido educación individual durante mínimo un año.

El programa se desarrolla en cuatro sesiones de hora y media de duración en los que se profundiza en diferentes contenidos relacionados con la enfermedad, de manera teórica y práctica: generalidades de la diabetes, alimentación y ejercicio físico, complicaciones y tratamientos.

Antes del inicio del programa y al finalizar el mismo, se entregará a los participantes un cuestionario autoadministrado, para valorar el grado de conocimientos adquirido.

Además, a los seis meses de la finalización, se llevará a cabo una valoración de la Hemoglobina Glicosilada para comprobar el control metabólico.

RESULTADOS:

Hasta la fecha se han realizado dos ediciones del programa. En la primera participaron 8 personas y en la segunda 9.

La evaluación consta de tres partes:

Un cuestionario autoadministrado de evaluación de conocimientos.

Una encuesta de satisfacción.

La medición del control metabólico.

En el cuestionario autoadministrado se observa una mejora entre la encuesta pre y post, reflejando un aumento de conocimientos.

En cuanto a los resultados de la encuesta de satisfacción, que valoraba cuatro aspectos: utilidad, aprendizaje, espacio y duración de las sesiones, más de 70% de los participantes valoran positivamente todos los ítems.

Además, las analíticas sanguíneas realizadas a los 6 meses de la conclusión del programa reflejan una mejoría en los valores de Hemoglobina glicosilada en más de la mitad de los pacientes, y en consecuencia, un mejor control metabólico.

A raíz del programa, surge la idea de estandarizar la consulta de educación diabetológica de enfermería, creando un flujograma a seguir por todos los profesionales.

CONCLUSIONES:

Tal y como reflejan los resultados, la satisfacción de los usuarios con el proyecto es alta y se ha mejorado de manera considerable el nivel de conocimientos sobre los temas tratados.

La evaluación refleja cómo los pacientes han adquirido capacidades para tomar decisiones correctas sobre su enfermedad, y así empoderarse en su salud.

C023/23 Programa einter (ejercicio intensivo terapéutico) en la planta de la U.L.M.E para pacientes con lesión medular

Primer Autor: Aitor Garay Sánchez

Coautores: Aloña Fernandez Celaya, Monica Ferrer Gracia, Elena Artigas Cardiel, Ester Sanz Rodriguez, Tania Blasco Garcia, Ana Isabel Andres Martinez, Elena Orejuela Aparicio

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Mejorar las alteraciones metabólicas derivadas de la lesión.

Mejorar la fuerza y la resistencia cardiovascular.

Mejorar el equilibrio y prevenir caídas.

Inculcar una cultura de actividad física.

Aumentar la participación social del paciente al alta hospitalaria.

Ofrecer un nuevo servicio asistencial de calidad en el servicio de Rehabilitación.

MÉTODO:

Este programa se ejecuta en la sala multifuncional de la U.L.M.E. para pacientes con lesión medular.

Previamente, se establecerá 2 grupos de pacientes, con un máximo de 4 por grupo, conforme sus capacidades funcionales, según criterios de la escala de Berg:

GRUPO A: Pacientes que si tienen control de tronco en sedestación durante al menos 2 minutos y no tienen control de la bipedestación.

GRUPO B: Pacientes que si tienen control de tronco en bipedestación y realizan transferencias de manera autónoma.

Después, se implemente los lunes y miércoles el protocolo de circuito aeróbico y los martes y jueves el de fuerza con una duración de 30 minutos para el grupo A y después para el grupo B. Los viernes se realiza un programa combinado.

RESULTADOS:

El programa comenzó el 15 de diciembre de 2022. En la actualidad, han participado en él 18 pacientes.

Los pacientes que cumplen criterios y son incluidos en el programa, previamente se consensua con el grupo de Fisioterapia Neurológica del servicio de rehabilitación y posteriormente se comunica al resto del equipo multidisciplinar.

El nivel de cumplimiento de los indicadores de participación, mejora de la fuerza, de la resistencia y satisfacción, en relación a los objetivos marcados en el programa son de 10.

Las evaluaciones correspondientes a los indicadores de mejora de salud de fuerza y resistencia, las realizan los fisioterapeutas responsables del tratamiento fisioterápico del paciente, por lo que la comunicación con ellos es permanente y fluida.

El indicador de participación lo efectúa el fisioterapeuta coordinador del proyecto y encargado de aplicar el programa diariamente

El indicador de calidad percibida se realiza mediante la cumplimentación de una encuesta de satisfacción por parte del paciente al alta hospitalaria.

CONCLUSIONES:

La implementación del programa ha sido exitosa, el nivel de participación y satisfacción de los pacientes es alta. La colaboración del personal de la planta ha sido proactiva.

Persisten algunos problemas de espacio y material en la sala multifuncional. Se solicitó en su día una bicicleta estática y unas espalderas y aun no disponemos de ellas.

2024/23 Presencia y participación del paciente con trastorno mental grave en la elaboración del plan personal de recuperación

Primer Autor: *Andrés Martín Gracia*

Coautores: *Laura Bosqued Molina, Noelia Heras Alonso, Lucía Araguas Gracia, Daniel Pascual Garrido, Ana Isabel Campo, Angeles Jorcano Perea, Alba Ortega Altamirano*

Centro: C.R.P. N^º Sra Del Pilar De Zaragoza

Resumen:

OBJETIVOS:

- Elaborar objetivos en los que el paciente se sienta implicado y pueda opinar sobre ellos y las dificultades que le pueden surgir.
- Escuchar y valorar las opiniones de los usuarios.
- Implicar a las personas en su proceso terapéutico y de cambio.
- Ayudar a las personas a retomar el significado de su vida.
- Disminuir altas voluntarias.

MÉTODO:

Primer plan personal de recuperación (PPR) presencial con el paciente delante al mes de ingreso en la UME evaluación a los 6 meses con el paciente presente de la consecución de objetivos generales y específicos evaluación final del ppr al alta Todos los ppr se realizan con el paciente presente y los miembros del equipo (uno por categoría profesional implicada en el proceso de recuperación) psiquiatra, psicóloga, trabajadora social, enfermería, tcae y terapia ocupacional) puede asistir personal en formación la población diana son los pacientes que ingresan en ume y se exceptúan del programa los pacientes con internamiento por orden judicial y los que presentan déficit cognitivo grave.

RESULTADOS:

Se inició el programa en febrero de 2022.

A final de 2022 habían participado en su ppr inicial 23 pacientes.

Los pacientes ingresados habían sido 25. Uno se descartó por ser ingreso de orden judicial y otro no quiso hacer el ppr presencial con el equipo. Un porcentaje del 96% de ppr presencial sobre los pacientes ingresados en 2022.

Se realizaron 6 revisiones a los 6 meses de 8 posibles. 75% de revisiones del ppr a los 6 meses. El estado clínico del paciente o su negativa fueron las causas del 25% restante.

El alta se habían realizado 2 de 3. 66%

Durante el 2023 continuamos el programa y se han realizado 8 ppr presenciales. El 100% de los pacientes ingresados durante este año.

La satisfacción de los pacientes ha sido según sus opiniones del 100%.

Sólo ha habido un alta voluntaria desde el inicio del programa en febrero de 2022 hasta la actualidad

CONCLUSIONES:

- Los pacientes están satisfechos de participar en su ppr.
- Les gusta que escuchemos y valoremos sus opiniones desde el principio de su ppr.
- El equipo ha superado sus reticencias iniciales a que el paciente esté presente cuando se habla de su proyecto vital.
- Se cumple al máximo el lema de los pacientes "nada sobre nosotros sin nosotros".

C025/23 Estudio de la retinografía y su relación con factores de riesgo cardiovascular

Primer Autor: *Eduardo Tomás Ortega Mata*

Coautores: *Maria Calderó Torra, Araceli Fernández Revuelta*

Centro: Centro de Salud Delicias Sur

Resumen:

OBJETIVOS:

El objetivo de este estudio es evaluar la incidencia de alteraciones retinianas y su relación con los factores de riesgo cardiovascular en pacientes afectados de diabetes mellitus (DM) tipo 2.

MÉTODO:

Se ha evaluado un grupo de 98 pacientes afectados de DM, presentando alguna alteración retiniana en el cribado realizado con retinografía en nuestro centro (Centro de salud Delicias Sur, Zaragoza), entre noviembre de 2020 a enero de 2022.

Estudio descriptivo retrospectivo, evaluando las cifras de hemoglobina glicada al diagnóstico (≤ 7.4 o > 7.4), el sexo, la presencia o no de hipertensión arterial, dislipemia, insuficiencia renal crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y vasculopatía, así como el tiempo de evolución de la diabetes (≤ 10 años o > 10 años).

RESULTADOS:

La media de edad al diagnóstico de retinopatía es de 69 años. Nuestro grupo de pacientes estaba compuesto por un 38,78% de mujeres y un 61,22% de varones.

Un 65,3% de los pacientes presentaban diabetes de 10 años o más de evolución, frente al 34,7% que llevaban menos de 10 años. El 44,88% presentaba mal control glucémico, con cifras de hemoglobina glicada $> 7,4\%$.

En cuanto a los factores de riesgo cardiovascular, se objetivó: hipertensión arterial en el 77,55% de los pacientes, alteraciones en el perfil lipídico en un 72,45% y vasculopatía en un 33,67%. Un 20,40% de los pacientes presentó insuficiencia renal. Un 13,27% de los pacientes de nuestra muestra presentaba enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

La retinopatía diabética es la alteración más frecuentemente observada en nuestro estudio, estando presente en el 59,2% de los pacientes de nuestra muestra; el 10,20% presentó agujero macular; el 10,20%, degeneración macular; y el 20,40% presentó membrana epirretiniana.

CONCLUSIONES:

Parece existir una relación entre las alteraciones retinianas y los factores de riesgo cardiovascular, principalmente la hipertensión arterial y la dislipemia. Aun así, hacen falta más estudios para valorar si se trata de variables independientes, o si presentan relación con el mal control glucémico o el tiempo de evolución de la enfermedad.

C027/23 Control de la enfermedad renal crónica en el Centro de Salud las Fuentes Norte de Atención Primaria, Sector Zaragoza II.

Primer Autor: Irene Castillo Torres

Coautores: Africa Garcia Roy, Ana Sarsa Gomez, Adriana Martinez Manero, Anabel Hernandez Bono, Enrique Martinez Ayala, Alba Barberan Bernardos, Maria Celada Suarez

Centro: Centro de Salud Las Fuentes Norte

Resumen:

OBJETIVOS:

Objetivo principal: Mejorar el pronóstico del paciente con ERC mediante la visibilización de las claves de su manejo desde AP.

Objetivos secundarios: Conocer su prevalencia, infradiagnóstico y frecuencia de control, así como características epidemiológicas, comorbilidades asociadas, riesgo cardiovascular y grado de intervención sobre el mismo.

MÉTODO:

Estudio observacional retrospectivo, con datos administrativos obtenidos mediante auditoría de la historia clínica y receta electrónica, sobre dos muestras facilitadas por el Servicio Informático del Sector II, del total de la población mayor de 18 años usuaria del centro de salud. Muestra A: pacientes con estimado de filtrado glomerular por CKD-EPI ≤ 60 ml/min/1,73 m² en dos controles analíticos en los 12 meses previos y muestra B: pacientes con episodio abierto de ERC, de la que se obtiene por combinación excluyente la muestra C. Las variables principales sobre diagnóstico de ERC incluyen episodio U99 y estadiaje. Variables secundarias: sexo, edad, IMC, tabaquismo, HTA, dislipemia, DM, enfermedad cardiovascular establecida y tratamientos.

RESULTADOS:

De la cohorte de 19.517 usuarios del Centro de Salud, se obtuvo una Muestra A de 948 y una Muestra B de 1027, resultando una Muestra C de 1437 pacientes, lo que supone una prevalencia de ERC en nuestro medio del 7,35% (57.8% mujeres y 42.2% hombres) con intervalo de edad más relevante entre 40 y 59 años (36%). Al cotejar la Muestra A con la Muestra B se apreció un correcto diagnóstico por existencia de episodio U99 en 536 y ausencia de episodio pese a criterio diagnóstico en 411. Por otro lado, en 490 pacientes con episodio abierto no se les había realizado ningún control analítico en el último año. Así se estima un 43% de infradiagnóstico y un 48% de control subóptimo. El grado de ERC más frecuente ha sido el 3A (63.2%) y de albuminuria, el A1 (52.2%). Existe una importante asociación con otros factores de riesgo cardiovascular, fundamentalmente HTA, dislipemia y diabetes (85.4%, 65,7% y 41,7%). Además con un RCV alto en el 91.4% y muy alto en el 8.6%, sólo se consigue el objetivo de LDL en el 14.3% de pacientes, siendo las estatinas de potencia intermedia las más empleadas (38.5%).

CONCLUSIONES:

La ERC sigue estando infradiagnosticada, pese al alto riesgo cardiovascular que entraña y la facilidad de su diagnóstico. Es imprescindible aumentar su visibilización desde AP, mejorando el registro y estadiaje en la historia clínica. Esto permitirá la adecuada intervención desde nuestro ámbito asistencial, con el objeto de mejorar el pronóstico.

C028/23 Revisión de casos diagnosticados de trichomonas vaginalis en mujeres en el Sector III Zaragoza (2011-2018)

Primer Autor: Amparo Boquera Albert

Coautores: Zara Ibañez Berrueco, Javier Alcón Flores, Helena García Lopez, Maria Pilar Goñi Cepero, María Jose Lavilla Fernandez, Elena Sanchez Yangüela, Antonio Beltrán Rosel

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

La trichomonosis es la infección de transmisión sexual curable más prevalente. Se sospecha que está infradiagnosticada: alrededor del 30% de las mujeres desarrollan alguna sintomatología. El objetivo fue analizar los aspectos epidemiológicos de la trichomonosis en el sector de salud III de Zaragoza, en el periodo 2011-2018, previo a la COVID-19.

MÉTODO:

Estudio retrospectivo de los casos de trichomonosis diagnosticados en mujeres por el servicio de Microbiología del Hospital Clínico de Zaragoza en el período 2011-2018. La identificación de Trichomonas vaginalis (TV) se realizó en muestras de exudado vaginal (EV) mediante cultivo en medio líquido Roiron y su posterior visión en fresco. Se analizaron las variables sociodemográficas y clínicas mediante análisis estadístico. También se incluyeron los resultados de la tinción de Gram y la presencia de otros microorganismos como Lactobacillus, Gardnerella vaginalis, Candida albicans o Streptococcus agalactiae.

RESULTADOS:

Recibimos 53.227 muestras de EV, de las cuales 237 fueron positivas para TV, que pertenecían a 212 (0,4%) mujeres. El rango de edad fue 10-69 años (edad media 37,2). Se agrupó a éstas en función de su edad: <19 años (6, 2,8%), 19-35 años (90, 42,5%), 36-50 años (84, 39,6%) y >50, (32, 15,1%).

El 50% de los casos positivos (106) procedían de pacientes nacidas en España (54,3% residentes en Zaragoza), seguido de Rumanía (33, 15,57%) y Ecuador (14, 6,6%). La mayoría procedían de Europa (67,51%), seguidas de América del Sur y Caribe (22,78%). El 76% procedían de atención primaria, seguido de hospitalización (9,4%), consultas externas (7,6%) y urgencias (7%). Los síntomas más prevalentes fueron leucorrea (107, 50,5%), prurito-escozor (66, 31,1%) y flujo maloliente (37, 17,5%).

En 29 (13,7%) pacientes el diagnóstico fue realizado en el periodo perinatal. 7 (24,1%) presentaron un aborto espontáneo.

En el Gram del frotis, se observó la presencia de leucocitos polimorfonucleares (81,6%), y en más de la mitad no se detectó Lactobacillus, lo que indica un desequilibrio en la microbiota vaginal.

CONCLUSIONES:

La paciente con TV es una mujer en edad fértil, española y residente en Zaragoza, con leucorrea y/o prurito-escozor vaginal. Es probable que un gran porcentaje estén sin diagnosticar, ya que el 70% son asintomáticas. Debido a la alta prevalencia de TV y sus consecuencias gineco-obstétricas, son necesarias medidas para su diagnóstico temprano.

C029/23 Percepción de la información recibida y participación en la toma de decisiones durante el ingreso por cáncer de mama

Primer Autor: *Daniel Aparicio López*

Coautores: *Irene Marta Estrada Lázaro, Lourdes Lahuerta Lorente, Ana Palomares Cano, María Carmen García-Mur, Reyes Ibáñez Carreras, María Carmen Casamayor Franco, Miguel Ángel Dobón Rascón*

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

En los últimos años han proliferado instrumentos de evaluación de la calidad de los servicios que incorporan a sus procedimientos la perspectiva de los ciudadanos. Nuestro objetivo es conocer la percepción de la información y participación en la toma de decisiones sanitarias experimentadas durante el ingreso hospitalario.

MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo de casos consecutivos mediante la aplicación del Picker Patient Experience Questionnaire-33 a 125 pacientes con cáncer de mama intervenidas en el Servicio de Cirugía General y Ap. Digestivo del Hospital Universitario Miguel Servet durante el año 2022. El cuestionario se entrega al alta hospitalaria para ser cumplimentado a los 15 días de la intervención.

RESULTADOS:

La tasa de cumplimentación de la encuesta es baja, 44% (55 pacientes). El análisis de los datos revela que las pacientes tienen la percepción de ser tratadas con empatía y respeto con una notable resolución de dudas sobre la enfermedad siendo informadas adecuadamente tanto pacientes como familias, destacando la unanimidad en la delicadeza del trato recibido. Por el contrario sobresale la generalizada ausencia de información sobre la Carta de Derechos y Deberes de los pacientes, así como la necesidad de mejorar el control del dolor y la información de los signos de alarma y los efectos adversos de la medicación al alta hospitalaria.

CONCLUSIONES:

La humanización en la asistencia sanitaria ha demostrado claros beneficios clínicos al disminuir la ansiedad y el miedo para abordar el tratamiento, especialmente importante en procesos oncológicos. Conocer la percepción que tienen nuestras pacientes representa el punto inicial para desarrollar dinámicas que refuercen el protagonismo del paciente.

C030/23 Alfabetización en salud o como mejorar la adherencia a la terapia compresiva

Primer Autor: *Silvia Blasco Gil*

Coautores:

Centro: Hospital de Alcañiz

Resumen:

OBJETIVOS:

En los pacientes con heridas de etiología venosa mejorar la alfabetización en salud puede llegar a favorecer la adherencia a la terapia compresiva terapéutica, mejorando con ello la cicatrización de sus lesiones, así como la recidiva de las mismas.

MÉTODO:

Existen diversas herramientas para evaluar la alfabetización en salud de una persona y desarrollar su sensibilidad al respecto.

Entre ellas elegimos Ask Me 3[®], herramienta impulsada por el Institute for Healthcare Improvement, que simplifica la comunicación entre pacientes, familiares y profesionales sanitarios, animándolos a hacer tres preguntas esenciales:

- ¿Cuál es mi problema de salud?
- ¿Qué debo hacer?
- ¿Por qué es importante para mí hacer eso?

RESULTADOS:

La terapia de compresión terapéutica es la piedra angular del tratamiento de las úlceras de etiología venosa con una evidencia 1A.

Sin embargo, se han descrito múltiples factores que influyen en la mala adherencia a dicho tratamiento por parte de los pacientes. Entre ellas la falta de conocimiento sobre la enfermedad por parte de los pacientes, así como la falta de asesoramiento por parte de los profesionales sobre la necesidad de utilización de la terapia compresiva, y cómo afrontar los aspectos negativos del tratamiento.

A los pacientes que acuden a nuestra consulta con lesiones en miembros inferiores y candidatos a la utilización de terapia compresiva terapéutica se les insta a la realización de las 3 preguntas que forman parte de la herramienta Ask Me 3[®].

Ello nos permite explicarles la importancia del tratamiento compresivo como base de su plan de tratamiento, favoreciendo la relación de confianza entre paciente/familia y profesional, y mejorando la adherencia al tratamiento.

Los pacientes aceptan el tratamiento, ofreciéndoles asesoramiento y seguimiento.

CONCLUSIONES:

La mejora en la alfabetización en salud de nuestros pacientes nos permitirá mejorar los resultados en salud, reforzando el papel del paciente como protagonista gestor del autocuidado de su salud.

C031/23 Deprescripción: Iniciativa Enfermera

Primer Autor: *Oscar Esteban Gimenez*

Coautores: *Pilar Marín Murillo, Carmen Moreno Gustran, Teresa Pérez Guzmán, Rosario Laborda Ezquerro, Pablo Berna Sierra, Elena Mena Gallizo, Marta Álvarez Sanchez*

Centro: Centro de Salud de Sádaba

Resumen:

OBJETIVOS:

Promover un modelo colaborativo medicina-enfermería para abordar la deprescripción y la conciliación terapéutica.

Disminuir la polimedicación y la medicación potencialmente inapropiada e innecesaria.

Minimizar la probabilidad de aparición de reacciones adversas, duplicidad de recetas y gasto farmacéutico.

MÉTODO:

En sesiones clínicas se informa al equipo del auge de la prevalencia de la población polimedicada y sus consecuencias clínicas, éticas y económicas así como de las herramientas disponibles para abordar la conciliación terapéutica y deprescripción.

Enfermería revisará la receta electrónica de aquellos pacientes que acudan a consulta programada así como los datos de alta hospitalaria o tras revisión en consulta de otro nivel asistencial. Tras evaluar la receta electrónica conjuntamente con la historia clínica y escuchar y consensuar las preferencias y necesidades del paciente, o con su cuidador principal, realiza una propuesta a medicina sobre la posibilidad de deprescribir algún medicamento o si existe alguna discrepancia terapéutica.

RESULTADOS:

Se realizó propuesta de deprescripción sobre 138 pacientes, 69 hombres y 69 mujeres, 109 eran polimedicados (78,98 %). La edad media fue de 76,57 años ($\pm 10,2$). Se recomendó la retirada de 190 medicamentos implicando a 217 principios activos.

Los grupos terapéuticos más frecuentes fueron:

Grupo N (sistema nervioso 70): 39 principios activos relacionados con analgésicos, 11 antidepresivos y 11 benzodiacepinas, entre otros.

Grupo C (Cardiovascular 38): 11 IECA/ARA2, 9 calcioantagonistas y 5 diuréticos de asa, entre otros.

Grupo R (Respiratorio 22): 14 antagonistas β , 8 anticolinérgicos y 7 corticoides inhalados, entre otros.

De otros grupos terapéuticos destacamos también la retirada de 10 IBPs y 8 estatinas.

Principios activos más deprescritos: paracetamol (18), formoterol (10), metamizol (8) y tramadol (10, 7 asociados a paracetamol), lorazepam, tiotropio y amlodipino (5) y bisoprolol, enalapril y manidipino (4).

Los motivos fundamentales que han permitido reducir la dosis o la retirada han sido la mejoría del cuadro que motivo su prescripción (101 casos) y la mala tolerancia.

CONCLUSIONES:

La creación de un circuito de deprescripción médico/enfermera que amplía la implicación de enfermería en el control de la concordancia y adecuación de los fármacos a la historia clínica, añadido al realizado en materia de adherencia terapéutica, ha resultado ser eficaz en materia de seguridad, de fácil implantación y dados los resultados, efectivo.

C032/23 Triaje de biopsias neoplásicas de colon, diagnóstico precoz e inclusión inmediata en el programa del comité de tumores

Primer Autor: *Ariel Gonzalo Gonzales Sejas*

Coautores: *Maria Teresa Ramirez Gasca, Maria Lourdes Bengoche Martinez, Maria Sanchez Lascano, Rocío Irene Bermudez Cameo, Clara Cabañuz Rocatallada, Sonia García Fuertes, Eduardo Enrique Ponce Casas*

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Identificar las muestras de pacientes desde la colonoscopia, sospechas de malignidad, empleando un sistema de señalización, en la hoja de solicitud de estudio anatomopatológico, con la finalidad de procesar la muestra de forma prioritaria, para realizar un diagnóstico precoz y tratamiento inmediato.

MÉTODO:

El Servicio de Digestivo tiene que identificar los pacientes con sospecha de neoplasia, indicar en la hoja de solicitud que se trata de una muestra preferente, una vez que llegan al Servicio de Anatomía Patológica en el área de Registro. Los técnicos están formados para localizar estas muestras tienen que emplear un sistema de señalización mediante un sello en rojo con la palabra PREFERENTE, en la hoja de solicitud, para así procesar dichas muestra de forma prioritaria respecto al resto de biopsias.

RESULTADOS:

Mediante este sistema de señalización y trabajo coordinado entre los Servicios de Digestivo y de Anatomía Patológica, se logró agilizar el diagnóstico anatomopatológico, favoreciendo una inclusión inmediata en el Comité de Tumores de Digestivo, beneficiando al paciente con una toma de decisiones terapéuticas rápida.

La mejora en acortar los plazos de registro, procesamiento, diagnóstico e inclusión en el Comité de Tumores de Digestivo implica, una toma de decisiones anticipadas y disminución de la demora respecto a la programación de:

- Estudios complementarios radiológicos (TC, RM, PET -TAC, etc) para determinar el estadio.
- Valoración anestésica preoperatoria.
- Programación de cirugía
- Decisión de control o seguimiento por parte del servicio de Cirugía y Oncología.
- Inclusión de pacientes de acuerdo al estadio, en cuidados paliativos, ayudando a pacientes a sobrellevar los síntomas de enfermedad grave y los efectos secundarios de los tratamientos de forma oportuna.
- Realización de nueva biopsia, en caso de que la muestra no sea representativa.

CONCLUSIONES:

Mediante este trabajo lo que se pretende en todo momento es brindar un enfoque especial en el cuidado y tratamiento de pacientes que tienen enfermedades neoplásicas. Se concentra en mejorar la calidad de atención por parte del personal sanitario al paciente neoplásico y a sus familiares.

C033/23 Implantación de consulta de enfermería de prediabetes en trabajadores del Sector Zaragoza III

Primer Autor: Ana Taboada Tabuenca

Coautores: María Teresa González Barriga, Cristina Yuste Gran, Laura Serrano Barcos, Nuria Lite Arcos, Paula Sierra Villarreal, David Corzán López, Beatriz Acha Aibar

Centro: SPRL Sector III Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

Resumen:

OBJETIVOS:

Nuestro objetivo es prevenir o retrasar la aparición de Diabetes tipo II en los trabajadores del Salud Sector Zaragoza III, mejorar hábitos higiénico-dietéticos y de estilo de vida y valorar la satisfacción de los trabajadores con respecto a la Consulta de Enfermería de Prediabetes.

MÉTODO:

Al analizar resultados de las analíticas solicitadas en nuestro servicio observamos un elevado número de trabajadores con cifras indicadoras de prediabetes.

Se ofrece consulta de enfermería individualizada a aquellos cuyas cifras nos indiquen valor de prediabetes. En esta consulta se explica la enfermedad y el significado de estos valores analíticos. Se valoran otros posibles factores de riesgo y se acuerda un plan de actuación individualizado. Se realizan consultas sucesivas para control analítico posterior, encuesta de satisfacción y valoración de los cambios higiénico dietéticos tras la promoción de la salud implementada.

Además, hemos añadido la petición de HbA1c a todos los trabajadores mayores de 45 años en el reconocimiento médico.

RESULTADOS:

Al revisar las analíticas realizadas a los trabajadores mayores de 45 años en nuestro servicio para la tarea de promoción de la salud, en el último año 2022 observamos que de 99 trabajadores que tienen valorada la HbA1c, un 22,22% presentan valor de prediabetes (HbA1c entre 5.7 - 6.4%) y/o de 757 con glucemia basal analizada, el 23.91 % presentan cifras de glucemia basal alterada (entre 100-125 mg/dl). Estos valores de prediabetes, indican un riesgo elevado de desarrollar Diabetes tipo 2 y de sufrir complicaciones importantes para su salud, además de gran impacto económico. Por ello, hemos implementado una Consulta de Enfermería de Prediabetes. Hasta fecha actual, hemos realizado 1ª consulta de enfermería a 17 trabajadores con la consiguiente promoción de la salud individual; no disponemos todavía de datos significativos para poder realizar la evaluación del impacto de nuestra intervención, que se realizará con las consultas sucesivas para control analítico, encuesta de satisfacción y valoración de los cambios higiénico dietéticos.

CONCLUSIONES:

Desde el SPRL Z III, buscamos poder implementar un concepto global de salud en nuestros trabajadores y trabajar en el ámbito de promoción de la salud. Con la implantación de esta consulta de enfermería de Prediabetes, esperamos mejorar sus hábitos higiénico-dietéticos y reducir o retrasar la aparición de Diabetes tipo 2 y otros factores de riesgo.

C034/23 Psicoterapia de grupo en adolescentes con autolesiones no suicidas (ANS)

Primer Autor: *Duran Sandoval Liccet Tatiana*

Coautores: *Soldevilla Nasarre Alfredo, Gonzalez Carrion Cristina, Saenz Ballobar Ana, Frade Pedrosa Olalla, Fombuena Maria Luisa, Grau Ramirez Sonia*

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

En los adolescentes: Disminuir/extinguir la frecuencia de las ANS. Disminuir/extinguir la intensidad de síntomas depresivos y ansiosos.

En los padres: Proporcionar Psicoeducación en ANS.

MÉTODO:

Terapia de grupo dirigido por psiquiatra infantil, psicólogo infantil y enfermera. 9 sesiones semanales: 7 sesiones para los adolescentes, 2 sesiones para los padres. Nos basamos en las sesiones individuales del programa TaySH2, realizándolas de forma grupal. Se utilizó la Terapia Cognitivo Conductual y la terapia dialéctico conductual como método principal de intervención. Iniciamos con un grupo de 7 adolescentes con antecedentes de Autolesiones No Suicidas, con edades entre los 14 y los 17 años vinculados a la USM Infanto Juvenil. Se informó previamente a los pacientes y los padres los objetivos y metodología del grupo, firmando consentimiento informado y de confidencialidad. Al inicio y al final del programa, todas las pacientes realizaron

RESULTADOS:

Se produjo un abandono del programa en la cuarta sesión y otro abandono en la séptima sesión, finalizando el tratamiento cinco pacientes. Tenemos en cuenta sólo los formularios de las 5 pacientes que terminaron el programa. En promedio mejoran en un 40% en la escala de pensamientos y conductas autolesivas, y un 30% en las escalas de depresión y ansiedad de Hamilton. Todas las pacientes redujeron la frecuencia de autolesiones. 3 pacientes dejaron de autolesionarse. 2 pacientes disminuyeron la frecuencia de las autolesiones en un 80%. Una paciente fue dada de alta de la USMI al finalizar el programa. A dos pacientes se le suspendieron los antidepresivos, todas dejaron de tomar benzodiacepinas. La satisfacción de los padres rozó un 95%.

Tanto las pacientes como sus padres verbalizaron mejoría en la convivencia familiar a medida que el programa avanzaba, disminuyendo conflictos en casa.

En la evaluación final las pacientes solicitaron que la duración de las sesiones fuera más prolongada, y con mayor número de sesiones.

CONCLUSIONES:

La psicoterapia de grupo con enfoque en la Terapia Cognitivo Conductual y la terapia dialéctico conductual es una gran herramienta en los casos de autolesiones no suicidas, disminuyendo drásticamente la frecuencia de esta conducta, por lo que puede ser una gran alternativa en los casos en que la intervención individual no es suficiente.

C035/23 Sesiones formativas en la unidad de dietética del Hospital Universitario Miguel Servet

Primer Autor: *Maria Teresa Bimbela Serrano*

Coautores: *Consuelo Ibarra Sierra, Francisca Piedad Blánquez Vega, Sara Arruga Murillo*

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

- Formar a Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAES) en el manejo del programa de petición de dietas hospitalarias (Dietools) y en el proceso llevado a cabo hasta que es entregada en la Unidad correspondiente.
- Valorar la satisfacción de la actividad y las propuestas de mejora tras la sesión formativa.

MÉTODO:

Es un estudio descriptivo transversal y analítico observacional, con una muestra formada por Personal de Enfermería de las Unidades de Hospitalización del HUMS.

Se llevó a cabo mediante un formulario de diseño propio a través de la plataforma Google Forms, con preguntas de respuesta múltiple cerrada, para valorar los conocimientos adquiridos y una encuesta de preguntas abiertas, para valorar la satisfacción de los asistentes tras la formación recibida. Los datos se almacenaron automáticamente de forma anónima en esta plataforma.

Para el análisis de los datos, se realizó la Media y la Moda de la puntuación de cada pregunta y del cuestionario total que se realizó al finalizar la sesión.

RESULTADOS:

Se formaron 112 personas de 46 Unidades Hospitalarias en 40 sesiones. 89 personas contestaron el formulario de Dietools y 77 realizaron la encuesta de Satisfacción.

La Media y Moda de los conocimientos adquiridos fue de 8,63/10 puntos y de 9/10 puntos respectivamente, con un intervalo de puntuación de 5 a 10. El porcentaje de aciertos de cada pregunta fue:

- Número 1: 78,7%
- Número 2: 69,7%
- Número 3: 91%
- Número 4: 79,8%
- Número 5: 97,8%
- Número 6: 77,5%
- Número 7: 85,4 %
- Número 8: 98,9 %
- Número 9: 95,5 %
- Número 10: 88,8 %

El resultado de la Encuesta de Satisfacción fue 8,67/10 puntos. Siendo la Moda 10 puntos y el Intervalo de 1 a 10 puntos. La puntuación de cada pregunta fue:

- Número 1: Media 9,27. Moda 10
- Número 2: Media 6,44. Moda 5
- Número 3: Media 9,09. Moda 10
- Número 4: Media 9,46. Moda 10
- Número 5: Media 9,10. Moda 10

CONCLUSIONES:

Los resultados de la formación han resultado muy positivos. Los participantes demandaron ampliar las sesiones a todos los profesionales del Hospital encargados de manejar el programa y tener disponibilidad de documentos de consulta. La experiencia ha sido muy satisfactoria para la mayoría de los participantes.

C036/23 Mejora de la experiencia de los alumnos de enfermería en urgencias del Hospital de Barbastro

Primer Autor: *Luis Pérez Benac*

Coautores: *Alicia Alquézar González, Ester Abadía Ortiz, Beatriz González Pelegrín, Noemi Díaz Martínez, Marta Allué Ciutat, Leticia Tierz Vélez, Laia Renau González*

Centro: Hospital de Barbastro

Resumen:

OBJETIVOS:

Mejorar la adaptación y la formación de los alumnos mediante un circuito formativo.
Facilitar la mejora continua de los alumnos a través de evaluación interna.
Mejorar la satisfacción y la percepción de la atención prestada por los alumnos en el servicio de Urgencias.

MÉTODO:

Formación de un grupo de trabajo y un circuito formativo:
Recepción en el servicio de Formación, Medicina Preventiva y Riesgos Laborales
Manual de acogida
Estancia en el Servicio de Urgencias:
- Cartelera de ubicaciones.
- Talleres: traumatología (férulas, tracciones), politraumatismo (ABCDE, movilización, inmovilización), hemodinámica y electrocardiograma, urología (retención aguda de orina, lavado vesical), vía aérea (intubación orotraqueal, ventilación mecánica), digestivo (lavado gástrico, intoxicaciones), casos prácticos.
- Triage.
- Evaluación interna intermedia y final, evaluación del progreso y propuestas de mejora.
- Check-list de iniciativas completadas.
- Encuesta de satisfacción alumnos.
Encuesta de satisfacción enfermeras.

RESULTADOS:

Desde la puesta en marcha del proyecto, han pasado 4 alumnos por el mismo.
El 100% han completado la totalidad de iniciativas propuestas, registradas en el check-list.
La realización de talleres para los alumnos ha permitido que todos reciban una formación sobre las técnicas y situaciones que consideramos más relevantes. Con anterioridad observábamos que en muchas ocasiones algunas de éstas no se veían por ausencia de pacientes con esas patologías específicas durante las prácticas.
La evaluación interna ha servido para detectar áreas de mejora, pero el análisis a mitad de periodo y al final, al no realizarlo la misma enfermera, ha generado datos que no consideramos válidos. Es un aspecto a mejorar.
La satisfacción del alumnado con el proyecto ha sido muy buena, destacando el impulso a la toma de iniciativa y la realización de talleres.
Asimismo, los profesionales de enfermería refieren estar muy satisfechos con el proyecto, ya que ha mejorado la adaptación de los alumnos al servicio, su implicación y la atención que prestan en la unidad.

CONCLUSIONES:

La recepción del proyecto propuesto, por los miembros del equipo de Urgencias, ha sido muy buena. Para los alumnos ha supuesto un salto de calidad en su formación académica y práctica. Los resultados se han traducido en una mejora de la práctica clínica y de la organización en el Servicio, así como de la atención final prestada en nuestra Unidad.

C037/23 Diabetes y Ramadán

Primer Autor: *Sira Telmo Hueso*

Coautores: *Marcela Cecilia Amestoy Chiesa, María Dolores Llorens Palanca, Michelot Lamarre, Miren Arantzazu García Colinas, Pedro Pablo Duarte Vega, Manuel Jesús Zurera Toro, David Carceller Llido*

Centro: Centro de Salud de Alcañiz

Resumen:

OBJETIVOS:

Los pacientes diabéticos musulmanes sean conocedores de que se pueden cambiar horarios de su medicación para evitar el abandono del mismo durante el Ramadán, reconocer complicaciones derivadas del ayuno y saber actuar frente a ellas potenciando el autocuidado.

MÉTODO:

Presentación del proyecto al Equipo de Atención Primaria, al Imán y a dos informadores claves. Entrega de carteles informativos al Imán en árabe y castellano para que fueran colocados tanto en la Mezquita como en los comercios de Alcañiz frecuentados por esta población. Colocación de estos mismos carteles por el CS y en las consultas de médicos y enfermeras.

Actuación sobre los pacientes diabéticos musulmanes que han consultado tras ser conocedores del proyecto antes del inicio del Ramadán (recomendaciones claras individualizadas y por escrito).

Reunión en la mezquita con los árabes dos días antes del inicio del Ramadan: reforzar ideas y resolver dudas.

Reunión con los informadores claves tras Ramadán: valoración y entrega de encuestas.

RESULTADOS:

Los resultados finales los tendremos al finalizar el Ramadán, ya que todavía se está celebrando. Los resultados que tenemos hasta ahora son muy alentadores.

Indicador de alcance: pacientes con diabéticos musulmanes mayores de 18 años.

Indicadores de impacto: hipoglucemias registradas durante el Ramadán en pacientes con diabetes que realizan la actividad; valoración en servicio de urgencias por temas relacionados con diabetes en participantes y valoración de encuesta de satisfacción.

CONCLUSIONES:

Hoy la DM no se debería considerar el enemigo del Ramadán. Los nuevos tratamientos son muy seguros, pero con todos es posible la rotación o modificación de dosis según la ingesta.

Cuando informas a la población sobre su enfermedad y das pautas concretas de actuación, consigues que se involucren y tomen conciencia de su patología.

C038/23 Música y entretenimiento en una unidad de cuidados intensivos (UCI) para minimizar el impacto del proceso de enfermedad

Primer Autor: *Eva María Blasco Serrano*

Coautores: *Noelia Andrés Castel, Marta Biota Pérez, Natalia Becerril Ramírez, Beatriz López Perales*

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

- Aumentar el confort de los pacientes y sus familias, ingresados en una UCI.
- Mejorar la calidad de los cuidados de pacientes y sus familias.
- Sondear la pertinencia de la utilización de la música como terapia.
- Explorar si la música posee efectos beneficiosos sobre el dolor, la orientación y sensación de seguridad del paciente en UCI.

MÉTODO:

Este trabajo se ha realizado durante el mes de marzo de 2023 en la UCI Polivalente del Hospital Miguel Servet de Zaragoza. Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en bases de datos nacionales e internacionales, acotando para estudios de los últimos cinco años en PubMed, Scielo, Science Direct, Elsevier y Medline.

Por otro lado, se ha realizado un estudio observacional descriptivo transversal, efectuando una encuesta tanto a pacientes como a familiares para conocer el grado de satisfacción y pertinencia de la musicoterapia en la UCI, contando con una muestra de veintidós participantes entre pacientes conscientes y orientados, y familiares.

RESULTADOS:

No sólo escuchamos a nuestros pacientes, si no que ellos también nos escuchan y escuchan lo que ocurre a su alrededor. Como práctica habitual, a los pacientes de dicha unidad se les pone música, se les pregunta sus preferencias a ellos mismos o a sus familiares y, en ocasiones les conectamos alguna película o programa de televisión en el ordenador. Múltiples estudios avalan la música como método para reducir la ansiedad en pacientes de UCI tanto despiertos como sedados. Los resultados que arroja el sondeo realizado muestra que la totalidad de pacientes y sus familiares cree pertinente la utilización de la musicoterapia y sus beneficios sobre el bienestar y confort de los pacientes. Un 16,6% de pacientes no encuentra beneficios sobre el control del dolor, 31,25% de los familiares opina que no posee dichos efectos, ni como elemento facilitador de la expresión de emociones en 18,75 %. El 100% de pacientes y 87,5% de familiares opinan que la música puede ayudar en el proceso de enfermedad. Se desprende que 100% de pacientes y 75% de familiares creen que ayuda a mantener la orientación.

CONCLUSIONES:

En líneas generales, este trabajo aporta una visión positiva sobre la pertinencia de la utilización de la musicoterapia en UCI, tanto por parte de pacientes como de familiares. Puede ser una herramienta que ayude a aumentar el confort de los pacientes y en consecuencia la calidad de los cuidados de enfermería.

C039/23 Nacimiento, evolución y mantenimiento de un indicador. Uso adecuado de antibióticos en las fa estreptocócicas

Primer Autor: *Sira Telmo Hueso*

Coautores: *Michelot Lamarre, Marcela Cecilia Amestoy Chiesa, María Dolores Llorens Palanca, Pedro Pablo Duarte Vega, David Carceller Llido, Manuel Jesus Zurera Toro, Beatriz Bureu Calleja*

Centro: Centro de Salud de Alcañiz

Resumen:

OBJETIVOS:

Optimización del uso de antibióticos en FAA estreptocócica en adultos y mantenerlo en el tiempo.

Elaboración y difusión de un protocolo de actuación e infografía en el EAP Alcañiz.

Incorporar la prueba de diagnóstico TRDA en adultos a la práctica habitual.

MÉTODO:

Elaborar un protocolo de actuación en FAA estreptocócica en adultos.

Elaborar una infografía resumen de consulta rápida.

Difusión del protocolo e infografía a todo el EAP.

Envío de datos de seguimiento trimestrales

Suministro de los envases de TRDA necesarios.

RESULTADOS:

Porcentaje de pacientes adultos con diagnóstico de FAA estreptocócica (código CIAP R72) en tratamiento con antibióticos de primera elección. Valor a alcanzar: 60 % (rango 60 -100%) se alcanzó 70,54%.

Porcentaje de profesionales sanitarios (médicos y enfermeros) que asisten a una de las dos sesiones impartidas en el EAP. Valor a alcanzar: 70 % (rango 70 -100%), se alcanzó un 95%.

Grado de difusión del protocolo e infografía en el EAP. Valor a alcanzar: 90 % (rango 90 -100%), se alcanzó un 100%.

Porcentaje de pacientes con sintomatología de FAA con 3 o más criterios Centor a los que se ha realizado el TRDA.

Porcentaje de pacientes con sintomatología de FAA con 3 o más criterios Centor a los que se ha realizado el TRDA y ha resultado positivo.

Valor a alcanzar: 80% (rango 80-100%), el 55% cumplían 3 o más criterios, sólo 50% consta en historia la realización de TRDA con resultado positivo, el otro 50% o no se realizó o no está anotado en historia. Se detecta un infraregistro, si bien, por los datos de consumo de TRDA, se han tenido que realizar al menos al 85% de los pacientes.

CONCLUSIONES:

Hemos observado que cuando se dan instrucciones concretas y pautas no complicadas de actuación la mayoría de profesionales responden.

Se ha ido implementando paulatinamente el uso de criterios Centor y TRDA, igual que la prescripción de AB de primera línea.

A veces hay que recordar cuales son las actuaciones correctas para mantener objetivos.

C040/23 Visiones compartidas para determinar el ámbito de control de una jefa de unidad de enfermería

Primer Autor: *Angel Custodio Boned Galan*

Coautores: *Ana Isabel Gil Lacruz, Ana Gascón Catalán, Nieves Lopez Ibort, Maria Carmen Ostariz Cárcamo, Marta Rocio Carmona Mozota, Marta Arnaldos Esteban, Ana María Vecino Soler*

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Mostrar los conceptos nucleares que pueden influir en el ámbito de control (AdC) de una Jefa de Unidad de Enfermería (JUE), identificados por un panel de expertos a nivel nacional, mediante técnica Delphi como paso previo al diseño de una herramienta de valoración del AdC que ayude a la toma de decisiones a las Direcciones de Enfermería.

MÉTODO:

Estudio observacional, descriptivo, transversal, mediante técnica Delphi en 3 fases, realizado a finales de 2022. Para el panel de expertos se contó con 43 profesionales a nivel nacional, agrupados en 3 perfiles: directivos de enfermería, JUE y un grupo conformado por profesionales no pertenecientes al ámbito asistencial.

La comunicación se realizó mediante e-mail y los cuestionarios se administraron mediante LimeSurvey. Los resultados fueron evaluados y agrupados por el grupo coordinador, utilizando medidas de tendencia central.

Fases: una inicial donde debían indicar mediante texto libre aspectos relacionados con el AdC y dos posteriores de valoración de los ítems, indicando además si consideraban el ítem relevante para valorar el AdC.

RESULTADOS:

De los 42 participantes (1 renuncia), 29 respondieron a la fase 0 (69,05%), 31 (73,81%) a la fase 1 y 29 (69,05%) a la fase 2.

Las directoras de enfermería enfocaron sus valoraciones hacia las actividades de seguimiento, consecución de objetivos y gestión del riesgo (4.58), clima laboral de la unidad (4.50) y valoración de estilo de liderazgo (4.33).

Las JUE priorizaron factores relacionados con los profesionales como porcentaje de profesionales noveles (4.56), o número de unidades o de profesionales a su cargo (4.33).

El grupo de profesionales no asistenciales la mayor parte pertenecientes al ámbito docente) aportó una visión complementaria, dando mayor peso a la variabilidad y complejidad de los cuidados y al clima laboral de la unidad (4.63), la autonomía para la toma de decisiones (4.50) y el estilo de liderazgo (4.38).

CONCLUSIONES:

La utilización de la técnica Delphi, contando con la participación de diversos actores a nivel nacional, ha permitido conseguir una visión global y consensuada de los principales condicionantes del AdC de una JUE, permitiéndonos abordar con garantías la fase de creación de una herramienta de valoración.

C042/23 Principales fallas en el manejo de la Escabiosis en los pacientes usuarios de las Urgencias del HCULB

Primer Autor: *Carlos Rodríguez Jaime*

Coautores: *Begoña Del Pilar Gonzalez Pérez*

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Determinar los principales errores en el diagnóstico y tratamiento de la escabiosis desde la consulta de urgencias del HCULB.

Identificar el porcentaje de reincidencias a los servicios de urgencias y las causas de la misma.

MÉTODO:

Estudio observacional transversal retrospectivo. Se realiza selección de los pacientes mediante los diagnósticos asignados en el PCH de Urgencias, incluyendo los siguientes: “prurito”, “eritema en piel”, “sarna”, desde el día 01/01/2023 hasta el 15/04/23. Posteriormente, se recaba la información mediante una ficha de recogida de datos por parte del investigador, haciendo énfasis en los criterios diagnósticos y el manejo de la escabiosis, tomando como referencia lo establecido por la Academia Española de Dermatología y Venereología, así como en las causas de la nueva valoración por el servicio de urgencias. Los datos se vuelcan en una base de datos de Excel. Se realiza el análisis de las medidas de tendencia central con los datos obtenidos.

RESULTADOS:

Tras el análisis de los datos obtenidos, se puede identificar una media de reincidencia a urgencias de 38.4% durante el periodo del estudio. Los principales motivos de una valoración subsecuente fueron persistencia de prurito (83.7%), aparición de nuevas lesiones (36.2%), contacto con paciente infectado (13.1%). En base a las posibles causas de la persistencia de la sintomatología, se pueden identificar por orden decreciente la falta de cumplimiento de medidas higiénicas en el hogar (56%), falta de tratamiento de todos los convivientes (24%), aplicación errónea del esquema terapéutico (13%), errores en el diagnóstico inicial (7%).

CONCLUSIONES:

Aproximadamente un tercio de los pacientes diagnosticados de escabiosis regresan a urgencias por persistencia de sintomatología. Es fundamental insistir en las medidas higiénicas que se deben adoptar en el hogar, así como el tratamiento profiláctico adecuado de los convivientes para lograr la erradicación del ácaro y evitar la reinfección.

C045/23 Mejora en la gestión de dietas destinadas a pacientes alérgicos o intolerantes en cocina hospitalaria

Primer Autor: *Maria Perez Salillas*

Coautores: *Diego Franco Gracia, Alodia Claver Clemente, Gloria Martinez Lasa, Juan Duarte Lacueva, Carlos Caverro Escuer, Carmen Espinosa Perez, Miguel Vera Ceamanos*

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Incrementar la seguridad de los pacientes que presenten alergias y/o intolerancias a ingredientes alimentarios, y minimizar el riesgo al tener que estar exentos a algún o varios alérgenos; Así como facilitar la identificación de estas dietas en el emplatado y office de planta.

MÉTODO:

Actualización de ingredientes en las recetas de platos de todas las dietas hospitalarias.

Solicitud de fichas técnicas actualizadas de las materias primas a todos los proveedores.

Actualización del procedimiento de gestión de alérgenos en el sistema APPCC (Análisis de Peligros y Punto de Control Crítico) implantado.

Registro de los alérgenos que contienen las materias primas utilizadas para la elaboración de comidas en el programa de gestión de dietas DIETOOLS.

Formación del personal de cocina (cocineros, gobernantes y pinches) y seguimiento del procedimiento de buenas prácticas higiénicas y manipulación.

Formación del personal de cocina y seguimiento de los procedimientos de L+D (limpieza y desinfección) de maquinaria y utensilios.

RESULTADOS:

Establecer la sistemática a llevar a cabo durante la recepción, almacenamiento, preparación, elaboración y emplatado de todas las comidas que se elaboran siguiendo buenas prácticas higiénicas y de manipulación; Así como un plan de L+D para evitar que se produzcan contaminaciones cruzadas.

Listado de las comidas que se elaboran en la cocina del Hospital con los alérgenos que contienen, tal y como indica el Reglamento 1169/2011 y RD 126/2015.

Inclusión en DIETOOLS de los alérgenos que contienen los alimentos utilizados para la elaboración de los platos de las diferentes dietas hospitalarias.

Las comidas cuyos alérgenos figuran en los ingredientes del menú (de esa ingesta) se elaboran en la zona de dietética, con utensilios limpios. Emplatado en recipientes (color turquesa) y tapado con tapa/film transparente. Identificación y conservación en caliente o frío según proceda.

El resto de platos destinados a pacientes que presenten alergias e intolerancias se emplatarán en plato de color turquesa con tapa/film transparente para facilitar su identificación en cinta de emplatado.

CONCLUSIONES:

Las fichas técnicas y etiquetado es un punto crítico de control, siendo el primer paso para garantizar trazabilidad y seguridad alimentaria.

La identificación de platos destinados a pacientes que presenten alergias y/o intolerancias, facilita la supervisión por parte del personal de dietética y nutrición y del personal de enfermería en planta.

C046/23 Mejora de la cobertura del Programa de Cribado de cáncer de cérvix en el medio URBANO del Sector III. Zaragoza

Primer Autor: Ana Muñoz Ruiz

Coautores: Ibañeta Lasala Conte, M. Jesús Pobes Lacruz, Ana Esmeralda Castro Fernández, Elena Asensio Martínez, Amelia Teresa Pascual Gonzalo, M. Jesús Vela Insa, Yaiza Motrel Ferreruela

Centro: Centro de Salud Utebo

Resumen:

OBJETIVOS:

Principal:

Aumentar la cobertura del programa de cribado de cáncer de cérvix en el Sector III de Atención Primaria.

Secundarios:

- Que el porcentaje de mujeres de 25-34 años con citología realizada en cada ZBS aumente 2% (> 21.20%).
- Que el porcentaje de mujeres de 35-65 años con test de HPV realizado en cada ZBS aumente un 2% (> 13.12%).

MÉTODO:

Tras el análisis de la situación y baja cobertura de cribado de cáncer de cérvix del año 2021, se planifican unas actividades a lo largo del año 2022 en el que la Matrona de cada zona básica de salud, realizará las siguientes actividades:

- Realización de sesiones formativas/sesiones clínicas a los Equipos de Atención Primaria de carácter periódico (1/año).
- Diseño, impresión y exposición de carteles informativos en cada uno de los Centros de Salud
- Incidir en la captación oportunista de las usuarias que acuden a consulta de medicina, enfermería y matrona por otro motivo o consulta.
- Recuperar informes de cribados realizados en consultas de ginecología públicas (HCE) o privadas (aportando informe) y registrarlos en OMI.

RESULTADOS:

1. En la totalidad de los Centros de Salud la matrona impartió al resto de integrantes del EAP, al menos una sesión clínica sobre el programa de Cribado de cáncer de cérvix.
2. Se diseñó, imprimió y distribuyó un cartel informativo único para todo el sector, sobre Cribado de cáncer de cérvix y tras reparto mediante correo interno a todos los Centros de salud, exposición en los mismos y en centros sociales o cívicos de la zona básica de salud.
3. Toda mujer que acude a la consulta de la matrona por cualquier motivo, es revisado su estado de cribado de cáncer de cérvix, realizando en ese momento el cribado si es posible o facilitando cita a la usuaria para llevarlo a cabo en otra visita.
4. Se registran en OMI aquellos cribados de cáncer de cérvix cuyo informe esté en HCE por haber sido realizados en otros sectores sanitarios o tras la comprobación a través de informe de resultados de aquellos cribados realizados en consultas privadas.
5. La cobertura del programa en el año 2022, es un dato ya solicitado y pendiente de facilitar por la Dirección de AP del Sector 3.

CONCLUSIONES:

- Se constata alta implicación por parte de las matronas de Atención Primaria del sector III en el programa de cribado de cáncer de cérvix.
- Realización al 100% de las sesiones clínicas formativas previstas.
- Aumento de la cobertura del programa de cribado de cáncer de cérvix en más del 2% previsto (pte añadir datos definitivos).

C047/23 Proyecto ROSIA-PCP. Servicio de rehabilitación remota en áreas aisladas. Resultado fase I

Primer Autor: Rosana Anglés Barbaastro

Coautores: *María Teresa Hurtado Mora, Maricela López Fernández, Ana Belén Morata Crespo, Elena García Álvarez, María Yolanda Capapé Genzor, Gabriela Fernández Jentsch, Natalia Bandrés Pardo*

Centro: Hospital de Barbaastro

Resumen:

OBJETIVOS:

ROSIA tiene como objetivo diseñar futuros servicios de rehabilitación para áreas rurales remotas, basados en tecnologías disruptivas y respaldados por un modelo de atención continua en pacientes con lesión medular crónica, lesión cerebral adquirida, EPOC, COVID-19, artroplastia, enfermedad cardiovascular, fractura de cadera.

MÉTODO:

El proyecto se realiza a través de la Compra-Pública Precomercial (CPP) con enfoque metodológico es:

1. DISEÑO del modelo de ROSIA a través de la co-creación basado en un trabajo iterativo con todas las partes interesadas, industria, clínicos de varias áreas de experiencia en rehabilitación, sistemas públicos de salud, cada una con sus ecosistemas locales de pacientes, atención social, atención primaria, municipios y otras entidades locales.
2. VALIDACIÓN de la solución elegida, dos por cada región/país, que generará evidencia sobre los beneficios de la solución basado en valores.
3. EVALUACIÓN del modelo que incluirá la eficacia clínica; análisis económico, experiencia personal de los participantes y análisis práctico de la viabilidad.

RESULTADOS:

ROSIA completó con éxito la fase 1 de la competencia que comenzó el 28 de octubre de 2022 con la publicación en TED (Tenders Electronic Daily) de los cinco licitadores ganadores del proceso 'Open Tender'.

Los cinco han superado con éxito esta etapa con propuestas basadas en plataformas abiertas, tecnologías punteras y enfoques muy innovadores que nos acercan a la salud basada en datos, el uso de sensores y el enorme potencial de los teléfonos móviles.

Los tres organismos públicos que participan en el equipo de contratación del proyecto ROSIA son el Servicio Aragonés de Salud, el Hospital Nacional de Rehabilitación (Irlanda) y el Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. El Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS) lidera el proyecto y ejecuta el procedimiento de contratación conjunta en nombre de las tres organizaciones. Los cinco contratistas involucrados en esta fase están formados por consorcios europeo.

El resultado final previsto es hacer posible el cuidado autogestionado a través de la telerehabilitación.

CONCLUSIONES:

ROSIA con 54 meses de duración comenzó en Enero 2021. Es la fusión de tecnologías TIC resultantes de la investigación y el desarrollo de vías de atención personalizadas, enfocado a ofrecer un conjunto de servicios integrados y flexibles de telerehabilitación aun no disponibles en el mercado.

C048/23 Incidencia de la infección del tracto urinario en pacientes ingresados en el Hospital San José de Teruel

Primer Autor: Lorena Chavarrias Izquierdo

Coautores: Ana Mateo Abad, Amaia Ramón Martín, Ana M^a Sangüesa Lacruz, Jorge Izquierdo Gonzalvo, Miguel Sanchez Ortiz, Alberto López Las Heras, María Bernardino Cano

Centro: Hospital San José (Teruel)

Resumen:

OBJETIVOS:

Analizar la incidencia de infecciones de orina en los pacientes ingresados en el hospital San José de Teruel, así como su relación con el sondaje vesical realizado durante el ingreso diferenciando los diferentes microorganismos aislados en orina.

MÉTODO:

Estudio descriptivo transversal. Se incluyen los pacientes hospitalizados durante el año 2022 en las unidades de agudos, rehabilitación, convalecencia y paliativos del Hospital San José de Teruel.

RESULTADOS:

Los pacientes con infección del trato urinario (ITU) al ingreso o adquirido en éste en el año 2022 son 238, de los cuales 85 eran portadores de sondaje vesical (35,71%). Dentro de estos, clasificamos como infecciones de tracto urinario nosocomiales a 29 de ellas (12,18%), siendo un 72,4% mujeres y un 27,5% hombres, contabilizando 10 pacientes con sonda vesical durante el ingreso (34,48%). Todos ellos fueron sondados de manera temporal, menos uno de ellos que portaba sondaje vesical permanente. En cuanto a la frecuencia de aparición de los microorganismos detectados en orina en las infecciones nosocomiales, encontramos en primer lugar *Enterococcus Faecalis*, seguido de *Escherichia Coli*. Si mostramos los microorganismos aislados en las ITUS intrahospitalarias durante el año 2022 de nuestro centro: *Enterococcus Faecalis* (31,03%), *Escherichia Coli* (17,24%), *Pseudomona Aureginosa* (10,3%), *Proteus Mirabilis* (10,3%), *Enterococcus Faecium* (6,89%), *Klebsiella Pneumoniae* (6,89%), *Enterobacter Cloacae* (6,89%), Infección Polimicrobiana (6,89%), *Estrafilococo Aureus* (3,44%), *Candida Albicans* (3,44%).

CONCLUSIONES:

El porcentaje de ITUS nosocomiales en nuestro centro, incluidas las asociadas a un sondaje vesical, es inferior al publicado por el EPINE en el 2022. A pesar de ser la *E. Coli* el microorganismo predominante en las infecciones de orina nosocomiales, aquí encontramos de forma más prevalente el *E. Faecalis*, seguido de la *E. Coli*.

C049/23 Administración de componentes sanguíneos en pediatría

Primer Autor: *Marta Arnaldos Esteban*

Coautores: *Maria Carmen Ostariz Carcamo, Marta Carmona Mozota, Ana Vecino Soler, Alba Vicente Ciudad, Maria Del Mar Aréjula Latorre, Eva Maria Meléndez López, Maria Del Carmen Varona Lasarte*

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Garantizar una transfusión segura en el paciente pediátrico que avale una correcta administración del componente sanguíneo adecuado, al paciente correcto y en el momento oportuno, de acuerdo con las guías clínicas actualizadas y garantizando la trazabilidad del proceso.

MÉTODO:

Para la cumplimentación de este objetivo se decidió la constitución de un grupo de trabajo enmarcado dentro del proyecto Administración de componentes sanguíneos en pediatría perteneciente al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud. Entre las actividades definidas para su desarrollo se encontraban la protocolización del proceso y la programación de sesiones de formación para el personal implicado en el mismo. Para su evaluación se planificaron rondas de seguridad mensuales y se determinaron una serie de indicadores relacionados con la realización del grupo cabecera a pie de cama y la trazabilidad de los componentes sanguíneos de los que se realizaron cortes de forma trimestral.

RESULTADOS:

Desde el grupo de trabajo creado se creó el protocolo Solicitud y administración de componentes sanguíneos en pediatría (circuito transfusional). La totalidad de las sesiones de formación programadas para su difusión fueron llevadas a cabo, llegando a asistir más de 500 profesionales de distintas categorías del área pediátrica. Las rondas de seguridad se realizaron según el calendario establecido y con una implicación directa de la Dirección de Enfermería del hospital en las mismas. Se ha realizado y registrado de forma correcta el grupo sanguíneo a pie de cama, bien en Historia Clínica Electrónica o en historia física, en el 56% de las transfusiones de concentrados de hematíes realizadas a pacientes pediátricos. El registro adecuado de la trazabilidad del proceso, mediante el escaneo de códigos de barra en Historia Clínica Electrónica o la inclusión de las etiquetas de los componentes en historia física, se ha cumplimentado en el 64% de las transfusiones de concentrados de hematíes realizadas a pacientes pediátricos.

CONCLUSIONES:

Las rondas de seguridad han resultado determinantes para la captación de personal con necesidad de formación y la detección de áreas de mejora. A pesar de que la evaluación de alguno de los indicadores no se ajustó a los estándares fijados en el primer corte trimestral realizado, la evolución ha resultado satisfactoria.

C050/23 Programa de intervención en centros sociosanitarios de la zona básica de salud de Alagón

Primer Autor: *Rocío Escriche Ros*

Coautores: *María Pilar Gabás Ballarín, Beatriz Garayoa Irigoyen, Cristina Longares Álvarez, Silvia Millán Valero, María Pilar Marín Izaguerri*

Centro: Centro de Salud Alagón

Resumen:

OBJETIVOS:

1. Mejorar la capacitación del personal de los centros sociosanitarios de nuestra ZBS en cuanto a cuidados básicos de los internos, atendiendo a:
 - Medidas básicas de higiene.
 - Cambios posturales.
 - Control de patología crónica con adecuación de valoración de constantes.
2. Mejorar la respuesta inicial y valoración en situaciones agudas.

MÉTODO:

Durante septiembre 2022 se contactó de forma directa, vía mail y telefónica, con las direcciones de los nueve centros sociosanitarios adscritos a la ZBS. Se envió una carta con la presentación del proyecto, consistente en la impartición de sesiones formativas a todo el personal interesado en materia de cuidados básicos y valoración de los internos, por parte del personal sanitario participante en el proyecto. Se elaboró el material a presentar en las sesiones y el material informativo a entregar. Con el listado definitivo de participantes se agendaron dos sesiones en marzo de 2h de duración, impartidas en el CS, con 31 participantes que contestaron a una encuesta de satisfacción posterior. Análisis de actividad, indicadores y memoria final.

RESULTADOS:

De los nueve centros sociosanitarios adscritos a la ZBS de Alagón, que comportan un total de 667 internos a su cargo (el 4.3% de la población), siete respondieron favorablemente y con un elevado interés en la actividad. Los dos centros restantes, ubicados en Alagón, no emitieron ningún tipo de respuesta a pesar de los intentos reiterados de comunicación.

Estos datos suponen una adhesión al proyecto del 78% de los centros sociosanitarios, superior al 50% mínimo establecido y muy próximo al 80% máximo marcado.

Pese a la intervención, no se ha objetivado una bajada en la demanda asistencial.

El 100% de los participantes consideraron la actividad muy altamente satisfactoria, dato superior al 80% máximo establecido en el indicador. Puntuando con una media de 9.7/10 la cumplimentación de objetivos, 9.8/10 la utilidad y metodología empleados y con un 9.7/10 en cuanto a valoración global de la iniciativa. Planteándose como sugerencia la periodicidad de sesiones formativas e intervenciones específicas en curas y cuidados paliativos. El 100% del EAP consideró la iniciativa positiva.

CONCLUSIONES:

Tras la intervención realizada, muy satisfactoria entre los participantes, aunque no ha disminuído la demanda asistencial se ha objetivado un aumento en la calidad de las consultas realizadas, con mejor orientación y valoración de los internos en los centros participantes, lo que nos alienta a seguir trabajando con este colectivo.

C057/23 Procedimiento de conización bajo anestesia local para el tratamiento de lesiones cervicales intraepiteliales en consulta

Primer Autor: *Nadia Nassar Melic*

Coautores: *Marta Padín Fabeiro, Miguel Díaz Vega, Luís Alós Pueyo, Olga Aguirre Medel, María Pilar Monreal Trasobares, María Josefa Morales Ballester*

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

El objetivo prioritario es la puesta en marcha en consultas externas de Ginecología de un área para poder realizar conizaciones ambulatorias bajo anestesia local y control colposcópico. El objetivo secundario es la revisión de los estándares de calidad de las piezas quirúrgicas obtenidas con la finalidad de consolidar el procedimiento.

MÉTODO:

Este proyecto se ha puesto en marcha en septiembre de 2022 tras un análisis previo de las necesidades como proyecto de mejora de la calidad.

Se realizaron varias líneas de trabajo como el acondicionamiento de una sala en consultas externas de Ginecología para procedimientos ambulatorios quirúrgicos, revisión de guías clínicas para la implantación del procedimiento, elaboración de una guía propia de actuación clínica, elaboración de una base de datos para recogida de la información y posterior análisis, elaboración de un consentimiento informado para conización bajo anestesia local, listado de verificación quirúrgica, documento informativo para las pacientes y un cuestionario de satisfacción para pacientes y profesionales.

RESULTADOS:

Por el momento se han realizado en consultas externas 67 conizaciones bajo anestesia local, el 100% de ellas bajo control exoscópico. Solo dos pacientes tras valorar con ellas las opciones terapéuticas han desestimado la opción de cirugía bajo anestesia local por motivos de ansiedad. Índice de tolerancia al dolor (Escala EVA): 1,8; el 87% de las pacientes valora de forma positiva la realización de esta técnica sin necesidad de ingreso hospitalario y el 94,5% refiere haber recibido información de forma satisfactoria previa al procedimiento.

El análisis secundario del cumplimiento de los estándares de calidad es una aproximación ya que la muestra de pacientes es escasa y el análisis definitivo se realizará al año de su implantación. No obstante de los realizados hasta la fecha el 68% se han realizado en pieza única, sin ningún ingreso posterior ni complicación hemorrágica grave. 91% confirman lesión de alto grado, uno adenocarcinoma in situ y un carcinoma microinvasor.

CONCLUSIONES:

La conización con anestesia local es una buena alternativa a la realización del procedimiento en quirófano, disminuyendo los riesgos que éste conlleva, la reducción de personal implicado en el proceso y el ahorro de costes para el sistema de salud.

La información precisa a la paciente contribuye a la cooperación y buena tolerancia de la técnica.

C058/23 Educación para la salud mediante ilustraciones: “Come bien, come sano”

Primer Autor: *Silvia Casas Soro*

Coautores: *Elena Costa Menen, Claudia Colén Ortega, Javier Fiestas Carrasquer*

Centro: Centro de Salud de Fraga

Resumen:

OBJETIVOS:

- Enseñar a la población a comer de forma saludable mediante ilustraciones.
- Promover una alimentación variada y equilibrada en la sociedad.
- Promover estilos de vida saludables a la comunidad.

MÉTODO:

El grupo que forman este proyecto son 3 enfermeras, el cual, 2 de ellas también son diplomadas en nutrición y dietética.

Se han creado ilustraciones de platos saludables, basados en el “plato de Harvard”, para enseñar a los pacientes y a la sociedad a crear sus propios menús. Estas ilustraciones son fotografías de menús reales y son revisados por nuestras nutricionistas antes de mostrarlos a los pacientes.

Además, estos contenidos son publicados 2 o 3 veces por semana en el Blog e Instagram del CS Fraga para aumentar la difusión de la información.

RESULTADOS:

La creación de estas ilustraciones se ha mostrado como una herramienta visual clave para enseñar y demostrar la combinación de los diferentes grupos de alimentos a la hora de cocinar y preparar las comidas, así como, diseñar junto con el paciente menús que le sean apetecibles y no le resulten monótonos.

Además, estas imágenes son una pieza fundamental para enseñar a los diferentes grupos poblacionales y una forma de comunicación con la población inmigrante tan presente en nuestra zona.

Las redes sociales de nuestro centro se han utilizado para dar mayor visibilidad a estos conceptos ya que a día de hoy cuentan con 1320 seguidores en Instagram y 49000 visitas en el blog, donde hay un apartado sobre alimentación donde se van colgando todas las ilustraciones que se realizan y donde la población puede ir consultando los diferentes menús.

CONCLUSIONES:

Las imágenes tienen una gran importancia y repercusión en la enseñanza y la comunicación.

El contenido visual ha sido siempre un elemento muy útil para transmitir información de una forma comprensible, clara y resumida.

C059/23 Elaboración e implantación de una lista de verificación de autopsias e incorporación en el laboratorio e informe clínico

Primer Autor: *Sonia García Fuertes*

Coautores: *Eduardo Enrique Ponce Casas, María Sánchez Lazcano, Nerea Torrecilla Idoipe, José Ignacio Franco Rubio, Guillermo Muñoz González, Elaine Mejía Urbáez, Felipe Abas Martín*

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Realizar una lista de verificación de autopsias clínicas en el Servicio de Anatomía Patológica de nuestro centro, que permita llevar un control de recursos, materiales y humanos, empleados en la realización de la autopsia y que, además, sirva como herramienta para la seguridad individual y grupal, para riesgos tanto biológicos como físicos.

MÉTODO:

La elaboración e implementación de una hoja de verificación de autopsias (hoja física), fetales y de adulto, junto a la documentación remitida por el médico solicitante. La hoja se rellena por los responsables de la autopsia, patólogos adjuntos, MIR y celador. Los datos que figuran se basan en los principios de gestión de calidad similares a etapas preanalíticas, analíticas y posanalíticas: fase pre-autopsia (documentación, riesgos biológicos, condiciones sala autopsia), autopsia (hora, fotografías, accidentes personales o técnicos..) y post-autopsia. Dicha hoja cumplimentada se entregará al finalizar la autopsia a Secretaría para ser adjuntada en el informe anatomopatológico, siendo únicamente visualizada por nuestro servicio.

RESULTADOS:

La implementación y realización de la lista de verificación comenzó durante el segundo trimestre del 2022, dando un plazo de 18 meses para valoración de resultados. Se hará una evaluación de indicadores, de alcance y de impacto, registrados durante esos meses, que son: evaluación del número de hojas de verificación cumplimentadas sobre número de autopsias realizadas, valorar potenciales riesgos derivados de las mismas, comunicar accidentes registrados y prever posibles carencias de material y equipamiento detectadas. En la revisión ahora realizada, a los 9 meses, se ha observado una cumplimentación de la lista del 90%, un 2% de autopsias de riesgo (enfermedades infecto-contagiosas), un 10% de autopsias con limitaciones y ningún accidente personal. Además, en este período, se detectó un nuevo tipo de autopsias (donación de cerebro), siendo ya incluido en el proyecto. En la evaluación final, aparte de los indicadores comentados, se valorarán los posibles cambios, como informatizar la hoja de verificación para una mejor eficacia, extracción de datos y eliminar el residuo papel.

CONCLUSIONES:

La realidad vivida recientemente (estado de pandemia) hace replantear el trabajo en el ámbito hospitalario, sobre todo en relación con la seguridad. La autopsia puede plantear problemas potenciales de seguridad y gestión de riesgos para el personal implicado. Definir esos riesgos y documentarlos, puede evitar errores futuros y mejorar la seguridad.

C061/23 Procedimientos de contratación y compra publica de medicamentos: equilibrio entre sostenibilidad y necesidad jurídica

Primer Autor: *Edgar Fernández Alonso*

Coautores: *María Aránzazu Alcácer López, Miriam Merchante Andreu, Carina Bona López, María Reyes García Osuna, Raquel Fresquet Molina, Tránsito Salvador Gómez*

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

La adquisición de medicamentos por los Servicios de Farmacia se rige según lo establecido en la Ley 9/2017 de contratos del sector público siendo el procedimiento de contrato menor (CM) uno de los utilizados en nuestro ámbito. El objetivo es analizar su impacto en la unidad de pacientes externos en la compra de medicamentos cuya patente ha expirado.

MÉTODO:

Estudio observacional y retrospectivo que incluye medicamentos dentro del acuerdo marco de homologación de especialidades basadas en principios activos y/o exclusivos cuya patente ha expirado y que posteriormente su adquisición se realiza mediante procedimientos normalizados de compra, siendo el más aplicado el CM.

Se analizaron datos de adquisición de fármacos entre enero 2022 y marzo 2023 registrando: medicamento, importe unitario medio de compra según contratos menores normalizados y acuerdo marco de exclusividad, así como el importe total de su adquisición a través de ambos procedimientos. Se calcularon las diferencias de costes según ambos procedimientos de adquisición. Se identificaron las funciones del farmacéutico en este contexto.

RESULTADOS:

Se incluyeron 9 medicamentos con patente caducada y dispensados a Pacientes Externos: Ambrisentan, Dasatinib, Fingolimod, Icatibant, Lenalidomida, Pirfenidona, Posaconazol, Sorafenib y Sunitinib. El importe unitario medio de adquisición a través de CM fue de 30,2€ con respecto 161,2€ del AM exclusivos. 3 de ellos supusieron el 26% del impacto: siendo el de mayor importe lenalidomida con una diferencia de 1.782.167€ (18.573€ vs 1.800.740€), seguido de sunitinib con 223.033€ (6.188€ vs 229.222€), y de pirfenidona con 85.558€ (4.361€ vs 89.919€) medicamentos utilizados en el contexto oncohematológico, oncológico y pulmonar.

La aplicación de CM supuso un impacto presupuestario de 113.816€, con un ahorro de 2.476.133€ con respecto a su adquisición dentro del AM, que hubiese sido de 2.589.949€.

En este contexto, el farmacéutico desempeña varias funciones esenciales: asesoramiento en la selección de los medicamentos y en la evaluación técnica de las ofertas, participación en la elaboración de pliegos de condiciones, garantizar su calidad y promover el acceso de los pacientes a los mismos.

CONCLUSIONES:

La aplicación de CM en la adquisición de medicamentos ha supuesto un ahorro de 2.478.133€. La drástica diferencia de precios entre genérico y original, abre un debate sobre el verdadero valor de éstos. La adhesión a la LCSP supone una carga importante para el servicio de farmacia en fármacos que ya de por sí presentan una estricta regulación.

C063/23 Intervención educativa para la mejora de hábitos de higiene del sueño en pacientes con insomnio

Primer Autor: *David Delgado Sevilla*

Coautores: *Concepción Pueyo Manrique, Maria Pilar Mir Cortés, Pablo José Fernando Vinués, Concepción Coronas Fumanal, Guillermo Castaño Doste, Solangelina Bohórquez Batlle, Paula Córdova Matute*

Centro: Centro de Salud de Barbastro

Resumen:

OBJETIVOS:

Desarrollar una intervención educativa breve sobre hábitos de higiene del sueño en participantes con consumo de benzodiacepinas asociado a síntomas de insomnio.

Evaluar el impacto de una intervención educativa sobre la higiene del sueño, tanto en cantidad como en calidad de sueño percibido por los participantes.

MÉTODO:

Estudio cuasi-experimental tipo pre-test / post-test, a través de una intervención educativa no farmacológica, compuesta por 3 sesiones teórico-prácticas de 45 minutos con recogida de datos a través de cuestionarios en línea. Selección de pacientes mediante captación activa en consulta y derivación, y revisión de criterios de inclusión: edad (35 a 45 años), tener un episodio de insomnio en OMI-AP activo, prescripción activa de benzodiacepinas en su Historia Clínica Electrónica asociada a dicho episodio. Los criterios de exclusión son: presencia de Trastorno Mental Grave, polimedicación pluripatología, paciente crónico complejo, enfermedad terminal, drogodependencia, alcoholismo y rechazo/no colaboración con el estudio.

RESULTADOS:

Prueba piloto de intervención educativa realizada en Marzo 2023, propuesta a 10 participantes y aceptada por 8. Asistencia y seguimiento por los participantes durante toda la intervención fue del 100%. Participaron 3 varones (37,5%) y 5 mujeres (62,5%) cuya edad media se estableció en 58,4 años. El 87,5% manifestó problemas de insomnio de duración mayor a 1 año, y el 62,5% recurre a la toma habitual de fármacos para ello, de los cuales, el 75% lo refiere desde hace 3 meses. El 50% de los participantes refieren al menos 1 intento por dejar de tomar pastillas para dormir.

Al comienzo de la actividad, la puntuación media de los participantes del Cuestionario de Pittsburgh fue de 14,5 puntos, siendo latencia del sueño como item peor valorado. Al finalizar la intervención, se observó discreta mejoría en puntuación media del cuestionario (14,3 puntos), continuando la latencia del sueño como peor item valorado, pero una mejoría clara en las perturbaciones asociadas al sueño, así como en la calidad subjetiva del sueño.

La actividad fue valorada con una puntuación global media de 4,9 de 5.

CONCLUSIONES:

La realización de intervenciones educativas no farmacológicas asociadas al insomnio mejora la calidad percibida por los participantes. El uso de esta herramienta podría ayudar a la mejora de la eficiencia en la prescripción y seguimiento de benzodiacepinas en los usuarios con insomnio.

C065/23 Apoyo de la unidad de calidad asistencial al compromiso con la organización de los profesionales del H.U. Miguel Servet

Primer Autor: *Gema Lucía Gracia Casado*

Coautores: *Victor Manuel Solano Bernad, Alba Gallego Royo, María Luisa Trillo Martinez, Esteban Estupiñan Valido*

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Cuantificar el apoyo prestado a los profesionales desde la UCA en la estandarización de la práctica clínica, durante el último año 2022 y primer cuatrimestre del 2023.

Medir tiempos de respuesta en la gestión de protocolos clínicos.

Detectar áreas de mejora en el proceso.

Evaluar la eficiencia tras la implantación y seguimiento de protocolos.

MÉTODO:

Tras la revisión del circuito de gestión de documentos y posterior actualización del "Manual para la elaboración de protocolos del sector Zaragoza II", se ha revisado la base de datos de gestión de protocolos para realizar un estudio descriptivo de los documentos gestionados.

Hemos analizado los tiempos de respuesta en la gestión de los mismos, comparando los datos extraídos de la gestión del año 2022 y de enero a abril de 2023.

Se han identificado distintas áreas de mejora en el proceso.

Con los datos reportados en los informes de seguimiento de protocolos valoramos la eficiencia del proceso

RESULTADOS:

Durante el 2022, se publicaron 76 protocolos, siendo 39 de ellos nuevos y 37 revisiones.

Durante el primer cuatrimestre del 2023, se han publicado 15 protocolos (10 nuevos y 5 revisiones) y están en trámite 129, de los cuales 86 de ellos son primeras versiones y 34 revisiones.

Los tiempos de respuesta, a partir de su recepción en la Unidad de Calidad Asistencial oscilan en función de distintos factores relacionados con las distintas fases por las que pasa el documento. Actualmente, los documentos en trámite se encuentran: pendientes de la 1ª revisión en la UCA (8), adaptación del documento por los autores tras revisión (63), evaluación por la comisión correspondiente (32), pendiente de revisión por dirección al afectar a los circuitos organizativos (9), a la espera de codificación y publicación tras su aprobación (8).

En el periodo de estudio, únicamente se han recibido 6 informes de seguimiento, requisito para considerar que el responsable de los protocolos ha evaluado la implantación del protocolo dentro del ámbito de aplicación.

CONCLUSIONES:

Hemos constatado una demanda creciente de apoyo a los profesionales para la gestión de protocolos, sobre todo de nuevas versiones con mayor reconocimiento de mérito profesional.

No hay suficiente evidencia para afirmar que los protocolos se implanten adecuadamente en su ámbito de aplicación.

La gestión de protocolos supone un alto coste.

C066/23 Implantación de un sistema de gestión de la calidad en la unidad de calidad asistencial del H.U.M.S.

Primer Autor: *Gema Lucía Gracia Casado*

Coautores: *María Luisa Trillo Martínez, Victor Manuel Solano Bernad, Alba Gallego Royo*

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Mejorar la gestión de los procesos en los que interviene la Unidad de Calidad Asistencial de forma integral mediante:

- El desarrollo progresivo de la implantación del SGC basado en la norma ISO 9001:2015 en la UCA.
- La obtención de la Certificación.

MÉTODO:

Hemos planificado las siguientes actividades:

- Definición del contexto y alcance de la certificación.
- Elaboración del mapa de procesos de la Unidad.
- Lectura y consenso sobre los procedimientos de nivel de Sector y recopilación de documentación existente.
- Elaboración de procedimientos operativos de los procesos, y rediseño e integración de los existentes.
- Definición cuadro de indicadores clave.
- Elaboración de procedimientos de gestión del riesgo, personal, compras y equipos y procedimiento general complementario.
- Inicio del registro de incidencias y elaboración de No Conformidades.
- Definición objetivos anuales.
- Implantar el sistema.
- Realizar una Auditoria Interna.
- Revisión del sistema y solicitar la certificación.

RESULTADOS:

Se han realizado las actividades previstas conforme a su planificación, consiguiendo por el momento los siguientes resultados:

Se ha realizado el análisis del entorno mediante la herramienta DAFO, así como el análisis de las necesidades y expectativas de nuestros clientes.

Se han identificado los procesos en los que se ve involucrada la Unidad y elaborado el mapa de procesos.

Hemos realizado el consenso sobre los procedimientos de nivel de Sector y se ha recopilado la documentación: Instrucciones, protocolos, formatos, registros, etc., disponibles en la Intranet del sector, para el control documental.

Se ha comenzado con la descripción de los distintos procedimientos operativos e instrucciones técnicas, así como la elaboración de la matriz de riesgos y oportunidades.

Quedará pendiente de iniciar el registro de incidencias y la apertura de las no conformidades para establecer objetivos e iniciar la implantación del sistema en el último trimestre del año, con el fin de incluir el alcance en el plan de auditorias del próximo año y conseguir la certificación.

CONCLUSIONES:

La implantación de una SGC permite revisar los procesos y plantear un rediseño de los mismos para la mejora de su orientación hacia resultados según las necesidades y expectativas de las partes interesadas. La norma ISO 9001:2015 favorece que los profesionales consigan un mayor control de los procesos y sean más eficientes en sus tareas.

C067/23 Mejorar la atención de los pacientes con heridas crónicas en el servicio de urgencias del Hospital Obispo Polanco.

Primer Autor: *María José Maicas Maicas*

Coautores: *Lucía Salesa Navarro, Raquel Pascual Gómez, Alicia Plumed Herranz, María Dolores Collados Martin, Pilar Marin Serrano, Eduardo Comas Micolau, Rosa Milla Vicente*

Centro: Hospital Obispo Polanco (Teruel)

Resumen:

OBJETIVOS:

Unificar criterios para la valoración y cuidados de las úlceras por presión a través del protocolo. Mejorar la comunicación entre profesionales : informe de continuidad de cuidados y registro en la historia clínica.

Aumentar la prevención a través de escalas.

Ampliar la formación y destrezas de cuidados.

Mejorar la disponibilidad de productos.

MÉTODO:

Realización de un procedimiento para la actuación ante úlceras por presión en el Servicio de Urgencias en consonancia con el protocolo institucional y presentación del proyecto a los profesionales.

Registro de escala de Norton modificada ,índice Barthel y registro de heridas en la historia clínica más cumplimentación del informe de continuidad de cuidados para conocimiento de otros profesionales que realicen el seguimiento de la úlcera.

Formación a través de talleres dentro de la Unidad para actualizar y mejorar conocimientos del personal.

Elaborar los diferentes documentos para el control, ubicación y puesta en marcha de los productos en el Kanban y revisión periódica.

Medir indicadores trimestralmente e informar de los resultados.

RESULTADOS:

Cumplimentación del informe de continuidad ,la escala de Norton modificada e índice Barthel: Se realiza valoración de heridas crónicas, se contabilizan 22 pacientes cumplimentados hasta el 2º trimestre.

Seguimiento: El 82% de los pacientes captados se registraron en historia clínica electrónica por parte del personal del Servicio de Urgencias y el 18% tenían un registro previo. Resultados : el 18% fallecieron, el 9% fueron amputados y el 27% continuaron con las pautas de curas.

Formación : Tras un pre-test para conocer la información sobre apósitos por el personal 77,8% desean aumentar su formación. Un 68,8% han tenido dudas a la hora de curar ,85,7% quieren repasar conceptos. Se realiza taller sobre actualización de apósitos a los profesionales de urgencias. Asisten 25 personas de un total de 42.

Verificación de materiales: El 99,36% se repone.

Satisfacción de los profesionales: A través de una encuesta post- test observamos que un 71,4% se encuentran satisfechos por la formación y solicitan más talleres. Ha mejorado su dedicación tras los resultados obtenidos.

CONCLUSIONES:

Incremento en la cumplimentación del informe de continuidad de cuidados ,escala de Norton, índice Barthel y seguimiento del paciente.

Ha mejorado la formación de los profesionales y se han unificado criterios de prevención y tratamiento.

Tenemos disponibles productos para la cura.

El interés y la cooperación de los profesionales ha aumentado.

C068/23 Protocolo multidisciplinar de rehabilitación de suelo pélvico para el síndrome de resección anterior baja de recto.

Primer Autor: *María Del Mar Rivas Estepa*

Coautores: *Ana Martínez González, Mireya Sartaguda Alabart*

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Principal: descripción del proceso de creación e implementación de un Protocolo Multidisciplinar de Rehabilitación de Suelo Pélvico para el manejo de pacientes con LARS.

Secundario: descripción de resultados preliminares epidemiológicos, clínicos, terapéuticos y evolutivos de los pacientes atendidos en esta unidad tras su puesta en marcha.

MÉTODO:

Descripción cualitativa del desarrollo e implementación del Protocolo Multidisciplinar de Rehabilitación de Suelo Pélvico para pacientes con LARS. Estudio descriptivo, observacional y prospectivo, de todos los pacientes derivados a la consulta de Rehabilitación de Suelo Pélvico >18 años, intervenidos de cirugía oncológica (resección anterior de recto con preservación de esfínter) portadores de estoma de protección, entre el 1 de octubre de 2022 hasta el 31 de enero de 2023.

Variables: demográficas, tumorales, clínicas, severidad LARS, terapéuticas y manométricas.

Previo a la implantación del protocolo, se desarrolló una memoria justificativa para contar con el apoyo de la unidad gerente de nuestro centro.

RESULTADOS:

Se desarrolló un algoritmo de derivación con 6 fases: Prehabilitación, Cirugía conservadora de esfínter, 1ª Valoración en consulta de Rehabilitación de Suelo Pélvico, Tratamiento rehabilitador, Reconstrucción del tránsito y Revisiones; así como un algoritmo de tratamiento rehabilitador en función de la puntuación en las escalas LARS y WEXNER.

Se valoraron en la consulta de Rehabilitación 10 pacientes, de 51,5 años de edad media, siendo 6 hombres y 4 mujeres. El 70% del total presentó una resección ultrabaja, y el 80% del total, escisión de mesorrecto. El 70% de los pacientes valorados en la 1ª Consulta de Rehabilitación presentaba síntomas de dolor, urinarios o digestivos, antes de la reconstrucción del tránsito. La media de sesiones de fisioterapia fue de 9 días: en el 100% ejercicios de Kegel, en un 80% estimulación de asa aferente, en el 100% biofeedback ecográfico y manométrico, y en un 40% la neuromodulación de tibial posterior. Se obtuvo una mejora en los datos manométricos tras el tratamiento rehabilitador en todos los pacientes evaluados.

CONCLUSIONES:

Este protocolo multidisciplinar, novedoso en el campo de la Rehabilitación, establece sistemáticamente el circuito de manejo de pacientes con LARS.

El 70% de los pacientes valorados en la 1ª Consulta de Rehabilitación presentaban síntomas antes de la reconstrucción del tránsito, poniendo de manifiesto la alta necesidad de tratamiento específico.

C071/23 Implantación proyecto de mejora "prevención del delirium agudo en el anciano en una unidad de medicina interna"

Primer Autor: *Pablo Jorge Samitier*

Coautores: *Miriam Navas Monzón, María Isabel Serrano Vicente, Claudia Palazón Fraile, Patricia Álvarez Pérez, Clara Navarro Bosqued*

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

1. Disminuir la incidencia y prevalencia del Delirium Agudo en el Anciano (DAA) en una unidad de Medicina Interna (MI) del Hospital Clínico Lozano Blesa (HCULB).
2. Mejorar la calidad asistencial del Servicio de MI del HCULB.
3. Disminuir el impacto del ingreso hospitalario en el deterioro funcional y cognitivo del paciente frágil ingresado en MI.

MÉTODO:

Proyecto de comparación de 2 modelos de intervención frente a los cuidados básicos.

Modelo 1: Proporcionar tríptico informativo al ingreso con una breve explicación de lo que es el DAA, medidas de prevención y actuación ante la aparición del DAA. En el mismo momento se les oferta la posibilidad de participar en el otro modelo.

Modelo 2: Asesoramiento al cuidador y seguimiento del Plan de Cuidados Estandarizado en el protocolo RPC-124 del HCULB.

Inclusión: >75 años e índice de Barthel < 75 que define el modelo de Carrasco et al como de alto riesgo de DAA.

Exclusión: Pacientes que ingresen en proceso agónico o con deterioro cognitivo severo (Pfeiffer > 7).

Protocolo avalado por CEICA (PI22/348).

Análisis estadístico: Chi2/Fisher y D Cohen.

RESULTADOS:

Inicio de recogida de datos en octubre de 2022. A finales de abril de 2023 obtenemos 110 casos. De los cuales 17 participan en el programa de asesoramiento a cuidadores. Todos mantienen un acompañamiento diurno.

Media de edad 86,51 (+5,819)

65% mujeres

70% presentan pluripatología

53,6% ingresa por problema cardíaco o respiratorio

60% del grupo 1 tiene acompañamiento nocturno frente al 88% del grupo 2

El 20% del grupo 1 presenta DAA frente al 11% (2 casos de tipo hiperactivo) del grupo 2 y frente al 35% sin intervención. El 52% presenta DAA de tipo hiperactivo frente al 32% hipoactivo y un 23% mixto (todos estos casos pasaron de hipoactivo a hiperactivo).

El 23% de los que presentaron DAA en el grupo 1 se solventó con contención verbal y el resto con medicación, pero ninguno precisó contención mecánica.

Los dos grupos mejoran levemente sus datos con respecto a nivel funcional y cognitivo durante su estancia, incluidos algunos de los que sufren DAA.

La duración de la estancia se mantiene entorno a los 9(+/-5) días.

CONCLUSIONES:

Ambos grupos consiguen reducir significativamente la incidencia de delirium aunque no existe diferencia estadísticamente significativa que permita establecer la mayor eficacia de uno frente al otro.

En ambos grupos se consigue además mantener el nivel funcional y cognitivo de la mayoría de los pacientes o incluso mejorarlo con respecto al ingreso.

C072/23 ¿Qué es para los profesionales la calidad asistencial? Análisis cualitativo

Primer Autor: Alba Gallego Royo

Coautores: M Luisa Trillo Martinez, Gema Gracia Casado, Victor Solano Bernad, Clara Berrozpe Villabbona, Esteban Estupiñan Valido, Sara Luengo Broto,

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Conocer que opinan los profesionales que trabajan en hospitales y centros de salud del significado de calidad asistencial (CA) en su día a día. Identificar, desde la perspectiva de los profesionales, que funciones creen que son realizadas por las Unidades de Calidad Asistencial (UCA).

MÉTODO:

Se realiza un estudio piloto en base a metodología cualitativa a través de entrevistas breves a profesionales de ámbitos asistenciales diversos y de diferentes comunidades autónomas en torno a dos preguntas: ¿Que es la CA para ti y en que se refleja en tu día a día en tu servicio/centro de salud? ¿Cuáles piensas que son las funciones de una UCA?. Se llevó a cabo un análisis de las respuestas obtenidas categorizándolas de manera prospectiva.

RESULTADOS:

Se han analizado 12 entrevistas de personal médico (3 hombres y 9 mujeres), siendo el 83% (10) del ámbito médico y 17% (2) del quirúrgico. El 33% (4) son profesionales de Medicina Familiar y Comunitaria. El 67%(8) trabajan en Aragón, con un 33% (4) de fuera de Aragón.

Los profesionales valoran la calidad asistencial como todo lo relacionado con una atención correcta que mejore la calidad de vida y la salud de los pacientes. Dentro de los factores a tener en cuenta en esa calidad, el tiempo, tanto desde la perspectiva de la dedicación a los pacientes como en relación la demora en su asistencia, se repite en los discursos. También destacan la disponibilidad de recursos, siendo un punto de reivindicación por la situación actual del sistema sanitario a nivel global, y la necesidad de asegurar el uso de procedimientos y protocolos estándar en todo el sistema para mejorar la equidad y la accesibilidad de los pacientes. El papel de la UCA se centra en la evaluación de protocolos, de satisfacción de usuarios, además de un papel supervisor para que se cumpla la CA requerida.

CONCLUSIONES:

Los profesionales definen la CA centrada en el proceso de atención a los pacientes con escasa valoración de la evaluación de indicadores y situaciones de mejora.

Abordan la CA por las carencias actuales del sistema que les impiden conseguir esa CA. Las UCA son desconocidas, con un papel más evaluador que de perspectiva de mejora de la calidad.

C073/23 Test de ejercicio mediante el uso de videojuegos como prueba de estimulación de la hormona del crecimiento

Primer Autor: *Eva Martínez Marzo*

Coautores: *Marta Fabre Estremera, Juan José Perales Afán, Amaya Medrano Pardo, María Perán Fernández, Rubén Tejel Puisac, Laura García Zafra, Enrique Del Castillo Díez*

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Evaluar la implantación en nuestro centro de la utilización de videojuegos para realizar el test de ejercicio en niños como prueba de diagnóstico de déficit de la hormona del crecimiento (GH).

MÉTODO:

La secreción de la GH es pulsátil, por lo que es necesario recurrir a estímulos fisiológicos como el ejercicio para diagnosticar una deficiencia en la secreción de GH. En nuestro centro se ha implementado un test de ejercicio con videojuegos, que consiste en la realización de distintas pruebas de ejercicio físico durante 20-30 minutos, a la vez que se monitoriza la frecuencia cardiaca del niño durante todo el proceso.

Se realiza un estudio retrospectivo de los pacientes de entre 4 y 16 años con petición de prueba de estimulación de GH mediante test de ejercicio en nuestro hospital durante el año 2022/2023. Los datos son analizados mediante Microsoft Excel 2016.

RESULTADOS:

Se incluyeron 52 pacientes, en 30 de los cuales (57,7%) hubo una respuesta normal de GH con un valor superior a 7 µg/L, por lo que se excluyó que tuviesen un déficit de esta hormona. En 11 pacientes (21,15%) el valor de GH después del test de ejercicio fue inferior a 5 µg/L, por lo que no hubo estímulo en la secreción de GH y sería necesaria otra prueba para confirmar el déficit hormonal. En otros 11 pacientes (21,15%) los valores de GH tras la estimulación con el ejercicio se encontraron en la zona gris, entre 5 y 7 µg/L, siendo necesaria la realización de métodos diagnósticos complementarios.

CONCLUSIONES:

El uso de videojuegos para hacer ejercicio físico en la prueba de estimulación de GH es una técnica válida y con gran reproducibilidad. Además, es un método no invasivo y carente de riesgos, de fácil ejecución, económico, rápido y que mantiene a los niños entretenidos y motivados, a diferencia del resto de pruebas disponibles de estimulación de GH.

C075/23 Evaluación de profesionales sanitarios tras una intervención educativa sobre el documento de voluntades anticipadas

Primer Autor: *Ainoa Albiol Falcó*

Coautores: *Alba Blasco Celma, Marta Aguilar Julian, Miriam Sorribas Martí, Jaime Gerardo Sancho Gracia, Delmi Del Carmen González Cortez, Ana Pilar Pérez Del Salvador, Mariluz Lacueva Portolés*

Centro: Centro de Salud de Alcañiz

Resumen:

OBJETIVOS:

Incrementar el nivel de conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios acerca del proceso de cumplimentación del Documento de Voluntades Anticipadas (DVA).

MÉTODO:

Se realizó un estudio de intervención antes-después al equipo de trabajadores sanitarios del centro de salud, acerca del grado de conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios sobre el proceso de cumplimentación del DVA tras realizar una intervención educativa.

Como instrumento de medida se empleó un cuestionario validado elaborado por Contreras et al.

Los cuestionarios se facilitaron a través de Google Forms. Se efectuó una comparativa entre el porcentaje de preguntas acertadas de los cuestionarios previos y los posteriores a la formación mediante las estadísticas de resultados de Google Forms.

RESULTADOS:

Se obtuvo una participación de 29 profesionales (53%), de los cuales 44,8% eran Graduados en Enfermería y el 41,4% en Medicina.

En cuanto a los conocimientos normativos acerca del DVA, un 90% del personal sanitario indicó no tener suficientes conocimientos sobre el mismo, tras la intervención educativa esta cifra fue del 40%.

En cuanto a las actitudes, el 69% de los participantes indicó que estaban totalmente de acuerdo en que el DVA era una herramienta que facilita la toma de decisiones, tras la intervención educativa fue el 90%. En el cuestionario previo un 62,1% indicó estar pendiente y acordarse de explorar si el paciente tenía realizado el DVA, tras la intervención fue el 70%. El 31% se consideró preparado para informar del DVA, siendo el 70% de los participantes tras la intervención.

CONCLUSIONES:

Este estudio pone en manifiesto la falta de conocimientos del personal sanitario acerca del DVA. Como conclusión, se observó como el incremento de los conocimientos de los sanitarios produjo una mejora en su actitud a la hora de abordar los procesos de toma de decisiones compartidas con los pacientes y, de esta manera, se reforzó su empoderamiento.

C076/23 Lo aprendo y te lo enseño (toma de decisiones compartidas)

Primer Autor: *Alicia Seral Sánchez*

Coautores: *Ana Gutiérrez Torío, Celia Puig Moliner, Aris Montolí Braulio*

Centro: Centro de Salud Actur Norte

Resumen:

OBJETIVOS:

- Conocer las herramientas que permitan diseñar materiales para la toma de decisiones compartidas en la consulta
- Conocer las herramientas para elaborar los materiales para la toma de decisiones compartidas
- Conocer el proceso de transformación de una GPC en herramientas para la toma de decisiones.

MÉTODO:

Las herramientas de ayuda para la toma de decisiones son intervenciones desarrolladas para ayudar a las personas a participar en el proceso de toma de decisiones acerca de diferentes opciones diagnósticas o terapéuticas, con el fin de promover la deliberación entre pacientes, profesionales sanitarios y otras personas, acerca de estas opciones.

Desde la Unidad Docente de AFyC del sector Zaragoza 1 se propone una metodología de transferencia para que los residentes conozcan las herramientas de la toma de decisiones compartidas: tras taller presencial son ellos los que han diseñado un taller que se ha realizado en un congreso nacional. Además han elaborado todos los materiales y los han alojado en una página Web.

RESULTADOS:

Han afianzado conceptos un 95% y han adquirido las competencias necesarias un 90-95%. Los residentes tras el taller, han participado en el diseño de los materiales y lo han presentado en un congreso de comunicación como docentes. Todos los residentes han valorado positivamente la actividad y las competencias adquiridas (100%).

CONCLUSIONES:

Con el método de transferencia, los residentes tras adquirir conceptos en formato taller, afianzan lo aprendido con el diseño de los materiales y al tener que prepararlo para ser docentes de una actividad. Este método puede permitir adquirir unas competencias que trasladar después a su práctica asistencial habitual.

C077/23 Proyecto de promoción de hábitos saludables en las escuelas de primaria de Andorra, Alloza y Ariño

Primer Autor: Ana Maria Garcia López

Coautores: Susana Isabel López Sauras, Emma Romero Arasanz, María Pilar Vaqué Bielsa, Begoña Pellicer García, Ana Belén Lagar González, Tamara Muñoz Bernad, Víctor Gracia Alonso

Centro: Centro de Salud de Andorra

Resumen:

OBJETIVOS:

Pral. Implementar un programa de hábitos saludables, entre escolares de primaria.

Aumentar el conocimiento de los escolares para Identificar los diferentes factores de riesgo cardiovascular.

Conocer los hábitos dietéticos, el tiempo de ejercicio y pantallas, el consumo de tabaco, vapeadores, alcohol, y otras drogas de los participantes.

MÉTODO:

1. Revisión bibliográfica en PubMed, Scielo, Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar.

2. Trabajo en grupos focales sobre: objetivos, actividades, herramientas de evaluación dirigidas a niños. Puesta en común y consenso con el resto del equipo de trabajo.

3. Solicitud de permiso al CEICA para implementar el estudio de investigación: estudio cuasiexperimental pretest-post test, ya que en él se realiza intervención sobre los participantes de la muestra, pero no existe aleatoriedad en el estudio.

4. Instrumentos de medida previo y posterior a la intervención: encuesta Kidmed, cuestionario rápido del estudio en Kid (test corto de actividad física Krece Plus), Escalas de consumo de drogas, de presión social y actitud para consumir drogas.

RESULTADOS:

Participación:

Colegio Juan Ramon Alegre: 207 (75'2 %). Rechazan: 68

Manuel Franco Royo: 127 (78'8 %). Rechazan: 34

CRAC Alloza: 12 (85'7%). Rechazan: 2, CRAC Ariño: 27(93'1%). Rechazan: 2

Total: 373 participantes

Resultados cuestionario previo cumplimentan 368:

1. Número de participantes que cumplimentan el apartado de alimentación de la encuesta inicial 368/total de participantes 373. (98'9%)

2. Adherencia a la dieta mediterránea, Kidmed: Baja adherencia: 29 (7'8%), necesita mejorar 189 (50'7%) y optima 133 (35'7%).

3. Test de actividad física Krece plus: bueno 74 (20'1%), regular 187 (50'80%), y malo 91 (24'7%).

4. HÁBITOS TOXICOS (solo alumnos de 5º y 6º curso = 151): han probado el tabaco. 6/121= 4'95%, fuman los fines de semana o fiestas. 0/121, fuman a diario. 0/121, han probado el alcohol. 16/121= 13'22%, consumen alcohol los fines de semana o fiestas. 0/121= 0

5. ACTITUD ANTE EL CONSUMO DE TABACO/ALCOHOL (promedio/5): 2,38 (tabaco) y 2'62 (alcohol): EN DESACUERDO O ES DIFÍCIL DE DECIDIR.

6. RESISTENCIA A LA PRESIÓN SOCIAL (promedio/5): 2'5: MEDIA Y ALTA.

CONCLUSIONES:

Con los resultados obtenidos hasta la fecha, sentimos necesario el trabajo en el aula y con los padres/tutores, para mejorar aspectos como, la adherencia a la dieta mediterránea, hacer un uso racional de las pantallas, fomentar la actividad física y fomentar la resistencia a la presión social y el consumo de drogas legales e ilegales.

C078/23 Mira tu entorno y decide con tu paciente

Primer Autor: *Emma Romero Arasanz*

Coautores: *Ana María García López, Susana Isabel López Sauras, Nuria Delgado Fañanas, Elena Pérez Oto, Dacil Lorenzo Ramírez, Sandra Cantin Polo, Antonio Gaspar Blasco*

Centro: Centro de Salud de Andorra

Resumen:

OBJETIVOS:

Principal: Mejorar la salud de la población.

- Identificar y visibilizar los activos y recursos de nuestra población, para difundir los activos para la salud.
- Recomendación individual de activos desde las consultas de atención primaria, reorientar nuestra práctica.
- Fortalecer la red social existente y favorecer nuevas.

MÉTODO:

Se ha elaborado un mapa en google maps en el cual se han localizado 45 activos en nuestra población, agrupados en 8 ámbitos: recursos sociales, asociaciones, actividades deportivas, mayores, infancia y juventud, tabaco, alimentación saludable y participación.

Se ha creado un código QR mediante el cual se accede a la información y descripción de cada activo señalado.

Para facilitar su difusión también se ha elaborado un tríptico, por una cara incluye el mapa con la leyenda de los activos agrupados por ámbitos y el código QR que da acceso a los activos señalizados; y por la otra cara la portada, diversas fotos de actividades y activos y logos de las diferentes entidades participantes.

RESULTADOS:

Se ha elaborado el mapa y el tríptico, esta pendiente de su impresión para que profesionales y población en general puedan usarlo como recurso.

CONCLUSIONES:

Es importante conocer los recursos para la salud existentes en nuestra población, saber donde se encuentran y utilizarlos como herramienta en la prevención, promoción y restablecimiento de la salud.

Por su valor y contribución a un modelo de salud positiva y desmedicalizado, hay que buscarlos, localizarlos en un mapa de activos y recomendarlos.

C079/23 Experiencia en vida real del uso de daratumumab en el tratamiento de pacientes con mieloma múltiple

Primer Autor: *Lucía Sopena Carrera*

Coautores: *José Manuel Vinuesa Hernando, María Aranzazu Alcácer López, Isabel Varela Martínez, Miriam Merchante Andreu, Mercedes Arenere Mendoza, María Angeles Allende Bandrés, Ana Palacios Aragonés*

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

La autorización de dos nuevas indicaciones de daratumumab en primera línea de tratamiento ha supuesto un gran paso en el tratamiento del Mieloma Múltiple (MM).

El objetivo del presente trabajo es describir el uso de daratumumab en la práctica clínica tras más de 6 años de experiencia en un hospital de tercer nivel.

MÉTODO:

Se realizó un estudio unicéntrico, retrospectivo y observacional en pacientes con MM tratados con daratumumab desde mayo de 2016 hasta septiembre de 2022. Variables recogidas: edad al diagnóstico, edad al inicio del tratamiento, tipo de MM, tipo de cadena ligera, presencia de mutaciones de pronóstico desfavorable, línea de tratamiento y trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (TASPE). La supervivencia se evaluó según la mediana de supervivencia libre de progresión (SLP) y de supervivencia global (SG), calculadas mediante el método Kaplan-Meier mediante el programa IBM SPSS Statistics v21.0.

RESULTADOS:

Se incluyeron 49 pacientes (57,1% hombres). Mediana de edad al diagnóstico de 71,6 (36,2 - 87,6) años.

Tipo de MM: 44,9% IgG, 28,6% IgA, 12,2% Bence-Jones, 10,2% oligosecretor y 4,1% IgD. La cadena ligera predominante fue la kappa (63,3%).

El 55,1% de los pacientes tenían mutación de pronóstico desfavorable: ganancia 1q (8), complejo citogenético (6), delección 17 (6), delección 13 (2), delección TP53 (1), t(4;14) (3), t(11;14) (2), t(14;16) (2).

Mediana de edad al inicio del tratamiento de 75,4 (38,9 - 88,8) años, mediana de línea de tratamiento 3 (1-9).

El 30,6% de los pacientes recibieron TASPE: el 24,5% antes del tratamiento con daratumumab y el 6,1% después.

Treinta y cinco pacientes (71,4 %) progresaron durante el tratamiento y la mediana de SLP fue de 6,5 meses (IC 95 %; 1,1 - 11,9). Veintiocho pacientes (57,1 %) fallecieron y la mediana de SG fue de 17,9 meses (95 % IC; 0,1 - 35,8). Trece pacientes alcanzaron una SG superior a 2 años.

CONCLUSIONES:

Este estudio demuestra que MM es una patología muy heterogénea cuyo pronóstico depende del perfil genético del paciente y de la respuesta al tratamiento.

Las diferencias de supervivencia con respecto a otros estudios pueden deberse a su uso en líneas de tratamiento muy tardías, demostrándose así su beneficio en líneas más tempranas.

C080/23 Estudio de uso de doravirina en personas que viven con vih en un hospital de tercer nivel

Primer Autor: Aritz Merchán Flores

Coautores: Mercedes Arenere Mendoza, Irene Navarro Pardo, Alberto Fermín Apesteguía El Busto, Edgar Fernández Alonso, María Del Puerto Pardo Jario, María De Los Reyes García Osuna, José Manuel Vinuesa Hernando

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Doravirina (DOR), un nuevo inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de nucleósidos, permite añadir una opción más al arsenal terapéutico frente al VIH. El objetivo consistió en analizar el motivo de cambio, tolerancia y respuesta a doravirina en pacientes de un hospital de tercer nivel con tratamiento antirretroviral (TAR) previo.

MÉTODO:

Estudio observacional y retrospectivo que incluyó a todos los pacientes en tratamiento con DOR entre octubre de 2020 y agosto de 2022.

Variables registradas: demográficas (edad y sexo), relacionadas con el tratamiento (número de esquemas previos, TAR actual, motivo de cambio y efectos adversos), y de respuesta [linfocitos CD4+ y CD8+, cociente CD4/CD8 y carga viral plasmática (CV) indetectable (<50 copias/ml) antes y después del inicio de DOR].

RESULTADOS:

Se incluyeron 14 pacientes [5 hombres (35,7%), 8 mujeres (57,1%), 1 hombre transgénero (7,1)], con mediana de edad de 49,5 años (30-65). La mediana de esquemas previos fue de 4 (0-8). Los esquemas en combinación con DOR fueron: Emtricitabina (FTC)/tenofovir alafenamida (TAF) (n=5, 35,7%), FTC/tenofovir disoproxilato (TDF) (n=4; 28,6%), bictegravir (BIC)/FTC/TAF, dolutegravir (DTG)/lamivudina (3TC), rilpivirina (RPV)/FTC/TAF, darunavir-cobicistat (DRVc)/FTC/TAF y TDF (n=1, 7,1%, respectivamente). Los motivos de cambio fueron: aumento de peso (n=7, 53,8%), intensificación de TAR (n=3, 23,1%), presencia de comorbilidades, aumento de colesterol total e intolerancia al TAR previo (n=1, 7,7%, respectivamente). Un sujeto (7,1%) refirió efectos adversos tras el cambio. La mediana CD4+, CD8+ y cociente CD4/CD8 previa versus (vs) introducción de DOR fue de 434 (235-2030) vs 393 (211-1683) células/mm³, 670 (282-1770) vs 619 (294-1152) células/mm³ y 0,703 (0,277-2,33) vs 0,813 (0,328-2,25), respectivamente. La CV fue indetectable en 9 pacientes (64,3%) vs 8 (57,1%) tras el cambio.

CONCLUSIONES:

El principal motivo de cambio a DOR se debió al incremento de peso con el TAR previo. La tolerancia fue satisfactoria, apareciendo efectos adversos en uno sólo de los pacientes. La respuesta tras el inicio de DOR fue ligeramente inferior en comparación con el TAR previo.

C081/23 Eficacia y seguridad de tildrakizumab en pacientes con psoriasis moderada-grave en un hospital de tercer nivel

Primer Autor: Aritz Merchán Flores

Coautores: María Ángeles Allende Bandrés, Irene Navarro Pardo, María Del Puerto Pardo Jario, Tránsito Salvador Gómez

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Tildrakizumab es un anticuerpo monoclonal anti Interleucina 23 indicado para el tratamiento de psoriasis en placas de moderada a grave en adultos candidatos a tratamiento sistémico. El objetivo de este trabajo fue evaluar la eficacia y seguridad de tildrakizumab.

MÉTODO:

Estudio observacional y retrospectivo de pacientes que recibieron tildrakizumab en un hospital de tercer nivel entre octubre de 2019 hasta el 10 de mayo de 2022.

Variables registradas: demográficas, clínicas y de tratamiento. La eficacia se calculó con el Psoriasis Area Severity Index (PASI) 75, 90 y 100 (proporción de pacientes que consiguieron reducción de al menos 75%, 90% y 100% del PASI basal en las semanas 16 y 28), y el porcentaje de pacientes que alcanzaron una puntuación del Static Physician Global Assessment (sPGA) 0 o 1 (piel blanqueada o casi blanqueada) en la semana 16 y 28. Como variables de seguridad se registraron las reacciones adversas (RA).

RESULTADOS:

Se incluyeron 23 pacientes (8 mujeres, 37,4%), con una mediana de edad de 53 años (23-83). La mediana de tiempo con tildrakizumab y con el tratamiento anterior fue de 6,5 (0,3-26,4) y 7 (1,8-152,7) meses, respectivamente. Al inicio del tratamiento, el 13,0% (3) tenía antecedentes de artritis psoriásica. La mediana de PASI al inicio fue de 6,6 (2-27,6). El 86,9% (20) había recibido tratamiento biológico [90,0% (18) con antiTNF α] y el 30,4% (7) con fototerapia. El motivo de cambio a tildrakizumab en todos los sujetos fue fracaso al tratamiento previo.

En la semana 16 se obtuvo el PASI y el sPGA de 13 y 11 pacientes, respectivamente. El 84,6% (11) alcanzó el PASI 75 y el 46,1% (6) alcanzó el PASI 90. Ninguno de ellos logró el PASI 100. El 72,7% (8) obtuvo una puntuación sPGA de 0 o 1.

En la semana 28 se registró el PASI en 9 pacientes y el sPGA en 7. El 77,7% (7) de los sujetos alcanzó el PASI 75, el 44,4% (4) el PASI 90 y el 22,2% (2) el PASI 100, objetivándose además que el 71,4% (5) obtuvo un sPGA de 0 o 1.

Ninguno de los sujetos experimentó algún efecto adverso a tildrakizumab.

CONCLUSIONES:

Tildrakizumab ha mostrado ser una opción efectiva y segura en el tratamiento para la psoriasis en nuestros pacientes.

C082/23 Programa de acogida de las pacientes en el momento del ingreso hospitalario. Unidades de ginecología y mama del H.C.U.L.B.

Primer Autor: *María Carmen Ruiz García*

Coautores: *Elena Matute Puerta, María Sagrario Gracia Calejero, Inmaculada Concepción Rocamora Rocamora, María De Los Ángeles Labrador Lobera, María José Millán Soriano, María Mar Guzmán Barranco, Inmaculada Celia García Ferrández*

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

General: Adaptar el programa de acogida de pacientes del servicio de ginecología del HCU-LB al Objetivo de Desarrollo Sostenible número 3 de la Agenda 2030.

Específicos: Identificar las necesidades propias de cada paciente al ingreso, trabajando hacia la calidad asistencial y la equidad en salud.

MÉTODO:

Este proyecto aúna los conocimientos obtenidos a través de la evidencia científica y la experiencia propia en el ámbito hospitalario, estableciendo un vínculo directo con el Objetivo de Desarrollo Sostenible número 3, que busca “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”.

Para ello, se ha desarrollado un programa de acogida, dirigido a las mujeres ingresadas en la unidad de ginecología del HCU-LB, con el fin de proporcionar una herramienta que ayude a la toma de decisiones; que estandarice la información evitando duplicidades y contradicciones; y que permita trabajar en la consecución del bienestar y el confort de las pacientes.

RESULTADOS:

Este programa recoge los aspectos organizativos que forman parte de la actividad sanitaria durante la hospitalización en el servicio de ginecología del HCU-LB. Permite orientar y facilitar la relación de las pacientes con el hospital de forma individualizada, teniendo en cuenta sus características personales, familiares, culturales y socioeconómicas. Los resultados de nuestro trabajo mejoran la calidad asistencial y la seguridad clínica, a través de un trato humano, directo, empático e interactivo. La búsqueda del bienestar y confort de las mujeres ingresadas mejora los resultados en satisfacción, seguridad, comodidad y certidumbre. Por otra parte, el conocimiento del entorno, del personal y de los horarios de las actividades, son variables que facilitan la mejoría física y mental durante todo el periodo de hospitalización.

CONCLUSIONES:

Recogemos los aspectos organizativos generales que regulan la actividad de la unidad de ginecología del HCU-LB, favoreciendo el bienestar y confort, estrechamente relacionados con la calidad asistencial y la seguridad clínica. Con este programa de acogida se responde, de forma integral, a las necesidades demandadas durante la hospitalización.

C083/23 Eficacia y seguridad de apalutamida en un hospital de tercer nivel

Primer Autor: *Lucía Sopena Carrera*

Coautores: *Maria Aranzazu Alcácer López, Miriam Merchante Andreu, Isabel Varela Martínez, Carina Bona López, José Manuel Vinuesa Hernando, Aritz Merchán Flores, Maria Reyes García Osuna*

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Apalutamida es un inhibidor selectivo del receptor de andrógenos indicado en cáncer de próstata (CP) hormonosensible metastásico (CPHSm) de alto riesgo y CP resistente a la castración no metastásico (CPRCnm) en combinación con terapia de privación androgénica (TPA).

Objetivo: evaluar la eficacia y seguridad de apalutamida en nuestro centro.

MÉTODO:

Estudio observacional retrospectivo desde enero 2019 hasta agosto 2022. Se incluyeron pacientes con CP en tratamiento con apalutamida. Variables: edad, tipo de CP, puntuación de Gleason al diagnóstico, tiempo de seguimiento con apalutamida, cirugía y/o radioterapia previa, presencia de metástasis y tipo.

La eficacia se calculó mediante la reducción del antígeno prostático específico (PSA) en sangre un mes después del tratamiento con apalutamida, al tercer y sexto mes. Se evaluó la seguridad en función de los eventos adversos (EAs) según Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) v5.0, interrupción o retraso del tratamiento.

RESULTADOS:

Se incluyeron dieciocho pacientes, mediana de edad 73 (63 - 85) años. Catorce pacientes tenían CPHSm y 4 CPRCnm. Mediana de la puntuación de Gleason al diagnóstico 7,5 (6 - 10). Mediana de tiempo de seguimiento 5,77 (1,70 - 14,92) meses.

Ocho pacientes habían sido intervenidos previamente: prostactectomía (4), linfadenectomía (3), resección transuretral de próstata (1). Once pacientes habían recibido radioterapia.

Catorce pacientes tenían metástasis, de tipo: óseas (9), ganglionares (9), musculares (1), hepáticas (1).

Todos los pacientes continúan en tratamiento con apalutamida. La mediana del PSA inicial fue de 0,90 (0,02 - 142) ng/ml. Después de un mes de tratamiento, el PSA se redujo en $\geq 50\%$ en el 70,59% de los pacientes; al tercer mes en el 88,67% (n=15) y al sexto mes en el 88,89% (n=9).

Once pacientes presentaron EAs: sudoración (4), astenia (3), diarrea (3), alopecia (2), eritema (2), pérdida de apetito (2), espasmos musculares (1) y colesterol y triglicéridos elevados (1). Dos pacientes tuvieron que suspender el tratamiento temporalmente debido a diarrea grado 3.

CONCLUSIONES:

En este estudio apalutamida ha demostrado ser un tratamiento eficaz en el control del CP con una reducción del PSA en un tiempo considerablemente corto. Sin embargo, se necesita más tiempo de seguimiento para evaluar si influye en la supervivencia de los pacientes. Apalutamida presenta un perfil de seguridad aceptable.

C084/23 Prescripción responsable de benzodiacepinas de uso crónico en el Centro de Salud la Jota

Primer Autor: *Francisco Javier Gómez Marcos*

Coautores: *Esther Gracia Soguero, Virginia Blasco Marco, Ángel Monteagudo Romero, Irama Iguez Marco, Paula Murciano Pascual, Belen Anso De Miguel, Silvia Margolles Gareta*

Centro: Centro de Salud Barrio Jesús

Resumen:

OBJETIVOS:

El objetivo principal es disminuir la prescripción crónica de benzodiacepinas en ansiedad e insomnio en los pacientes del CS La Jota.

Objetivos Secundarios: Formación del personal en prescripción y deprescripción de benzodiacepinas. Creación de material didáctico para su difusión.

MÉTODO:

Se solicitó a farmacia de sector pacientes con prescripción crónica de BZD a fecha de inicio de proyecto y a fecha de marzo de 2023. En dicho periodo se realizaron actividades formativas a personal sanitario, basadas en la evidencia científica actual y recomendaciones STOPP-START. Se realizó material didáctico para profesionales y pacientes que se difundió en el equipo y en las asociaciones de barrio. Se creó Consentimiento Informado para entregar en las consultas simbólico que recogía los principales efectos secundarios del uso crónico de las BZD. Se realizó una sesión comunitaria para la población interesada donde se abordó el consumo inadecuado de estos fármacos y el insomnio. Finalmente se ha procedido a interpretar los datos brutos.

RESULTADOS:

Se detectaron a fecha 30/06/2022, 4599 pacientes con prescripción activa de BZD en la ZBS de La Jota. A fecha 20/04/2023, fecha final del proyecto, existían 4252 prescripciones activas de BZD. Se logró disminuir la prescripción activa de BZD en un 7,54 %, logrando el objetivo del proyecto.

CONCLUSIONES:

Detectamos un alto consumo crónico de benzodiazepinas en la práctica clínica diaria. Para ayudar en esta prescripción adecuada y deprescripción, se necesita formación del personal que gane habilidades para su manejo y recursos comunitarios informativos para su abordaje y disminución de consumo.

C085/23 Atención a la salud en la residencia de mayores de Sarrión (Teruel)

Primer Autor: *María Teresa Lainez Lorente*

Coautores: *Sara Plou Izquierdo, Cristina Beser Morte, Begoña Martínez Ferrando, Claudia Chirea, Manuel Ruiz Carralero, Cristina Perez Diez*

Centro: Centro de Salud de Sarrión

Resumen:

OBJETIVOS:

Integrar la atención sanitaria de la residencia de Sarrión dentro de la organización del equipo de Atención Primaria (EAP) reforzando la atención a todos los usuarios identificando necesidades y dando respuestas. Lograr una atención más humanizada favoreciendo la toma de decisiones compartidas entre sanitarios y el paciente/familia/cuidadores.

MÉTODO:

Se comienza con la designación de referente dentro del EAP y reunión con la Dirección del centro residencial, trabajadores y residentes para explicar objetivos y detectar necesidades. Se informó a los familiares de la realización de este proyecto.

En historia de OMI de cada uno de los residentes se abrió un episodio “atención a la salud en residencia de ancianos” (Z29) donde se añaden las distintas escalas de valoración realizadas por enfermería y planes de cuidados.

Se realizan revisiones farmacoterapéuticas para detectar duplicidades y fármacos inadecuados. Tras cada ingreso una nueva adecuación y optimización farmacológica.

Se han realizado sesiones formativas, sobre manejo de hipertensión, diabetes, alimentación y primeros auxilios.

RESULTADOS:

Comienza el proyecto en mayo 2022 con un total de 23 residentes, durante este periodo han fallecido 3, y en el último mes ha habido 4 ingresos.

Todos los residentes tienen en OMI un episodio abierto “atención a la salud en residencia de ancianos” y además cumplimentadas las escalas de Barthel, Pfeiffer, ESTE II, MEC y los planes de cuidados.

El porcentaje de trabajadores que asisten a cada una de las sesiones formativas es pequeño debido a que la mayoría viven fuera de la localidad, para solucionar este problema la Dirección de la residencia se comprometió a difundir las sesiones a todos los trabajadores.

El porcentaje de revisiones farmacoterapéuticas en este momento es del 100%. Antes de realizarlas se imprimió la medicación que tenían pautada y se comprobó que en un 10% había duplicidades y un 23% los fármacos eran inadecuados. En el 80% de revisiones ha sido necesaria modificación de tratamientos o cambios en las pautas.

Se solicitaron menús semanales y tras comprobar exceso de grasas y pocos vegetales, se propusieron modificaciones.

CONCLUSIONES:

Ha mejorado la coordinación entre el Centro de Salud y la residencia. Ha disminuido el número de llamadas por parte de las trabajadoras de la residencia a Atención Continuada. La revisión de los medicamentos prescritos adecuándolos a la situación clínica del paciente se ha traducido en menos efectos secundarios y mejor control de patologías.

C086/23 Telefarmacia otra forma de atención al paciente ambulatorio desde un hospital terciario.

Primer Autor: *Rafael Carlos Rivas Gil*

Coautores: *Tamara Blanco Espeso, Aliseda Romero Ruíz, Jesús Caro Isnard*

Centro: Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez

Resumen:

OBJETIVOS:

Descripción de una nueva forma de atención al paciente ambulatorio desde el Servicio de farmacia y que ha dado lugar a la mejora de la calidad asistencial, contribuyendo a mejorar las condiciones de vida de algunos pacientes con tratamientos crónicos y al mismo tiempo evita el colapso en el área de pacientes externos de un hospital terciario.

MÉTODO:

Desde el área de pacientes ambulatorios y con ayuda del programa de gestión, se da información al paciente de la posibilidad de acogerse al programa de, siempre que este cumpla unas condiciones expresadas en la primera cita con el farmacéutico, además se le hace entrega de un tríptico informativo para su consulta. Una vez que el paciente expresa su voluntad de entrar en el programa solo tendrá que ponerse en contacto con su farmacia comunitaria para poder recibir su tratamiento con plena garantía y desde el Servicio de farmacia le será enviada su medicación, por medio de un distribuidor farmacéutico externo. Al mismo tiempo queda expresado que en el caso de incumplimiento de alguno de los deberes dicho servicio será revocado.

RESULTADOS:

Tras el estudio de los datos obtenidos del programa de gestión de pacientes externos cabe destacar que un 55% de los pacientes atendidos en el área se han acogido al programa, siendo en su mayoría personas de un rango de edad entre 50-67 años. Al mismo tiempo se comprueba que han disminuido las consultas presenciales diarias, solamente acuden aquellos pacientes necesarios pasando a un total de ± 110 pac. /día. Siendo los pacientes acogidos al mismo personas mayores que viven a una distancia mayor de 50Km o personas con actividad laboral entre otras.

CONCLUSIONES:

Se ha comprobado que tras la implantación del servicio han ganado tanto los pacientes asistenciales, ya que disponen de más tiempo para sus consultas, como los acogidos al programa que llevan una vida más normalizada.

C087/23 Resultados iniciales de los registradores de eventos en el diagnóstico etiológico de las palpitaciones en cardiología

Primer Autor: *Daniel Mesequer González*

Coautores: *Angela Juez Jimenez, Paola Casanova Esteban, Ana Lozano Martin, Maria Angeles Villalobos Rueda, Ana Ester Guardia Galicia*

Centro: Hospital de Alcañiz

Resumen:

OBJETIVOS:

Evaluar la rentabilidad diagnóstica y los tiempos de espera y diagnóstico de los registradores de eventos portátiles Kardia[®] en el diagnóstico etiológico de las palpitaciones en una consulta de Cardiología, mediante la obtención de un electrocardiograma (ECG) en cualquier momento y lugar, así como su comparación frente al Holter-ECG.

MÉTODO:

Se entregó un registrador de eventos portátil Kardia[®] a pacientes derivados a Cardiología por palpitaciones no diarias de frecuencia >1/mes y duración >1min, con el que registrar un ECG durante los síntomas y poder enviarlo por correo electrónico a la cuenta institucional del servicio para su valoración. Se registraron los datos demográficos y las fechas de derivación a Cardiología, de préstamo del dispositivo, del primer evento registrado y de la devolución del dispositivo, así como el diagnóstico electrocardiográfico y el tratamiento o manejo recibido. Se compararon los tiempos con la demora media y mínima para colocación de un Holter-ECG durante el año 2022.

RESULTADOS:

Entre enero y marzo de 2023 recibieron el Kardia[®] un total de 15 pacientes (80% mujeres, edad media 47 ± 13 años). La demora media desde la solicitud hasta el préstamo fue de 9 ± 7 días frente a la de 97 días del Holter-ECG durante 2022 (demora mínima de 35 días en diciembre). El tiempo mediano desde el préstamo hasta la recepción del primer registro diagnóstico fue de 2 [0,10] días. Se alcanzó un diagnóstico en 12 pacientes, lo que supone un rendimiento diagnóstico del 80%. Los diagnósticos más frecuentes fueron las palpitaciones con ECG normal (46,7%), la taquicardia paroxística supraventricular (13,3%), la extrasistolia supra o ventricular sintomática (13,3%) y la fibrilación auricular (6,7%). Hubo 3 pacientes (20%) sin diagnóstico etiológico al mes por ausencia de episodios, siendo uno de ellos diagnosticado simultáneamente de anemia severa. Las principales limitaciones relacionadas con su uso fueron la falta de comprensión suficiente de su modo de uso en pacientes de edad avanzada y la incompatibilidad del dispositivo con los smartphone de algunos pacientes.

CONCLUSIONES:

Los registradores de eventos portátiles permiten confirmar o descartar el origen arritmico de las palpitaciones de forma rápida, cómoda para el paciente y con elevada rentabilidad diagnóstica. Su bajo coste y nulo mantenimiento lo hacen una opción más coste-eficiente que la colocación de un Holter en las palpitaciones de frecuencia no-diaria.

C090/23 Programa de mejora del seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes de salud mental a tratamiento con ácido valproico

Primer Autor: *Olalla Frade Pedrosa*

Coautores: *Ana María Saénz Ballobar, Licet Tatiana Durán Sandoval, Manuel González Panzano, Sandra Figuerola Falcó, Cristina González Carrión*

Centro: Unidad de Salud Mental Alcañiz

Resumen:

OBJETIVOS:

- Incrementar la seguridad de los pacientes que reciben tratamiento con ácido valproico.
- Informar a los pacientes que reciben tratamiento con ácido valproico de los beneficios y riesgos del tratamiento.

MÉTODO:

- Creación de un documento con información básica para los individuos que inician el tratamiento, describiendo los beneficios y riesgos.
- Creación de un documento de consentimiento informado para ser firmado por el paciente o el tutor legal del paciente, que va a recibir el tratamiento.
- La recogida de los datos fue realizada entre todos la responsable y colaboradores, una vez al mes se ponían en común los datos y se trasladaban a una base de datos, tras lo cual hemos podido obtener los datos expuestos.

RESULTADOS:

- De las mujeres en edad fértil, a las cuales se les decidió dar el tratamiento con ácido valproico, por la pobre respuesta a otros fármacos, y en relación con una mayor proporción de los beneficios frente a los riesgos de pautar dicha medicación. Se ha decidido que ante el alto riesgo de teratogenidad que provoca dicho fármaco en el feto, hay que asegurarse una buena anticoncepción. Por lo tanto, hemos tenido una nula prevalencia de mujeres embarazadas desde que aplicamos este protocolo.
- En correspondencia con el porcentaje de pacientes a los cuales se les realizó una monitorización correcta, podemos decir que es de un 75%, debido a la dispersión geográfica de nuestra área sanitaria y las dificultades ocasionales con las que se encuentra nuestra población para poder acceder a los recursos sanitarios.

CONCLUSIONES:

Tras lo anteriormente expuesto podemos concluir que ninguna mujer en edad fértil se quedó embarazada, y que las personas sean más conscientes de la medicación que se les pauta, de los riesgos y de los beneficios de la misma, y de la necesidad de unos controles periódicos de los niveles de la misma en sangre.

C091/23 Mejorando la preparación preoperatoria de los pacientes programados para cirugía. Hoja informativa personalizada

Primer Autor: *María Fabiola Modrego Aznar*

Coautores: *Luis Miguel García Aguirre, Carmen Barrio Adiego, Isabel Sancho Sarriá, Pilar Berrozpe Delso, Julia Gallardo Gimeno, Javier Longás Valien*

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

- Diseñar una Hoja Informativa Preoperatoria (HIP), con indicaciones generales y pautas personalizadas que el paciente debe realizar previamente a la cirugía.
- Analizar el grado de satisfacción de los pacientes con la HIP.
- Analizar la integración de la HIP en la consulta preoperatoria.

MÉTODO:

Trabajo retrospectivo descriptivo.

Se incluyeron los pacientes intervenidos en 2022 en el HCU Lozano Blesa (HCULB): adultos > 16 años, ambos sexos. Se excluyeron aquellos que no pudieran comprender lo escrito en la HIP.

En el primer semestre 2020 se diseñó la HIP por anestesiólogos y enfermeras de consulta de Anestesia. De junio a septiembre 2021 se invitó a los pacientes a completar una encuesta de satisfacción de forma anónima. Se recogieron 79 encuestas.

En la población muestral se midieron los Indicadores: porcentaje de HIP entregadas, número de intervenciones suspendidas y retrasadas. Se realizó estadística descriptiva de los resultados. Los datos incluidos fueron solicitados al Servicio de Información para la Gestión del HCULB.

RESULTADOS:

- En el año 2022 se realizaron 7.378 estudios preoperatorios en consulta. El número de HIP entregadas a los pacientes fue de 6.879 (93,25%) (el estándar marcado era >90%).
- El 83,54% de los pacientes manifestó estar muy satisfecho y el 16,46 % satisfecho con la HIP.
- En la planilla anual facilitada por el Servicio de Información para la Gestión no se recogen datos de las intervenciones retrasadas, pero se recogen las causas que obligan a suspender las intervenciones programadas (IP): empeoramiento/enfermedad aguda (6,9%), falta de tiempo (9,83%), falta de preparación del paciente (14,66%), no consta (22,54%), orden del cirujano (34,16%), paciente no acude (7,69%) y varios ítems más con escaso valor cuantitativo.
- En el ítem "Falta de preparación del paciente" no se detalla el motivo. Por tanto, no podemos cuantificar el porcentaje de reducción en los indicadores: número de operaciones suspendidas o retrasadas por mala preparación de los pacientes en 2022.

CONCLUSIONES:

- El 100% de los pacientes se encuentran Satisfechos o Muy satisfechos con la HIP lo que demuestra la buena acogida.
- La HIP se encuentra integrada en la consulta de Anestesia.
- Como objetivo futuro se planteó recoger las causas que motivan la suspensión de IP por "mala preparación del paciente" y así podremos evaluar el objetivo del Proyecto:<10%.

C094/23 El Centro de Salud de Calatayud en Facebook e Instagram

Primer Autor: *Alberto Royo Villa*

Coautores: *Ruth Hernández Gil, María Josefa Ponce Lazaro, Sara Candel Corrochano, Lara Guillén Tobajas, Elisa García Simón, Luz Divina Mata Crespo, Jorge Sánchez Melús*

Centro: Centro de Salud Calatayud Norte

Resumen:

OBJETIVOS:

- Mostrar el centro de salud a la población general.
- Informar sobre aspectos sanitarios, organizativos y recursos disponibles del centro.
- Fomentar la promoción, educación para la salud y la prevención de enfermedades.
- Promover la autonomía del paciente y el uso de activos para la salud.

MÉTODO:

- Se solicitará permiso a Dirección de Atención Primaria del Sector Calatayud y al gabinete de la consejera de Sanidad.
- Se procederá a crear las cuentas de Facebook e Instagram, unificando el contenido en ambas cuentas.
- Se realizará una primera sesión informativa y 2-3 reuniones anuales para comentar resultados y aportar mejoras.
- Se dará la mayor difusión posible a través de carteles informativos en las salitas de espera del centro de salud y en los tablones de anuncios del centro, así como a través de la radio local y otras cuentas en redes sociales.
- Se actualizará la información de forma periódica y se recogerán las sugerencias de los usuarios.

RESULTADOS:

Se han analizado 2 indicadores:

1) Indicador de cobertura:

- % de publicaciones semanales: Nº de publicaciones por semana/semanas-año X 100. Permite valorar el grado de actividad en nuestras cuentas. Objetivo: 80-100%.

2) Indicador de impacto:

- % obtenidos en pequeñas encuestas realizadas a través del formato "stories": Nº de usuarios con interés por un determinado tema de salud/total de usuarios X 100. Permite valorar el interés de la población por determinados temas de salud y su participación. Objetivo: 40-60%. A fecha 24/4/23 hemos publicado un total de 63 publicaciones, lo que supone un 146% del objetivo planteado al año. En cuanto al segundo indicador se ha objetivado una participación media del 8.44% en las diferentes encuestas realizadas a través del formato "stories".

CONCLUSIONES:

- Existe una gran aceptación de ambas redes sociales, con un aumento progresivo del número de seguidores, sobre todo en Facebook.
- El perfil de los seguidores es diferente en Facebook e Instagram, dependiendo del grupo de edad.
- Mantenemos un % de publicaciones alto, aunque el % de participación esta por debajo de los objetivos planteados.

C095/23 Educar en Salud. Programa de formación sobre el pie diabético a profesionales sanitarios de atención primaria.

Primer Autor: *Nuria Delgado Fañanás*

Coautores: *Alba Blasco Celma, Ainoa Albiol Falcó*

Centro: Sector A.P. Alcañiz

Resumen:

OBJETIVOS:

Objetivo principal:

Evaluar la eficacia de un programa de formación para personal sanitario de atención primaria sobre el pie diabético con el fin de conseguir un alto conocimiento sobre este tema.

Secundario: Desarrollar intervenciones educativas de carácter grupal que potencien los conocimientos de los sanitarios en el área del pie diabético.

MÉTODO:

El tipo de estudio a realizar sería un estudio piloto de tipo cuasiexperimental. A la comunidad que recibe la intervención se le pasará una encuesta previa a la realización de las sesiones y tras las mismas, se volverá a pasar la encuesta para realizar una comparación de los conocimientos obtenidos con la intervención.

Los candidatos a estudio serán los enfermeros de seis centros de salud de Aragón, elegidos a través de la técnica de conveniencia, realizándose la intervención a tres de los centros seleccionados entre ellos por azar por la técnica de muestreo aleatorio simple.

Se estima un tamaño muestral de cuarenta y dos enfermeros entre los seis centros.

RESULTADOS:

Finalmente, el número de centros de salud que han participado en el estudio han sido un total de cinco, por lo que el número de participantes se ha reducido a 39.

De estos, 22 han sido los participantes del grupo caso a los que se les ha realizado la intervención y 17 han sido los que han formado parte del grupo control.

A pesar de que el total de participantes ha sido de 22, solamente han contestado, de momento, a la encuesta post intervención un total de 7 participantes, por lo que se puede decir que el estudio no está finalizado.

Es necesario reflejar que el estudio continuará con el fin de conseguir una comparación analítica para afirmar de forma más exacta la realidad de la mejora en aquellos participantes intervenidos.

CONCLUSIONES:

Si consideramos los datos obtenidos hasta la fecha, se podría comprobar que estas intervenciones temporales y de duración corta, son beneficiosas para los profesionales, ya que conocen conceptos de actualidad científica, les permite debatir y comentar con los compañeros aportando conocimientos actualizados en el tema.

C097/23 Mejora de la cobertura del programa de cribado de cáncer de cérvix en el medio rural del Sector III.

Primer Autor: *Judith Macia Lapuente*

Coautores: *Ana Rosa Irache Ferrandez, Rebeca Amayas Lorao, Maria Idoya Gale Ederra, Beatriz Castellote Colas, Laura Villalba Cubero, Maria Dolores Perun Perera, Gema Lucia Mainar Josa*

Centro: Unidad de Atención A La Mujer Sector III Rural

Resumen:

OBJETIVOS:

Aumentar en un 2% el cribado del cáncer de cérvix en las mujeres con edades comprendidas entre los 25 y 65 años en el medio rural del sector III.

MÉTODO:

Se ha detectado una baja cobertura en el cribado de cáncer de cérvix a lo largo del año 2021, por lo que las matronas del Sector III hemos decidido llevar a cabo este proyecto para mejorar los resultados.

Se consideran las áreas a mejorar y se plantean actividades para alcanzar el objetivo propuesto:

Ofrecer información respecto a la prueba de cribado :

- Sesiones clínicas a los miembros de los Equipos de Atención Primaria (EAP)
- Elaboración de un cartel informativo y su difusión: radio, redes sociales, tablones de información de centros cívicos, centros de salud.
- Charla a la población general.

Aumentar la captación oportunista de las mujeres y recuperar informes de cribados llevados a cabo en clínicas privadas.

RESULTADOS:

A la espera de los datos porcentuales volcados del programa informático, se aprecia subjetivamente un aumento en el número de pruebas de cribado realizadas desde la puesta en marcha de las actividades descritas.

Los indicadores serían:

1- Porcentaje de mujeres entre 25 y 34 años con citología realizada en cada Zona Básica de Salud (ZBS):

Numerador : 27,24% de mujeres entre 25 y 34 años con citología realizada en 2021

Denominador: 29,24 de mujeres entre 25 y 34 años con citología realizada en 2022.

2- Porcentaje de mujeres entre 35 y 65 años con test virus del papiloma humano (HPV) realizado en cada ZBS:

Numerador: 15,20% de mujeres entre 35 y 65 años con test HPV realizado en 2021.

Denominador: 17,20 % de mujeres entre 35 y 65 años con test HPV realizado en 2022.

La fuente de datos de ambos, sería la realización y registro de citología y/o de HPV.

CONCLUSIONES:

Se es consciente de la pérdida de registros de las pruebas realizadas en otras clínicas.

El cribado oportunista y no sistemático, parece ser una obstáculo para alcanzar un alto porcentaje del mismo.

Desde la coordinación de los diferentes EAP de las ZBS, se debería facilitar la realización de las sesiones clínicas.

C098/23 Trabajamos para la comunidad y nos importa tu opinión, tú también formas parte.

Primer Autor: *Patricia Betrián Herrera*

Coautores: *Silvia Casas Soro, Eva Cardil Fonz, Margarita Urrea Sasot, Patricia Millanes Gallinat*

Centro: Centro de Salud de Fraga

Resumen:

OBJETIVOS:

Crear un “consejo de juventud”.

Unificar las actividades que se realizan en la zona de salud y coordinarnos todos los que trabajamos con jóvenes para remar hacia la misma dirección.

Conocer las inquietudes de los jóvenes de nuestra zona de salud.

Crear una puerta abierta para los jóvenes, facilitar su acceso al Centro sanitario.

MÉTODO:

Mediante escucha activa, actividades y colaboración de diferentes entidades se detectan situaciones de riesgo. Al conocerlas se realiza soporte, atención directa, aportando información o asesoramiento en temas de educación para la salud y prevención de riesgos.

Se actúa desde el respeto y la empatía hacia el adolescente así como desde la privacidad y la confidencialidad. Es en esos ambientes donde se manifiestan prematuramente los signos de alerta de problemas de salud, en los cuales la detección precoz y coordinada puede ser la primera acción para iniciar un proceso de ayuda a las necesidades, muchas veces manifestadas en conductas de riesgo. Se realizan actuaciones en grupo a demanda, según los intereses comunes de grupos de iguales.

RESULTADOS:

Proyecto muy bien aceptado en la comunidad, se han realizado diferentes talleres sobre primeros auxilios y RCP al profesorado y monitores de diferentes asociaciones juveniles con un gran número de participantes.

Se realizan sesiones con Guardia civil, fundación cruz blanca y centro de salud para abordar temas sobre pornografía infantil a través de los diferentes puntos (desde la legalidad, desde las consecuencias que sufren las personas con maltrato y desde la salud mental de la persona afectada).

Tras conocer las diferentes características de cada centro educativo se realizan trípticos desde pediatría para fomentar y acercar el centro de salud a todas las familias, todo esto nos ha ayudado a tener una mejor asistencia a estos menores y a tener una buena comunicación con los centros en caso de ser necesario.

CONCLUSIONES:

Se mejora la salud de los adolescentes, promocionando la salud y prevención de la enfermedad, mejoramos su bienestar biopsicosocial, promovemos la adquisición de conocimientos para manejar su salud de manera satisfactoria y empoderarlos. Se detectan precozmente los problemas de salud de los alumnos y situaciones de vulnerabilidad.

C101/23 Dispensación segura de medicamentos en el área de pacientes externos del servicio de farmacia de un hospital secundario

Primer Autor: *Yolanda Aguilar Gascón*

Coautores: *Andrea Pinilla Rello, Eva Queipo García, Sara Jubierre Palos, M^a Isabel Mir Cases, Rosa M^a Roca Ponz, Ana Isabel Fort Julián*

Centro: Hospital de Alcañiz

Resumen:

OBJETIVOS:

Describir el proceso de dispensación segura en pacientes externos para asegurar la trazabilidad y la seguridad del tratamiento dispensado por las técnicas auxiliares de farmacia (TAF), además de analizar los errores evitados mediante este proceso.

MÉTODO:

Estudio descriptivo de la dispensación segura en pacientes externos. Se recogieron el número de envases reetiquetados durante 2 semanas, detallando principios activos y presentación comercial. Además, se comparó con el periodo previo sin reetiquetado y se analizaron los errores evitados y detectados con la dispensación segura. Detallar que la etiqueta del reetiquetado es una etiqueta DOMO y contiene un código de barras que identifica: código H del medicamento (principio activo, dosis, forma farmacéutica y número de unidades por envase), código nacional, lote y caducidad.

RESULTADOS:

La dispensación segura comienza en el reetiquetado de los envases: la TAF recibe la medicación y subraya en el albarán si el medicamento pertenece a pacientes externos, dejándolo en una caja sin colocar. Las administrativas lo reciben en el programa de gestión generándose un número de albarán interno que escriben en el albarán del proveedor, dejando los albaranes en la caja junto a la medicación. La TAF desde gestión accede al reetiquetado con el número de albarán interno e imprimen las etiquetas que colocarán en el envase. Al dispensar en el programa de externos realizan dispensación segura leyendo el código de barras del reetiquetado. Si coincide con la prescripción podrán dispensarlo y si no les salta un error para que lo revisen.

En 2 semanas se reetiquetaron 901 envases, siendo el 50,7%: epoetina alfa, somatropina, colistimetato, omalizumab y darbepoetina alfa. En 8 meses sin reetiquetado detectamos 15 errores. Desde que se realiza dispensación segura los posibles errores de dispensación no llegan al paciente al interceptarse antes de dispensar, reduciéndose al 100%.

CONCLUSIONES:

La dispensación segura en pacientes externos consigue reducir al 100% los errores de dispensación, aumentando la seguridad de este proceso y mejorando la calidad asistencial que recibe el paciente. El reetiquetado de medicamentos realizado por las TAFs es imprescindible en este proceso.

C102/23 Proyecto de mejora en el manejo del síndrome confusional agudo en urgencias.

Primer Autor: *Laura Lafarga Molina*

Coautores: *Marta Manero Solanas, Silvia Garces Horna, Maria Mar Pes Laguna, Ana Teresa Castan Gracia, Patricia Rios Lamas, Pilar Royo Cabezudo, Alodia Del Val Lafaja*

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

- Potenciar la detección precoz del síndrome confusional agudo (SCA) en urgencias y dotar al personal de las herramientas para su manejo en las salas de observación de urgencias.
- Adquirir las competencias necesarias para la detección precoz del SCA.
- Implementar en el programa informático PCH el uso de la escala de valoración CAM.

MÉTODO:

El proyecto de implantación de la guía de práctica clínica basada en la evidencia sobre la detección precoz del delirio y síndrome confusional agudo se inició en las unidades de medicina interna (UMI) y el servicio de urgencias (SU), siguiendo la metodología PACES, (Practical Application of Clinical Evidence System) recomendada por Joanna Briggs Institute (JBI).

A raíz de la puesta en marcha de las recomendaciones basadas en la evidencia propuestas por JBI, se decidió implementar un proyecto de calidad propio para fomentar la orientación de los pacientes ingresados en las salas de observación del SU del Hospital Universitario Miguel Servet, desde junio de 2022 hasta la actualidad.

RESULTADOS:

Tras la formación del grupo de trabajo: En primer lugar, conseguir que la escala CAM estuviese disponible en el sistema de registro de nuestra unidad PCH, objetivo que ha sido alcanzado y analizar los conocimientos previos de las enfermeras en cuanto al manejo del síndrome confusional agudo en urgencias, a través de un cuestionario; con el fin de detectar necesidades reales de conocimiento y dirigir las sesiones formativas a su resolución.

Se realizó un análisis DAFO del proyecto tras la formación de los equipos y se replanteó el cronograma y las actividades dirigidas tanto a los enfermeros como a los pacientes.

Se creó una infografía para facilitar la información a los enfermeros y se planteó poner en marcha la formación de nuestro personal.

Desde el punto de vista estructural, ya se han conseguido relojes análogos y digitales con calendario incorporado para todas nuestras salas de observación y se sigue trabajando en los aspectos que puedan ayudar y minimizar el riesgo de síndrome confusional agudo de nuestros pacientes.

CONCLUSIONES:

Se ha dado respuesta a varias de las actividades marcadas como prioritarias para el inicio del proyecto y comenzaremos ahora una nueva etapa de formación del personal y de motivación para registrar la escala CAM y llevar un control de los pacientes susceptibles de sufrir un síndrome confusional.

C103/23 Proyecto piloto de un taller de Educación Afectivo-Sexual al alumnado de 5º Primaria del Colegio San Valero de Alcañiz.

Primer Autor: *Alba Blasco Celma*

Coautores: *Ainoa Albiol Falcó, Sheila Naya Puerto, Ángela Delgado Monge, Esther Pérez Angosto, Maritza Toro Segovia, Goretti Gómez Tena, Raquel Montero Plumed*

Centro: Centro de Salud de Alcañiz

Resumen:

OBJETIVOS:

- Contribuir a la adquisición de conocimientos, actitudes y habilidades que fomenten una sexualidad saludable.
- Conocer las diferentes facetas y dimensiones de la sexualidad.
- Reconocer los órganos sexuales y utilizar un lenguaje correcto.
- Identificar los cambios que se producen en la adolescencia tanto física, emocional y socialmente.

MÉTODO:

Estudio analítico antes/después con intervención educativa mediante un taller de educación afectivo sexual con los alumnos de 5º de Primaria del Colegio San Valero de Alcañiz.

Se incluyeron todos los alumnos de la clase, 23 participantes. Los criterios de exclusión fueron no pertenecer a la clase y no asistir a la sesión formativa.

El proyecto se inició con la cumplimentación de un cuestionario previo de conocimientos, elaborado por el equipo de investigación y ceñido al contenido del taller.

Se programó una sesión formativa en el colegio en la que participaron 2 enfermeras, 2 residentes de enfermería familiar y comunitaria y 1 matrona.

Finalmente se completó el cuestionario posterior de conocimientos y una encuesta de satisfacción.

RESULTADOS:

La muestra estuvo formada por 13 mujeres (56.5%) y 10 hombres (43.5%) con edades comprendidas entre 10 y 11 años.

El cuestionario se dividió en 3 bloques, con un total de 20 ítem:

1. Ejercicio de verdadero o falso sobre cuestiones relacionadas con la autoestima, las relaciones afectivas y concepto de sexualidad.
2. Actividad para identificar las partes de los genitales externos masculinos y femeninos en las imágenes.
3. Ejercicio sobre los cambios físicos y psicológicos en la adolescencia, indicar si se producen en el sexo femenino, masculino o ambos.

El número de alumnos que acertaron más de 15 preguntas en el cuestionario previo fue de 15 (75%), mientras que en el posterior 18 (90%).

El bloque de identificar los genitales es el que más variabilidad recogió con resultados de entre 2 y 9 aciertos en el cuestionario previo sobre 9 ítem. Se obtuvo un total de aciertos superior a 6 preguntas de 11 alumnos en el previo y de 14 en el posterior.

El bloque de los cambios en la adolescencia es el que más aciertos alcanzó, logrando resolver todas las preguntas el 87%.

CONCLUSIONES:

El estudio refleja la necesidad de información afectivo sexual. Es preciso ofrecer una información correcta y adaptada a sus necesidades, empezando por afianzar la autoestima y las relaciones afectivas, con una perspectiva de igualdad y respeto desde edades tempranas para evitar las ideas erróneas que tienen los jóvenes sobre sexualidad.

C104/23 Proyecto colaborativo de adquisición de competencias PET/TC en la Unidad Multihospitalaria de Medicina Nuclear de Aragón

Primer Autor: Ana M^a Olmedo Chiva

Coautores: María Calderón Calvente, Marina Falgás Lacueva, Luis Martín Del Barco Díez Canseco, Nila Angélica Canchumanya Huatucu, Vanesa Aina Monterde, Rubén Eito Cuello, Leticia De La Cueva Barrao

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

En 2023 entrará en funcionamiento en el Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) un nuevo equipo PET/TC. El objetivo de este proyecto es la formación del personal sanitario no facultativo de forma que adquieran competencias en el manejo de equipos, seguridad clínica, protección radiológica y radiofármacos y pacientes PET.

MÉTODO:

Se realizó una reunión del personal sanitario facultativo junto con el supervisor de enfermería para analizar las necesidades formativas, establecer un plan de trabajo, diseñar un programa docente para el personal técnico y de enfermería del HUMS y fijar criterios de cumplimiento, indicadores y evaluación del alcance formativo.

El programa docente constó de actividades teóricas y prácticas. La formación teórica se llevó a cabo mediante sesiones presenciales en el Servicio de Medicina Nuclear del HUMS, impartidas por el personal sanitario facultativo, y con sesiones de autoformación online, mediante un gestor documental. La formación práctica se realizó en el Servicio de Medicina Nuclear del Hospital Clínico Universitario (HCU).

RESULTADOS:

Con el fin de evaluar el alcance de la formación se desarrollaron unos indicadores de cumplimiento de los programas teóricos y prácticos y se realizó un registro de asistencia a las sesiones formativas, tanto presenciales como online. Todos los participantes asistieron entre 50-100% de las sesiones presenciales (media 86.67%) y justificaron su ausencia en todos los casos. Además, accedieron a la totalidad de los contenidos facilitados en la plataforma web.

El personal se benefició de la formación práctica en el HCU, alcanzando asistencia del 90%. Al finalizar la misma y de cara a valorar la experiencia, se distribuyó una encuesta entre los participantes mediante correo electrónico y presencialmente. Cumplimentaron las encuestas el 100% de los participantes y un 87.5% de las valoraciones de la formación fueron “muy buena” o “buena”. El 100% consideró útiles los conocimientos teóricos adquiridos para los días de formación práctica y el 87.5% consideró los días de formación suficientes.

CONCLUSIONES:

Con la implantación del plan formativo, el personal sanitario no facultativo ha podido adquirir las competencias necesarias para la correcta puesta en marcha del nuevo PET/TC. Esta formación redundará en el beneficio del paciente gracias a la formación especializada, no solo técnica, sino también en seguridad clínica y protección radiológica.

C105/23 Seguimiento del paciente en Cirugía Mayor Ambulatoria desde la consulta de enfermería

Primer Autor: *Fabiola Giménez Andrés*

Coautores: *Rocio Egea Espada, Esperanza Real Cordero, Maria Montserrat Rubio Oliva, Mercedes Trallero Lahoz*

Centro: Hospital de Alcañiz

Resumen:

OBJETIVOS:

Mejorar la calidad asistencial mediante el control de la trazabilidad del paciente durante todo el proceso de CMA desde la consulta de enfermería. Asegurar el cumplimiento de los criterios necesarios. Mayor adherencia, implicación y satisfacción del paciente, disminución de la ansiedad y el estrés. Disminución de ingresos postintervención.

MÉTODO:

Realización de tres consultas de enfermería a lo largo de todo el proceso

- Primera consulta: presencial
 - o Valoración psicosocial del paciente.
 - o Explicación del circuito que se realizará durante todo el proceso.
 - o Comprobar e incidir en la correcta toma de la medicación domiciliaria previa.
 - o Recomendaciones generales para el ingreso en la unidad.
 - o Soporte de toda la información en papel con número telefónico de contacto.
- Segunda consulta: telefónica el día anterior a la cirugía.
 - o Realización del cuestionario de comprobación de criterios.
 - o Resolución de dudas y/o preguntas.
- Tercera consulta: telefónica el día posterior a la cirugía.
 - o Realización del cuestionario postintervención.
 - o Alta dentro del programa de CMA

RESULTADOS:

Mayor adherencia y entendimiento del paciente en su proceso.

Mejora de la calidad asistencial mediante la aplicación de los protocolos específicos de cada consulta de enfermería adecuando y teniendo en cuenta en la misma al paciente, nivel social, edad, patología, etc.

Agilidad y eficacia del proceso (ingreso, cirugía y alta) gracias a las sucesivas consultas de enfermería donde se han detectado las necesidades a tener en cuenta y se han resuelto previamente.

Aumento de la confortabilidad y satisfacción del paciente.

Desde la apertura del servicio en Marzo del 2019 hasta Marzo del 2023 han sido programadas 4819 cirugías mediante CMA (57,11 % de las totales realizadas en el Hospital de Alcañiz), 92 han requerido ingreso hospitalario postintervención. 30 no se han realizado (según registro desde 2021). A su vez se han realizado 9561 consultas de enfermería presenciales y telefónicas.

CONCLUSIONES:

Enfermería cumple un papel fundamental en el control de la trazabilidad del paciente en la CMA, siendo los principales responsables. La consulta de enfermería es un pilar fundamental de este control para que se desarrolle correctamente. La experiencia demuestra que este control y la ejecución de los protocolos de actuación mejoran la calidad.

C106/23 Mapeo, evaluación y escalado de innovaciones Covid.

Primer Autor: *José Manuel Almudí Igado*

Coautores: *Fernando Abadía Bádenas, Diana Ruiz Bueno, Alba De Martino Rodríguez*

Centro: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud

Resumen:

OBJETIVOS:

Recopilar las acciones innovadoras presentadas durante las Jornadas de Trabajo sobre Calidad en Salud, ediciones XIX y XX, para estudiar la posibilidad de que sean transferidas a otros centros o contextos y su continuidad tras la situación de pandemia.

MÉTODO:

- 1.- Selección de 30 comunicaciones de innovaciones covid agrupadas en 5 categorías.
- 2.- Diseño de herramienta de escalado teniendo en cuenta Replicabilidad, Independencia y Transferencia.
- 3.- Recogida de información de autores mediante autoevaluación de sus respectivas acciones innovadoras en la herramienta de escalado.
- 4.- Sesión de evaluación con pacientes.

Participantes: Longcovid, AECC, ASAPME, Foro Aragonés de Pacientes, Escuela de Salud de Aragón, Asociación Aragonesa de Enfermedades Neuromusculares.

- 5.- Sesión de evaluación con decisores.

Participantes: Hospital San Juan de Dios, Dirección Enfermería AP sector Zaragoza III, Direcciones AP sectores Zaragoza II y III, SACA, Centro de Gestión Integrada de Proyectos Corporativos.

RESULTADOS:

Se cuenta con un catálogo de acciones innovadoras con alto potencial de escalabilidad. Cada iniciativa cuenta con una ficha con breve descripción, beneficios, barreras, información aportada por los autores y feedback recogido de pacientes y decisores.

Los decisores señalan positivamente dedicar espacios a recoger la visión de pacientes y profesionales así como favorecer las sinergias entre la Dirección General de transformación digital, innovación y derechos de los usuarios y las acciones innovadoras presentadas, deseando su respaldo.

Las asociaciones de pacientes también apreciaron su participación en el proceso y desean ayudar a priorizar las acciones innovadoras en salud y enriquecerlas a través de su feedback.

Por todo ello, se plantea el interés de generar espacios de colaboración y sinergias con estos y otros agentes, que permitan generar un incremento de conexiones y enriquecer desde diferentes visiones y experiencias las acciones innovadoras existentes para conseguir que se extiendan de manera más amplia y que su impacto sea mayor.

CONCLUSIONES:

Propuesta siguientes pasos:

1. Crear un prototipo de catálogo digital e integrar el formulario con el proceso de recogida de comunicaciones en colaboración con SACA.
2. Revisar el prototipo con potenciales usuarios (decisores, profesionales, asociaciones, etc.).
3. Puesta en marcha y difusión.
4. Impulsar las iniciativas mejor valoradas.

C107/23 Reenvasado de soluciones orales en el servicio de farmacia de un hospital secundario

Primer Autor: Yolanda Aguilar Gascón

Coautores: M^a Isabel Mir Cases, M^a Josefina Giner Nicolás, Sandra Sancho Asensio, M^a Isabel Escobar Jiménez, Eva Natividad Beltrán Mosegui, M^a José Martínez Ferri

Centro: Hospital de Alcañiz

Resumen:

OBJETIVOS:

Describir cualitativa y cuantitativamente el reenvasado de soluciones orales prescritas en pacientes adultos en un hospital secundario con el fin de evitar errores de vía de administración en la hospitalización.

MÉTODO:

Estudio descriptivo del proceso de reenvasado de las soluciones orales preparadas y dispensadas por las técnicas auxiliares de farmacia (TAFs) del Servicio de Farmacia de un hospital secundario, desde 01/01/2023 hasta 31/03/2023. Cuantitativamente se recogieron: principio activo, concentración y dosis del reenvasado, nº de unidades preparadas, nº de pacientes y nº de dispensaciones totales. Cualitativamente se describió el proceso para llevar a cabo este reenvasado en términos de gestión.

RESULTADOS:

Durante 3 meses, se prepararon 1266 reenvasados de soluciones orales para 67 pacientes con 445 dispensaciones. Los reenvasados fueron (n=1266): cloperastina 3,54mg/ml 10ml(54,8%), cloperastina 3,54mg/ml 5ml(331,1%), domperidona 1mg/ml 5ml(8,1%) y metoclopramida 1mg/ml 10ml(4,0%). En cuanto a los pacientes (n=67): 50,7% cloperastina 3,54mg/ml 10ml, 32,8% cloperastina 3,54mg/ml 5ml, 9,0% metoclopramida 1mg/ml 10ml y 7,5% domperidona 1mg/ml 5ml.

El proceso de reenvasado realizado por las TAFs consiste en: cogen los vasos dosificadores y con una jeringa de 5 o 10 ml, según proceda, se extrae el volumen correspondiente para transferirlo al vaso monodosis. Se etiqueta cada vaso con principio activo, concentración, volumen, lote y caducidad, nombre del paciente y cama. Se da un mes de caducidad a estos reenvasados, posteriormente se recomienda desechar. Para que figure en gestión, se elabora en el módulo de mezclas de Farmatools® con el fin de contabilizarlo como stock y que se descuente cuando lo dispensan a los pacientes hospitalizados, quedando completa la trazabilidad.

CONCLUSIONES:

Con el reenvasado de soluciones orales para pacientes adultos hospitalizados reducimos los posibles errores que pueden tener lugar al cargar la solución oral en una jeringa y administrarlo por vía intravenosa, enviando desde el Servicio de Farmacia las soluciones orales reenvasadas en vasos monodosis con el volumen exacto a administrar por vía oral.

C108/23 Percepciones de los alumnos de enfermería en su primer día de estancias clínicas a través del análisis reflexivo.

Primer Autor: *María Sarasa Hernández*

Coautores: *Marta Polo Martínez, Loreto García Moyano, Ana Casbas Biarge*

Centro: Escuela de Enfermería de Huesca

Resumen:

OBJETIVOS:

Principal: Realizar un estudio piloto para conocer las percepciones de los alumnos de enfermería en su primer día de estancias clínicas, a través del análisis reflexivo.

Específicos:

- Definir las categorías o temas de las reflexiones analizadas.
- Determinar los factores relevantes que influyen en la vivencia del alumno.

MÉTODO:

Estudio de tipo cualitativo, fundamentado en la teoría narrativa, ya que se pretende recolectar datos a través de la experiencia personal de los alumnos de la Escuela de Enfermería de Huesca. La técnica de recogida de información que se utilizó son las reflexiones del primer día de prácticas. La información se transcribió en el procesador de texto Word para ser importada al programa MAXQDA, en su versión 12.

RESULTADOS:

Se han identificado diversas categorías entre las que se encuentran:

Horas previas al comienzo de las prácticas, dentro de la categoría percepción y emociones del alumno en las primeras horas/día previo al primer día de prácticas, encontramos cuatro códigos que son nervios, incertidumbre, ilusión y miedo.

El equipo de profesionales de las diferentes unidades, los alumnos expresaron tener una buena acogida al comienzo de sus prácticas por parte de los profesionales destacando de ellos la disposición a enseñar y la confianza que les proporcionaban.

La unidad y el tipo de pacientes, los principales sentimientos que aparecen en los alumnos al comienzo de tratar a los pacientes, son de miedo e inseguridad ante un ambiente no conocido y con poca experiencia.

CONCLUSIONES:

La realización de prácticas en este tipo de unidades es percibida como un escenario al que los alumnos tienen cierto grado de respeto y miedo al inicio de las prácticas. Se sienten inseguros durante las primeras horas y van ganando confianza con el paso del turno.

C109/23 La experiencia de la pandemia ha mejorado la calidad de la atención hospitalaria pacientes con infecciones respiratorias

Primer Autor: *Francisco Javier Moliner Lahoz*

Coautores: *Joana Jimenez Lainez, Beatriz Sanz Julve, Paula Garcia Del Toro, Esther Juberias, Pilar Tejero Tomas, Maria Amparo Boquera Albert*

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Analizar la casuística de pacientes con infecciones respiratorias víricas ingresados en el HCU en esta temporada y en las previas, para determinar posibles factores relacionados con la calidad asistencial y los resultados.

MÉTODO:

Análisis de los datos de 887 pacientes hospitalizados en el HCU en la temporada 22/23 con infecciones respiratorias víricas: Gripe, Covid-19, Virus respiratorio sincitial (VRS) y Rinovirus. El diagnóstico se realizó mediante PCR (Alinity m Resp-4-Plex Assay, Abbott y CLART FastPneumoVir, Genomica).

Variables del paciente y de la asistencia. La situación al alta, días de estancia y caso nosocomial se consideraron resultados indicativos de calidad. El resto de variables se analizaron como posibles predictores de resultados.

Se comparó los datos de 259 pacientes con gripe con los 264 y 309 de las temporadas 2018-19 y 2019-20.

Análisis: Tabulación de resultados, comparación de proporciones, significación estadística con $p < 0.05$

RESULTADOS:

Este año ha descendido la proporción de casos nosocomiales de gripe (3,1% frente a 10%), como consecuencia de diagnósticos más precisos y rápidos y de mejoras en la cultura de prevención. También la estancia hospitalaria (9 días) y la tasa de mortalidad (5%) han sido menores que en temporadas anteriores.

En la temporada 22/23, la Covid-19 ha tenido el doble de mortalidad que la gripe o el VRS, mayor duración de la estancia (15 días frente a 9), y entre 4 y 5 veces más casos nosocomiales.

La incidencia de Covid-19 nosocomial fue distinta entre áreas del Hospital, hasta el 70% de los casos Covid-19 en las áreas de cardiología, cirugía vascular o psiquiatría, frente al 6% en medicina interna, lo que podría estar asociado con el cumplimiento de las medidas de precaución y con factores de los pacientes.

El 3% de los casos de gripe y el 4% de los de VRS fueron nosocomiales, diferencias no significativas, aunque en estos diagnósticos se aplica diferentes tipos de precauciones (gotas para la gripe, estándar para el VRS).

CONCLUSIONES:

La experiencia de la pandemia ha permitido mejorar la calidad de la asistencia. Se recupera la incidencia de gripe y sabemos más del VRS. La Covid-19 sigue teniendo alta incidencia y alta contagiosidad, pero menor mortalidad. Monitorizar la incidencia de casos hospitalarios ayuda a establecer hipótesis y a tomar medidas preventivas y asistenciales.

C110/23 Necesidad de mantener abierto el laboratorio de microbiología fines de semana y festivos en un hospital de tercer nivel

Primer Autor: Irene Mata Treviño

Coautores: Marta Vicente López, Belén Pascual Salgado, Silvia Lorente Martín, Vanesa Ramos Abril

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Conocer el nº de muestras que llegaron al laboratorio los fines de semana y festivos el último trimestre de 2022 y que % supone.

Conocer el trabajo que se realiza en el laboratorio fines de semana y festivos.

Conocer el nº de hemocultivos positivos en ese horario y periodo.

Justificar la NECESIDAD de mantener la actividad en fin de semana.

MÉTODO:

Se ha revisado de forma retrospectiva el número muestras de bacteriología y PCR que se recibieron en el laboratorio durante el último trimestre del 2022, así como de todos los hemocultivos que han positivizado (totales y en fin de semana y festivo) durante este periodo, y el porcentaje que suponen.

Se monitorizó el número de hemocultivos totales recibidos en este periodo (9111), así como los que positizaron en total (1294), y los que positizaron durante fin de semana o festivos (275). El diagnóstico temprano de bacteriemia o fungemia de forma temprana conlleva un avance en el tratamiento del paciente, ya supone una amenaza para los pacientes puesto que se manifiesta desde síntomas leves hasta un shock séptico con fracaso multiorgánico.

RESULTADOS:

Se recibieron alrededor de 4000 Muestras en Fin de Semana o festivo, lo que supone entre el 12% -13% de las muestras totales recibidas en el periodo observado. Todas ellas se programaron y almacenaron en condiciones adecuadas dentro de nuestro laboratorio, después de haberlas sembrado o trabajado.

HEMOCULTIVOS POSITIVOS

- Totales: 1294 muestra (14,2%) de los recibidos (9111).
- Fin de Semana o festivo: 275 muestras (21,25% del total de positivos).

PACIENTES:

- Se ha diagnosticado de forma temprana una posible infección (entre 24h y 72 antes).
- 150 pacientes se han podido beneficiar de un tratamiento dirigido o adecuado durante el periodo estudiado

CONCLUSIONES:

Se da un SERVICIO COMPLETO desde Microbiología al resto del hospital.

Se realiza un diagnóstico temprano (24-72h) de una posible bacteriemia o fungemia.

Posibilidad de pautar un tratamiento dirigido en estos pacientes, en lugar del tratamiento empírico.

Posibilidad de descartar patógenos causantes y evitar tratamientos innecesarios.

C111/23 Proyectemos juntos nuestra realidad mediante la Planificación Compartida de la Atención

Primer Autor: *Concepción Gómez Cadenas*

Coautores: *Olga Pérez García, Lourdes Ortiz Villanueva, Nuria Esteban Perez, M^a Soledad Sebastian Hernando, M^ajesús Almazán Calve, Isabel Rilova Fernández, Jesús Herrero Gómez*

Centro: Centro de Salud Villel

Resumen:

OBJETIVOS:

Facilitar a los ciudadanos la participación en la toma de decisiones sanitarias, desde la comprensión y el acompañamiento.

Fomentar la creación de consultas monográficas dedicadas a realizar Planificación Compartida de la Atención (PCA) en Atención Primaria (AP).

Asesorar y ayudar a los profesionales de AP de Teruel a conocer la PCA y realizar.

MÉTODO:

En 2018 se creó la primera consulta monográfica en Villafranca del Campo. En 2022 se implanta en el Centro de Salud de Villel. Ambas consultas ofrecen la posibilidad de realizar PCA tanto en consulta y en domicilio.

La captación de los pacientes se realizó mediante charlas comunitarias y de manera pro-activa con pacientes crónicos o en final de vida en ambos centros de salud.

Se ofrece la ayuda en la realización del DVA a usuarios que lo demandan, integrándolo en una PCA breve que asegura su comprensión (especialmente ahora, en el contexto de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia), en las consultas de Villel y en Teruel. Si el paciente no puede desplazarse, será la enfermera del ESAD quien lo realice en su domicilio.

RESULTADOS:

Varias de las PCA/DVA fueron a petición de los usuarios tras actuaciones comunitarias. Otras de manera pro-activa con pacientes crónicos o en final de vida.

- Hasta el momento, en torno a quince PCA en los centros de salud de Monreal del Campo y Villel. En Monreal 5, (1) con DVA
- En Villel, 10 registros de PCA, 4 con DVA. De ellos 9 son pacientes crónicos o en situación de final de vida y 1 es una "persona sana concienciada" que solicitó hacer DVA y se realizó PCA acompañada.
- Se ha asesorado a otros profesionales, para que facilitaran el acceso y la redacción del DVA a sus pacientes en situaciones muy delicadas. No ha sido posible integrar estas en procesos de PCA (2) tras la LORE varias personas "sanas" solicitan asesoramiento para hacer su DVA acompañado de PCA (5 en Villel) para registrar que es capaz y es su voluntad solicitar eutanasia si en un futuro están en situación de contexto eutanásico. Varios de estos no pertenecen al CS por lo que no se ha podido hacer el registro de la PCA (4), en estos momentos se está valorando hacerlo directamente en Historia Clínica.

CONCLUSIONES:

La consulta monográfica es un buen recurso para implantar la PCA/DVA en Teruel.

Integrar el DVA en la PCA da garantías al paciente y a los profesionales.

Imprescindible habilitar registro de la PCA en HCE en una pestaña con acceso a todos los profesionales del sector.

La PCA Incrementa la coordinación entre niveles asistenciales y aporta calidad.

C112/23 Mejora en la atención al paciente con diabetes. Detección precoz del pie diabético

Primer Autor: *Alejandro Bierge Valero*

Coautores: *Julia Ibáñez Catalán*

Centro: Centro de Salud de La Almunia

Resumen:

OBJETIVOS:

Aumentar la cobertura del servicio de atención al paciente diabético en Atención Primaria.

Detectar precozmente la existencia de Pie Diabético.

MÉTODO:

Con carácter semestral se hará a los pacientes diabéticos la determinación de hemoglobina glicada y se les citará en consulta.

Estas consultas serán realizadas por medicina y por enfermería.

En la primera consulta programada se realizará en los pies inspección, exploración de sensibilidad, exploración de reflejo aquileo y rotuliano y palpación de pulsos pedio y tibial posterior. Se registrarán estos datos, el valor de la hemoglobina glicada y si es o no fumador.

En la segunda cita programada, se realizará una exploración con doppler de pulsos tibial posterior y pedio y el índice tobillo/brazo.

Se excluirán a pacientes inmovilizados y a aquellos que presenten patología que impida su colaboración.

RESULTADOS:

La colaboración entre medicina y enfermería ha mejorado la cobertura del servicio de atención al paciente diabético al aumentar su captación activa.

La estandarización del proceso de atención al paciente diabético ha aumentado el número de pacientes a los que se ha realizado una exploración completa (inspección, exploración neurológica y exploración vascular) de los pies.

Un 82,24% de los pacientes diabéticos incluidos en el proyecto tienen al menos una exploración de los pies.

En las exploraciones realizadas se ha detectado de forma precoz a un 8 % de pacientes con neuropatía, a un 12,5% pacientes con vasculopatía y a un 4,5% con ambas afectaciones.

CONCLUSIONES:

Tener un procedimiento estandarizado para la atención al paciente diabético aumenta la cobertura del servicio y favorece que se realice una exploración completa.

Mejorando la cobertura del servicio, mejora el control del paciente diabético y la detección precoz de complicaciones, lo que permite su tratamiento de forma temprana.

C113/23 Propuesta de estudio multicéntrico para monitorizar la incidencia de daño innecesario por la asistencia sanitaria (días)

Primer Autor: *Francisco Javier Moliner Lahoz*

Coautores: *Irantzu Bengoa Urrengoechea, Julian Mozota Duarte, Myriam Saenz De Guinoa Sentre, Gyanna Haydee Canaan, Ana Stanic*

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Implementar un sistema de revisión de casos de eventos adversos para aplicar en estudios multicéntricos.

Monitorizar la incidencia de eventos adversos mediante un cribado con la herramienta Global Trigger Tools (GTT), y la revisión de casos en la Comisión de Seguridad. Los casos notificados al SiNASP son una fuente complementaria de información.

MÉTODO:

Durante 2021 y 2022 se revisaron 499 historias clínicas con la metodología GTT, detectando en el 12,6% de ellas un evento adverso. Durante 2022 el SiNASP registró 53 notificaciones, en 15 de las cuales se pudo acceder a la historia del paciente.

Se estudiaron esos casos para detectar las “palabras clave” con que se registra esta información en las historias. Se analizó la validez del sistema de revisión por expertos, revisando los casos en la Comisión de Seguridad y adaptando un formulario con definiciones estandarizadas. Se emplearon técnicas de consenso en grupo para proponer la sistemática de evaluación.

Se analizaron los resultados mediante tabulación de los mismos y un análisis cualitativo mediante discusión en grupos focales.

RESULTADOS:

A partir de los criterios de búsqueda GTT se elaboró una primera lista de 40 términos que repetidos en los EA en las historias. La revisión de los casos de EA registrados (85 de GTT más 15 de SiNASP) redujo esta lista a 20 palabras clave, de las que se consideraron términos más específicos algunos como: accidental, adverso, error, errónea, caída o iatrogénica. El uso de aplicaciones de software adecuadas permitirá la búsqueda de estas palabras en las historias clínicas en la primera fase de estudio de los EA.

La revisión de casos ha permitido elaborar un formulario de análisis con definiciones estandarizadas de los conceptos: daño producido, mecanismo de producción, grado de daño, evitabilidad, tipo de fallo y existencia de fallo de seguridad.

Las herramientas de búsqueda automatizada y la revisión estandarizada permitirán plantear estudios multicéntricos que produzcan información basada en tamaños de muestra más grandes y faciliten la comparación entre centros y unidades.

CONCLUSIONES:

Conocer la incidencia sin tener referencias ni comparativas es una forma incompleta de conocer. En seguridad de pacientes, sabemos que compartir información es una de las claves para avanzar en las mejoras. Tener un sistema común para la medición de EA es posible, sólo requiere acordar instrumentos, momentos y tamaños muestrales, y voluntad.

C115/23 Control y prevención de las UPP en pacientes con terapia ECMO VV en la UCI Polivalente del Hospital Miguel Servet.

Primer Autor: *Eva María Blasco Serrano*

Coautores: *Beatriz López Perales, Natalia Becerril Ramírez, Marta Biota Pérez, Noelia Andrés Castel*

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

- Identificación de las UPP (úlceras por presión) más frecuentes en pacientes con ECMO VV (membrana de oxigenación extracorpórea veno-venoso).
- Mejorar los cuidados en este tipo de pacientes.
- Reducir la incidencia de UPP en pacientes con ECMO VV.

MÉTODO:

Este trabajo se ha realizado durante 16 meses en los años 2022 y 2023 en la UCI (unidad de cuidados intensivos) Polivalente del Hospital Universitario Miguel Servet. Se ha llevado a cabo, primero, una búsqueda bibliográfica en bases de datos nacionales e internacionales, y posteriormente, se ha realizado un estudio observacional descriptivo transversal, efectuando una recogida de datos durante este tiempo para conocer las UPP que han aparecido en los pacientes ECMO VV que han estado ingresados en este servicio.

RESULTADOS:

Los cuidados de enfermería son primordiales en los pacientes con terapia ECMO VV. Debido a la inestabilidad hemodinámica y al riesgo de decanulación, este tipo de pacientes permanecen inmóviles durante tiempos prolongados, favoreciendo la aparición de UPP. La movilización en estos pacientes puede ser un riesgo vital, pero no debemos olvidar los cuidados necesarios durante la inmovilización para prevenir complicaciones posteriores. La importancia de la labor de enfermería radica en la identificación de los riesgos y la prevención de UPP mediante cuidados específicos.

La recogida de datos se realizó a lo largo de 16 meses en la UCI Polivalente del HUMS, durante este tiempo estuvieron ingresados 16 pacientes con terapia ECMO VV, con una estancia media de 63,19 días y una duración media de 29,81 días de terapia ECMO VV. En 5 pacientes se registraron UPP en occipital, 1 nasal, 2 en oreja, 1 en comisura labial, 1 en lengua, 2 faciales, 2 en espalda, 2 en glúteo, 5 en sacro, 4 en talón (1 ambos talones), 1 en tobillo y 2 en ambos pies.

CONCLUSIONES:

Escuchar a un paciente crítico también es saber observar sus necesidades, determinar los riesgos y saber prevenirlos. Como conclusión de los datos obtenidos, vemos que las UPP más frecuentes en este tipo de pacientes son en occipital, sacro, talón y pie. Conociendo estos datos podremos poner especial interés en prevenir este tipo de úlceras.

C117/23 Implantación de un tubo único en el Laboratorio de Eritropatología para determinaciones en suero

Primer Autor: *María Esther Franco García*

Coautores: *Beatriz Martínez Lázaro, María Del Mar Moles Guerrero, Victoria Murillo Cortés, María Ángel Julián Ansón, Ana María Rubio López, Soledad Pastor Gracia, Jose Antonio Moreno Chulilla*

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

En mayo de 2022 implantamos, en el marco de un acuerdo de gestión con Salud (Proyecto de Mejora nº 2022#931), un procedimiento para reducir el número de tubos de suero necesarios para las determinaciones de vitamina B12 y/o fólico y/o metabolismo del hierro, mediante la creación de una nueva etiqueta para un tubo único.

MÉTODO:

Desde esa fecha, mediante la creación de una nueva etiqueta única, el laboratorio de Eritropatología del Sº de Hematología del centro proyectó utilizar un único tubo para las mencionadas determinaciones y reducir el número de tubos de suero utilizados, ya que hasta entonces la petición electrónica de Modulab generaba una etiqueta para el tubo para vitamina B12 y/o fólico y otra para el del metabolismo del hierro. Etapas del proceso: modificar la petición electrónica para generar una nueva etiqueta común (abril 2022); adecuar los analizadores a la nueva petición electrónica (junio 2022); comprobar el correcto funcionamiento del proceso (junio 2022) y valorar la marcha del mismo (trimestral desde julio 2022).

RESULTADOS:

En el trimestre previo a implantar el tubo único recibimos un total de 2344 tubos duplicados para la realización de metabolismo del hierro y vitamina B12 y/o fólico. Tras iniciar el proceso del tubo único para la determinación de vitamina B12 y/o fólico y/o metabolismo del hierro, se recibieron duplicados un total de 12 tubos entre el 01/07/2022 y el 30/09/2022, 7 tubos duplicados entre el 01/10/2022 y el 31/12/2022 y 1 entre el 01/01/2023 y el 31/03/2023. Esto supuso reducir significativamente (más del 99% de reducción) el número de tubos de suero duplicados, con la consiguiente reducción del coste y también beneficio para el paciente.

CONCLUSIONES:

El resultado de la creación del tubo único para la determinación de vitamina B12 y/o fólico y/o metabolismo del hierro ha sido satisfactorio en cuanto a la rápida y notable reducción de tubos de suero duplicados, con el consiguiente ahorro económico y mejora para el paciente.

C118/23 Optimización de la hemoglobina preoperatoria. Experiencia de nuestro centro en PBM

Primer Autor: Victoria Murillo Cortés

Coautores: Maria Del Mar Moles Guerrero, Natalia María Gemperle Ortiz, Sonia Angos Vazquez, Clara García Castell, Maria Esther Franco García, Beatriz Martínez Lázaro, Jose Antonio Moreno Chulilla

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Valorar la PBM (Patient Blood Management) en nuestro centro. PBM es una estrategia multidisciplinar para optimizar la hemoglobina (Hb) preoperatoria del paciente y así reducir morbilidad intrahospitalaria, mejorar recuperación y pronóstico, reducir costes y prevenir la sobretransfusión en cirugía, aumentando la disponibilidad de hemoderivados.

MÉTODO:

Estudio descriptivo, retrospectivo y unicéntrico que incluye 151 pacientes con anemia precirugía, derivados por Anestesia entre 1 abril 2021 y 31 octubre 2022. Se recogieron datos demográficos, analíticos (Hb, ferritina e índice de saturación de transferrina (IST): inicial, precirugía y postcirugía). El tratamiento para optimizar la Hb se inició tras valoración del paciente por un hematólogo y se basó en administrar hierro oral (FeO) y/o intravenoso (FeIV), vitamina B12+fólico o agentes estimulantes de la eritropoyesis (EPO), dependiendo del tipo de anemia. Se utilizó la plataforma e-Delphyn® para verificar si los pacientes habían requerido transfusión de concentrados de hematíes y el número transfundido.

RESULTADOS:

Se incluyeron en PBM 151 pacientes: edad 34 a 90 años (76,82% edad >60); 78 varones y 73 mujeres. Causa de anemia: digestiva 56,74%, urológica 19,86%, ginecológica 15,60%, traumatológica 2,13% y otros 5,67%. Intensidad de anemia al inicio de PBM: leve 33,33%, moderada 63,83% y severa 2,84%. Tipo de anemia: 40,43% proceso crónico, 37,59% ferropénica y 13,48% mixta. El 97,35% de los pacientes recibió tratamiento con FeIV (92,06% hierro carboximaltosa entre 500 y 3500 mg; 1,97% hierro sacarosa entre 200 y 600 mg; 2,32% ambos tipos de FeIV); el 2,65% de los pacientes recibió solo FeO. En el 65,56% del total se asoció tratamiento con EPO (epoetina alfa, entre 1-5 dosis de 30.000 UI) y el 11,92% añadieron vitamina B12+fólico. La mediana de tiempo desde el inicio del tratamiento hasta la cirugía fue de 20 días. Con el tratamiento aumentó la cifra de Hb en el 80,14% de los pacientes, con 1,93 d/dL de aumento promedio de Hb. En el 19,86% de los pacientes no se logró mejorar el nivel de Hb de partida. El 87,94% de los pacientes incluidos en PBM no requirió transfusión en el perioperatorio.

CONCLUSIONES:

A pesar de la complejidad que supuso implementar un programa de PBM en nuestro centro, se ha demostrado que éste mejora significativamente los niveles de hemoglobina preoperatoria, reduciendo la necesidad de soporte transfusional perioperatorio.

C119/23 Evolución de la legionelosis en los últimos cinco años (2018-2022) y evaluación de una intervención de mejora en el SIL

Primer Autor: Sara Arnal Leal

Coautores: Elena Alvarado Sánchez, María Riesgo Magaña, Helena García López, Javier Alcón Flores, Juan Sahagún Pareja, María Ángeles Ruíz Andrés, Rafael Benito Ruesca

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Analizar la incidencia de casos de enfermedad por *L. pneumophila* en los últimos 5 años y evaluar el resultado de la intervención en el sistema informático de laboratorio SIL para incrementar el aislamiento mediante cultivo para su caracterización.

MÉTODO:

Se analizaron las 9228 muestras de pacientes con solicitud de antigenurias para *Legionella pneumophila* (inmunocromatografía, Operon®) recibidas entre 2018 y 2022 en el HCU Lozano Blesa de Zaragoza. De los pacientes con resultado positivo, en 31 se recibieron muestras respiratorias para cultivo (BCYE Agar, Oxoid®, a 37°C, incubación 10 días). Los aislamientos de legionella se identificaron por espectrometría de masas (MALDI-TOF, Bruker®). Además, a 6 muestras se les realizó PCR (Pneumonia Panel plus, FILMARRAY, BIOFIRE®). En 45 casos se realizó serología (CLIA, Vircell®).

RESULTADOS:

Se detectaron 76 casos (0,82%) de las 9228 antigenurias: 2018, 1475 peticiones, 16 (1,08%); 2019, 1457 peticiones, 12 (0,8%); 2020, 1999 peticiones, 7 (0,35%); 2021, 2136 peticiones, 17 (0,79%); 2022, 2161 peticiones, 24 (1,11%).

A partir de 2020, aunque el número de peticiones fue mayor, los positivos y su porcentaje no aumentó significativamente, ya que se realizaron más peticiones por protocolo de COVID.

La mayoría de positivos, 60 (78,95%), fueron hombres de 60-79 años, 22 (36,67%) y en los meses de otoño-invierno, 40 (52,63%), por meses fue mayo de 2022 con 5 (6,57%). El Servicio con más casos fue Urgencias 41 (53,95%).

De los 76 pacientes con antigenuria positiva, se recibieron 31 muestras respiratorias (MR). Antes de la configuración de la regla en el SIL, se recibieron 9 y tras su configuración aumentó a 22 en el mismo periodo (2.5 años). De los cultivos sólo en 2 (6,45%) creció *L. pneumophila*; además en 6 se realizó Filmarray, de estos, 2 (33,33%) fueron positivos. El 66 (86,84%) de los pacientes se trataron con fluoroquinolonas y la mortalidad total fue del 30,26%.

CONCLUSIONES:

La *Legionella* es un patógeno importante cuya mortalidad es del 30.26%. Su aislamiento mediante cultivo es imprescindible para su posterior caracterización. Debido a la difícil obtención de MR o ausencia de ésta, se incorporó un comentario automático en el SIL que aumentó el envío de MR en un 144 % (de 9 a 22 en el mismo periodo de tiempo).

C120/23 Mejora continua de la trazabilidad informática del material quirúrgico y su repercusión en la seguridad del paciente

Primer Autor: *Marta Utrilla Ibarben*

Coautores: *Alejandro Requejo Ortega, Sarah Leal Ucar*

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Mejorar la calidad y la seguridad de las intervenciones quirúrgicas mediante la trazabilidad del instrumental. Actualización continua de la base de datos del programa informático, disminuyendo errores asociados. Recoger información sobre desviaciones detectadas, adoptar medidas correctoras y oportunidades de mejora. Implantar estándares de calidad.

MÉTODO:

La trazabilidad permite obtener el control integral del material quirúrgico a lo largo de todas sus fases y reconstruir las condiciones en que se realizó el proceso de esterilización gracias a la monitorización y validación de los múltiples indicadores.

Desde 2020, el HCU Lozano Blesa cuenta con trazabilidad informática completa gestionada por el programa Instacount®, desde la recepción del material hasta su distribución. El objetivo principal es la seguridad del paciente, ya que la etiqueta de trazabilidad del instrumental utilizado debe aparecer en la historia clínica. Debería tenerse presente el modelo de análisis de riesgo "Queso suizo" para reducir los posibles efectos adversos y supervisar continuamente los procesos de esterilización.

RESULTADOS:

En función de los indicadores establecidos para el control de los procesos de esterilización, en la CE del HCULB, durante el año 2022:

- Se hicieron 7495 ciclos de lavado: 10 errores de lavado. Constituyen un 0,13% (el estándar es <5%).
- Se prepararon 34056 contenedores: 23 errores de preparación. Suponen <0,1% (el estándar es <0,2%).
- Se realizaron 5188 ciclos de esterilización en vapor: 38 ciclos fueron nulos. Configuran un 0,73% (el estándar es <1,8%).
- Se efectuaron 2292 ciclos de esterilización en peróxido de hidrógeno: 85 ciclos fueron nulos. Son un 3,7% (el estándar es <4%).
- Se distribuyeron 117764 contenedores estériles: 14 errores de distribución. Representan un 0% (el estándar es 0%).

A tenor de los datos, podemos observar el cumplimiento de los indicadores dentro de los parámetros de calidad establecidos, lo cual supone una mayor seguridad de utilización del material quirúrgico reprocessado en el paciente.

CONCLUSIONES:

Usando el modelo de análisis de riesgo "Queso suizo", podemos asimilar cada etapa del proceso asistencial a un segmento con sus debilidades o "agujeros" que si se alinean pueden dar lugar a un gran fallo con repercusiones en el paciente, concluyendo que la trazabilidad informática supone una garantía del control de los procesos de esterilización.

C121/23 Proyecto GATEKEEPER. (H2020 – PN857223). Nueva tecnología de telemonitorización para paciente crónico en domicilio.

Primer Autor: Rosana Anglés Barbastro

Coautores: María Teresa Hurtado Mora, Alejandra Ruiz Aranjuelo, Daniel Grados Saso, Paula Morlanes Gracia, Riaño Ondiviela, Adrian, Salvador Casabon, Juan Manuel, Jose Antonio Lagen Espier

Centro: Hospital de Barbastro

Resumen:

OBJETIVOS:

El objetivo es evaluar nueva tecnología de telemonitorización a partir de un parche adhesivo que funciona con baterías, sensores integrados y un transceptor inalámbrico, que registrar de forma continua durante 5 días diversas constantes vitales: ECG, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, pasos y caídas.

MÉTODO:

La metodología seguida ha sido:

- Definición del protocolo de la intervención
- Identificar a pacientes según criterios
- Desarrollo de la App
- Aprobación por Comité Ético-CEICA.
- Definición de protocolo de reclutamiento y sesiones de formación
- Recogida de datos e indicadores a través de cuestionarios a principio y final de intervención calidad de vida (Eq5D), calidad de vida del cuidador (Zarit), Satisfacción con la tecnología (SUS

Material necesario:

- parche VitalPatch
- Móvil para paciente para la recogida de datos y transmisión a portal de aplicación
- Herramienta “dashboard” para seguimiento simultáneo de varios pacientes por el profesional

RESULTADOS:

En el proyecto está participando el Servicio de Cardiología del Hospital de Barbastro y la unidad de Innovación sita en el mismo Hospital. Esta en fase de ejecución, y la inclusión de usuarios continúa. La evaluación final se realizará al finalizar intervención. Los resultados preliminares nos indican que el gran volumen de datos recopilados y el detalle de los mismos, proporciona una gran base de conocimiento para los cardiólogos participantes que les permite realizar un seguimiento exhaustivo y un análisis detallado que permite identificar hallazgos, ayuda en el diagnóstico y la toma de decisiones.

Además del parche que recoge la información en base a sensores, la información se envía a un servidor de recogida de señales, que contiene además un sistema de gestor de alarmas automático, que avisa al facultativo de cualquier anomalía.

CONCLUSIONES:

Está participando el Departamento de Cardiología del Hospital de Barbastro con pacientes crónicos y problemas cardíacos.

La tecnología ha demostrado que en la gestión de cuidados integrados de exacerbaciones, mejora la calidad de vida y optimiza los recursos durante el periodo de recuperación.

C122/23 Programa intervención grupal con pacientes con cefaleas con metodología procedente de la psicoterapia. Neuro-USM Alcañiz

Primer Autor: *Alfredo Soldevilla Nasarre*

Coautores: *José Antonio Olivan Usieto, Raquel González Espinosa, Montserrat Sarrión Mochales, Nuria Roselló Sastre, Vicente Marcos Sierra Diego, Cristina Gonzalez Carrión, Ana Saenz Ballobar*

Centro: Unidad de Salud Mental Alcañiz

Resumen:

OBJETIVOS:

- Trabajo de mejora de calidad de vida en pacientes con cefaleas de larga duración y mala evolución con los tratamientos farmacológicos habituales.
- Capacitar a los pacientes en habilidades de afrontamiento y aceptación ante episodios críticos de cefalea.
- Aprendizajes de habilidades personales de mejora emocional.

MÉTODO:

Pacientes seleccionados y testeados pre/post por Neurología, caracterizados por no tener buenos resultados con fármacos habituales.

Programa Grupal de entre 8 y 10 paciente de entre 8 y 10 sesiones coordinado desde psicología de la USM coordinado por psicología de la USM con metodología procedente de la Psicoterapia, en concreto de las llamadas Terapias de Tercera Generación.

Se desarrolla un programa semiestructurado, se trabaja educación sanitaria sobre cefaleas e higiene de su manejo, herramientas procedentes de la TCC (psicoeducación, modelo funcional, atención, relajación, reestructuración cognitiva, asertividad), también se practican ejercicios de aceptación y meditación en todas las sesiones. Tienen tareas para practicar en casa.

RESULTADOS:

Dos grupos finalizados y uno en proceso. El segundo grupo dentro de proyecto de calidad.

Este grupo, lo iniciaron 7 personas, (1 participante, solo una sesión). Los 6 restantes acudieron a más de 70% sesiones, sobre un total sesiones de 10. El Indicador mejora era 60% de participación. (En el grupo previo superó también el 70%).

Indicadores. Se propuso medir pre/post dos indicadores: Cuestionarios MIDAS y EAG (Escala Ansiedad de Golberg). Posteriormente se añadió SF36, tras resolver problemas de corrección.

MIDAS. Indicador previsto era mejora en "Discapacidad Severa" (puntuación no superior 21), y un 20-30 % de mejora. La media de puntuaciones de los pacientes era 91. Ninguno bajo de 21 puntos, pero la media bajó de 91 a 45,8, una mejora de 50% aprox.

EAG. Ocurre algo similar, no se observa la mejora.

SF36. De valoración de calidad vida. Aparecen mejoras significativas, 4 de ellos al 98% otros, 3 al 95% y 1 al 90%.

Analizando los cambios en MIDAS y las mejoras significativas en SF36, se puede afirmar que la intervención está mejorando la salud de los pacientes participantes

CONCLUSIONES:

Colaboración de Neurología y la USM.

Pacientes con cefaleas severas y no buen resultado con los fármacos de referencia. Son pacientes con importante carga de malestar emocional.

Los pacientes verbalizan mejora en calidad de vida y gestión del malestar. Valoran mucho el apoyo mutuo y meditación.

Mejoras significativas en MIDAS (severidad) y SF.

C123/23 Mejora del acceso a las asociaciones de pacientes por parte de la sociedad.

Primer Autor: *Patricia Gracia Val*

Coautores: *M^a Carmen Sánchez Roldán, Inés García Herrero, Andrea Ugencio Isarre*

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Ofrecer información y orientación de calidad a los pacientes y sus familiares sobre entidades que pueden ayudarles.

Dotar de mayor visibilidad a las asociaciones de pacientes.

Ofrecer información homogénea y equitativa de todas las que trabajan con el Hospital Miguel Servet.

Facilitar un soporte físico y digital que agrupe a todas por igual.

MÉTODO:

Contacto con los diferentes jefes de servicio para conocer las asociaciones con las que trabaja a diario cada servicio e invitarles a participar.

Realización de los documentos por patologías incluyendo información de las diferentes entidades y su contacto.

Crear un espacio digital para todas las asociaciones divididas por patologías.

Diseño de expositores para colocarlos en las entradas al hospital, los cuales contienen todos los trípticos y los de las propias asociaciones.

Impresión y distribución de los documentos por las diferentes zonas del hospital y a los profesionales para que puedan entregarlos al alta de los pacientes tanto en el Hospital Universitario Miguel Servet como en Atención Primaria, y colocarlos en los expositores.

RESULTADOS:

En total, han participado 89 asociaciones de pacientes, (25 asociaciones de enfermedades raras), (6 asociaciones de oncología y hematología), (9 asociaciones implicadas en la mejora del paciente pediátrico), (6 asociaciones enfocadas en enfermedades de la piel), (4 asociaciones de oncología de ginecología y mama), (21 asociaciones de salud mental), (3 asociaciones del paciente con ictus), (5 asociaciones enfocadas en el paciente de cardiología y respiratorio), (7 asociaciones enfocadas en el paciente crónico), (3 asociaciones de enfermedades inflamatorias intestinales).

Se ha obtenido un mejor conocimiento de las asociaciones de pacientes tanto por parte de los profesionales como de los pacientes. Además de una mejora en la relación de estos y mejora del conocimiento de los pacientes sobre las entidades que pueden ayudarles en cuanto a su enfermedad.

CONCLUSIONES:

Con esta experiencia tratamos de ofrecer una ventana en igualdad de condiciones para todas las entidades y devolver, en cierto modo, la labor que estas entidades cumplen de cara al sistema público de salud sin tener en cuenta los recursos propios con los que cuentan.

C124/23 Readaptación de los procedimientos de dispensación en dosis unitaria. Hacia una mayor autonomía de los técnicos farmacia

Primer Autor: *Vanesa Lafuente Andres*

Coautores: *Raquel Fresquet Molina, Lucia Sopena Carrera, Virginia Exposito Zaragoza, Maria De Los Angeles Ayende Bandres, Irene Navarro Pardo, Mercedes Arenere Mendoza, Transito Salvador Gomez*

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Con la finalidad de aumentar la autonomía de los técnicos auxiliares de farmacia (TAF) en el proceso de llenado de los carros del sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitaria, se han readaptado los procedimientos implicados. El objetivo de este estudio es analizar el impacto de la implantación del nuevo protocolo de llenado de carro.

MÉTODO:

Se han realizado unos procedimientos normalizados de trabajo de las TAF en las tareas de inicio de sesión del programa, listado de censo de pacientes, llenados de carro y cambios de medicación. Se diseñaron unas encuestas específicas para este estudio que constan de 5 preguntas donde los participantes, de manera anónima y voluntaria, tuvieron que contestar en una escala de 0 a 5, siendo 0 totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo. Se recogieron los siguientes ítems: satisfacción, mejoría en el día a día, autonomía, agilidad y prevención de errores de medicación. Estas encuestas fueron cumplimentadas en el Servicio de Farmacia de un hospital de tercer nivel durante los días 20 y 21 de abril de 2023.

RESULTADOS:

Para la valoración del llenado de los carros del sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitaria (SDMDU) se obtuvieron un total de 38 encuestas, un 26,32% (n=10) farmacéuticos, un 28,95% (n=11) enfermeros y un 44,74% (n=17) de TAF.

El grado de satisfacción fue de 4,56 sobre 5, la mejora que supone este nuevo sistema en el día a día fue de 4,48 sobre 5, el grado de autonomía fue de 4,37 sobre 5, la agilidad del sistema fue de 4,36 sobre 5, y la percepción de la prevención de error fue de 4,40 sobre 5.

CONCLUSIONES:

La readaptación de los procedimientos implicados en el SDMDU a favor de un mayor protagonismo del papel de los TAF, ha supuesto un incremento en el grado de satisfacción por los diferentes profesionales de la farmacia implicados en el proceso. Esto ha permitido una mayor autonomía de los TAF y una liberación del tiempo del farmacéutico.

C125/23 Implantación de la consulta de histeroscopias en consultas externas del Hospital Obispo Polanco de Teruel

Primer Autor: *Paula Serrano Jiménez*

Coautores: *Guillermo Aragones Quilez, Isabel Mendez Muñoz*

Centro: Hospital Obispo Polanco (Teruel)

Resumen:

OBJETIVOS:

- Liberación de la Lista de espera Quirúrgica del Hospital Obispo Polanco de Teruel.
- Aumentar el confort de las pacientes al no tener que pasar por quirófano para la realización de la técnica.
- Crear una consulta de histeroscopias llevada a cabo por un/a ginecóloga del servicio de ginecología y un/a enfermero/a de la unidad de Consultas Externas.

MÉTODO:

La consulta de histeroscopias se implantó en noviembre de 2022 en el servicio de ginecología de consultas externas y se desarrolla de lunes a viernes por la mañana. El lugar elegido para ello es una consulta de ginecología donde hay una camilla ginecológica, una torre de histeroscopias con monitor, sistemas de infusión y fuente de luz cedido por el hospital, un aspirador y un bisturí eléctrico cedido por quirófano. El material necesario va preparado en cajas estériles que nos lo dejan desde esterilización.

Las pacientes han sido atendidas previamente en una consulta de ginecología y es allí donde, según la patología que presenten, el/la facultativo/a decide programar la realización de una histeroscopia de manera ambulatoria, sin ingreso.

RESULTADOS:

Desde que comenzó la consulta el 22 de noviembre de 2022 se han registrado 41 pacientes. De estas, 11 histeroscopias no se han podido realizar: 3 de ellas por no poder pasar el cuello del útero debido a su tamaño, 2 porque la paciente no se había tomado la medicación previa a la histeroscopia (se les da Misofar intravaginal para la dilatación del cuello uterino) y 6 porque las pacientes no toleraron el dolor de la técnica, a pesar de la administración de lubricante anestésico en el canal cervical y en el cuello uterino. Las histeroscopias que no se han podido realizar, han sido reprogramadas para su realización en quirófano con sedación previa.

Los motivos principales por los que se han realizado las histeroscopias son: 26 para la extracción de pólipos endometriales, 3 para la extracción de DIU, 10 para la toma de biopsia de endometrios engrosados y 2 por metrorragias.

La lista de espera en la consulta de histeroscopias se ha reducido a menos de un mes.

Las pacientes sienten tranquilidad al no pasar por quirófano para la realización de la técnica y al no ser necesario ingresar.

CONCLUSIONES:

La creación de la consulta de histeroscopias en el Hospital Obispo Polanco ha disminuido la Lista de Espera Quirúrgica, ya que muchas pacientes no van a quirófano a la realización de la técnica. Además, se reduce el miedo y la ansiedad de las pacientes de ir al quirófano. También influye de manera positiva en la cartera de servicio del hospital.

C126/23 Desarrollo de un software para evitar colisiones en radioterapia externa

Primer Autor: *Iñigo González Lizarraga*

Coautores: *Alejandro Barranco López, Sheila Calvo Carrillo, Alejandro García Romero, Celia Castán Guerrero, Daniel Vera Tena, Yolanda Pilar Pérez Establés, Marta Baquerizo Castán*

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Ante el incremento de la complejidad de los tratamientos de radioterapia externa se ha producido un aumento de colisiones durante los tratamientos. Para evitarlas, se pretende desarrollar un software capaz de advertir de una colisión en la fase de planificación del tratamiento.

MÉTODO:

El software se ha implementado en el lenguaje C# de programación de forma que es capaz de extraer del planificador de tratamientos de radioterapia la información necesaria para la simulación geométrica del tratamiento. En el mismo código se analizan los movimientos 3D del equipo de tratamiento y del paciente, concluyendo si existe riesgo de colisión entre ellos.

Para comprobar el correcto funcionamiento del programa se han simulado varios tratamientos cubriendo todos los grados de libertad posibles: giros de mesa, gantry, diferentes posiciones de isocentro, con colisión, sin colisión, etc.

RESULTADOS:

Tras probar el código en situaciones concretas con un resultado satisfactorio, el software se ha incorporado de manera automática al flujo de trabajo en la planificación de tratamientos de radioterapia externa. Desde entonces, no se ha registrado ninguna colisión. Ha supuesto una barrera de seguridad más antes del tratamiento, que permite erradicar posibles errores humanos en la planificación, siendo capaz de detectar colisiones que de otra forma hubieran pasado desapercibidas.

El uso de este código tiene como consecuencia la reducción de las colisiones que ocurren en tratamiento con lo que se consigue:

- Evitar la dosis de radiación administrada al paciente en los casos en los que la colisión ocurre cuando ya se ha realizado parte del tratamiento.
- Mejorar la seguridad del paciente, reduciendo más aún la posibilidad de una colisión con el equipo de tratamiento.
- Mejorar la seguridad del equipo de tratamiento, reduciendo, del mismo modo, las colisiones entre diferentes partes del equipo (mesa y gantry).
- Aumentar la eficiencia en el uso de recursos evitando replanificaciones.

CONCLUSIONES:

Se ha incluido satisfactoriamente en la rutina de planificación de tratamientos de radioterapia externa un programa que advierte de colisiones entre elementos del equipo de tratamiento y/o el paciente. Esto supone una mejora en la seguridad del propio paciente, del equipo de tratamiento y de la optimización de los recursos disponibles.

C127/23 Dependencia angular de la cámara IBA RAZOR Nano Chamber

Primer Autor: *Iñigo González Lizarraga*

Coautores: *Celia Castán Guerrero, Alejandro García Romero, Francisco Javier Jiménez Albericio, Nuria Gómez González, Carlos Javier Martínez Casbas, Francisco Javier Sánchez Cano, Daniel Vera Tena*

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

La cámara de ionización RAZOR Nano Chamber de IBA tiene un volumen sensible de 3mm³ con simetría esférica, lo cual la hace ideal para la verificación de radiocirugías con giros de mesa. El objetivo de este trabajo es comprobar que la respuesta de esta cámara es realmente isótropa con respecto al ángulo de incidencia del haz.

MÉTODO:

Para tal propósito se ha fabricado un maniquí esférico mediante impresión 3D con resina de fotopolímero estándar. En el centro del maniquí está alojada la cámara de ionización RAZOR Nano Chamber de IBA. Las medidas se han realizado con un electrómetro Unidos de PTW en un acelerador True Beam de Varian Medical Systems.

RESULTADOS:

Se han realizado medidas barriendo toda la semiesfera del maniquí. Con la mesa a 270° se ha variado el ángulo de gantry entre 0° y 180°. En cada posición se ha disparado un campo cuadrado de 2x2cm² con energía de 6MV sin filtro, tasa 1400 UM/min y 100 UM.

Las medidas sugieren que existe una dependencia angular que podría deberse a que la respuesta de la cámara no es del todo isótropa, o bien a defectos en el maniquí y/o el posicionamiento de la cámara dentro del mismo. En cualquier caso, la desviación de todas las medidas realizadas respecto a la media está dentro del $\pm 1\%$, que está dentro de la tolerancia para dicha cámara.

CONCLUSIONES:

Puesto que la dependencia angular de la cámara RAZOR Nano Chamber está por debajo de la tolerancia del conjunto cámara – electrómetro, consideramos que es adecuado utilizarla para la verificación de planes de tratamiento de radiocirugía con giros de mesa.

C129/23 Diagnóstico rápido de neumonías nosocomiales con Biofire Filmarray® Pneumonia Panel plus (BioMérieux) (FA).

Primer Autor: *María Riesgo Magaña*

Coautores: *Sara Arnal Leal, Elena Alvarado Sánchez, Concepción Román Atanasio, Juan Sahagún Pareja, María Ángeles Ruiz Andrés, Rafael Benito Ruesca*

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

La identificación rápida del agente etiológico de neumonías nosocomiales para un tratamiento dirigido es de vital importancia. El objetivo del estudio es evaluar el uso de FA para la detección de bacterias implicadas en neumonías nosocomiales en comparación con el cultivo convencional.

MÉTODO:

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo que abarca desde que se incorporó el Biofire Filmarray® Pneumonia Panel plus (BioMérieux) (FA) en el Servicio de Microbiología del HCU Lozano Blesa en septiembre 2020 hasta octubre de 2022. Se han recogido los datos clínicos y microbiológicos de la historia clínica electrónica y del programa informático del laboratorio (Modulab®). El cultivo convencional se basa en la siembra de las muestras respiratorias en agar chocolate, CNA (agar sangre colistina- ácido nalidíxico), MCK (agar macConkey) y SAB (agar saboureau) de Biomerieux®. Se compararon los resultados obtenidos del FA con los de cultivo convencional y se estudió cual fue el impacto clínico relacionado con el resultado del FA.

RESULTADOS:

Se realizaron 395 FA, 116 (29,4%) positivos. Pertenecen a 87 pacientes y en 37 se realizó más de un panel. Mayoría hombres (66,9%), mediana 65 años (rango 23-88). Las muestras clínicas procedían en su mayoría de UCI(266;67,3%) y el BAS(339;85,8%) fue más frecuente, seguido de lavado broncoalveolar (42;10,6%). Por FA la detección se hizo en 2h, por cultivo 48h.

Las bacterias detectadas en el panel fueron: 38 P.aeruginosa, 29 S.aureus, 21 H.influenzae, 17 K.pneumoniae, 9 S.marcescens, 7 S.pneumoniae, 6 K.aerogenes, 6 K.oxytoca, 6 A.baumannii, 5 E.coli, 4 M.catarrhalis, 2 Proteus spp., 2 S.agalactiae y 2 E.cloacae. Genes de resistencia: 5 mecA de S.aureus, 3 VIM de P.aeruginosa y 3 CTX-M de K.pneumoniae. Hubo 24 FA negativos no incluidos como diana del FA: 14 S.maltophilia, 5 BGNF, 3 Candida spp., 1 E.faecalis y 1 C.freundii. El tiempo de estancia media en el hospital hasta el primer FA solicitado fue de 15,9 días. En 52 (59%) pacientes no se modificó el tratamiento, en 23 (26,1%) se ajustó, en 7 (7,9%) se amplió el espectro y en 6 (6,8%) se inició tratamiento antibiótico dirigido.

CONCLUSIONES:

La incorporación del FA en el Servicio de Microbiología del HCU Lozano Blesa ha contribuido en la mejora del diagnóstico de neumonías nosocomiales, aumentando la rapidez en el diagnóstico, permitiendo la rápida instauración de tratamiento antibiótico, dirigir el mismo o ampliar el espectro.

C130/23 Implantación de una sesión informativa para pacientes respecto a la atención al parto en el Hospital San Jorge de Huesca

Primer Autor: *Noelia Lázaro Fracassa*

Coautores: *Laura Gil Arribas, Maria Guarga Montori, Olivia Lafalla Bernad, Claudia Giménez Molina, Andrea Agustín Oliva*

Centro: Hospital Universitario San Jorge (Huesca)

Resumen:

OBJETIVOS:

Desde el Servicio de Obstetricia del Hospital San Jorge de Huesca se ha implantado la realización de una sesión grupal para informar a las pacientes respecto a la atención al parto en el centro. Surge con el objetivo de mejorar la atención al embarazo y parto, y pretende facilitar y mejorar la relación sanitario-paciente.

MÉTODO:

Las pacientes son informadas de la sesión informativa en la visita en semana 32 en consultas de Obstetricia. En caso de que deseen acudir, son citadas para la siguiente sesión por Citaciones. Se realizan con una frecuencia bi-mensual en el salón de actos del Hospital y son impartidas por obstetras, matronas y en ocasiones con la colaboración del servicio de Pediatría. En la sesión se muestra una presentación PowerPoint con información relativa a la atención al parto en el centro, y posteriormente se reserva un tiempo para resolución de dudas de las pacientes. Tras finalizar la charla se entrega una encuesta de satisfacción anónima valorando varios ítems respecto a la utilidad y la calidad de la información recibida.

RESULTADOS:

Durante el periodo comprendido entre la implantación de la sesión en enero de 2023 hasta el mes de abril, del total de 70 pacientes que han asistido a la sesión informativa, 43 han cumplimentado la encuesta de satisfacción. El 79% habían conocido su existencia gracias a la información proporcionada en las Consultas de Obstetricia, el 14% por la matrona del Centro de Salud y el 7% a través de conocidos. Todas las pacientes consideran bastante o muy relevante la información recibida (entre las opciones proporcionadas: nada, poco, regular, bastante o mucho). El 89% recibieron bastante o mucha información que no conocían de forma previa la sesión, mientras que el 11% restante considera que ha recibido regular o poca información adicional a la que ya conocían. El 77% de las pacientes quedaron muy satisfechas y el 23% restante bastante satisfechas en la valoración global de la sesión. Todas las pacientes recomendarían su asistencia a otras embarazadas.

CONCLUSIONES:

Proporcionar a las mujeres recursos como la sesión informativa impartida en nuestro centro, les confiere una mayor confianza y seguridad para afrontar el parto y mejora la relación sanitario-paciente gracias a la información proporcionada directamente por los profesionales del hospital.

C131/23 Implantación y Análisis del Consumo Trimestral de Antimicrobianos en un Hospital Secundario

Primer Autor: *Andrea Pinilla Rello*

Coautores: *Eva Queipo García, Sara Jubierre Palos*

Centro: Hospital de Alcañiz

Resumen:

OBJETIVOS:

Describir la implantación del consumo trimestral de antimicrobianos en el año 2022 y analizar dicho consumo en nuestro centro.

MÉTODO:

Estudio descriptivo de la extracción trimestral del consumo como se realiza en nuestro hospital de referencia, siendo un requisito obligatorio de excelencia en las normas para la certificación de los equipos PROA hospitalarios. Para obtener el consumo, revisamos las dosis diaria definida (DDD) de cada presentación en nuestro programa de gestión, y obtuvimos del programa de gestión las variables: grupo terapéutico J01-J02, principio activo, DDDs, servicio, tipo de unidad, grupo clínico (espectro y actividad antimicrobiana). Se solicitó a control de gestión estancias en 2022 para calcular DDD/100estancias. Para el análisis trimestral, comparamos DDDs/100estancias observando la evolución trimestral por principio activo.

RESULTADOS:

En 2022 el consumo global de antimicrobianos (J01 y J02) fue 44,27 DDD/100 estancias siendo el primer trimestre (T1) el único con valor superior al global (63,53 DDD/100 estancias). Según tipo de unidad, se observa un mayor consumo en unidades médicas (85,04 DDD/100 estancias) que en quirúrgicas (12,23 DDD/100 estancias), ambas con mayor consumo en T1, seguido de T2 y T4 respectivamente.

Los grupos clínicos de antimicrobianos en los que se observó un incremento llamativo del consumo en T1 con respecto al global y al resto de trimestres fueron: antibióticos de uso en infecciones por bacilos gramnegativos resistentes (global: 13,23 DDD/100 estancias, T1: 30,30 DDD/100 estancias) y antifúngicos (global: 1,46 DDD/100 estancias, T1: 3,03 DDD/100 estancias). Destacar que los antibióticos de espectro reducido presentaron su mayor consumo en T3 (4,46 DDD/100 estancias frente global 3,65 DDD/100 estancias), al igual que los antibióticos para infecciones por cocos grampositivos resistentes (T3: 4,31 DDD/100 estancias, global: 3,01 DDD/100 estancias).

CONCLUSIONES:

La diferencia de consumos entre los trimestres de 2022, en especial en T1, puede relacionarse con una mayor incidencia de infecciones estacionales. El análisis trimestral del consumo antimicrobiano, cumpliendo con la normativa PROA, nos permite justificar las diferencias observadas según la temporalidad de las infecciones o situaciones concretas.

C133/23 Masaje infantil: el tacto es el primer lenguaje, una piel habla con la otra piel (F.Leboyer)

Primer Autor: Rosa María Costa Montañés

Coautores: Marta Suso Fernández, Isabel Castellano Juste, Antonio Javier Félez Castro, Angeles Dobato Liedana

Centro: Centro de Salud de Calanda

Resumen:

OBJETIVOS:

1. Fomentar comunicación con los padres para su empoderamiento en el manejo del niño y que les aporte seguridad en su nueva etapa vital.
2. Enseñar a los padres y madres las técnicas y habilidades del masaje infantil.
3. Dar a conocer los beneficios del masaje infantil en los niños, en las familias y en la sociedad.

MÉTODO:

El programa consta de cinco sesiones de una hora y media. Se realizaron todos los miércoles durante 5 semanas en horario de 12.30-14.00.

Todas las sesiones tienen la misma estructura: bienvenida, rompehielos, relajación, pedir permiso, técnica de masaje de diferentes partes del cuerpo (piernas, abdomen, cara, brazos, etc) y por último se debate un tema de interés (tacto nutritivo, historia del masaje, estados del comportamiento del bebe, vinculo-apego y beneficios del masaje) y se resuelven las dudas de las familias.

Se realizó una captación activa de las madres participantes en la consulta de la enfermera de pediatría y de la pediatra. Por otro lado, se pusieron carteles informativos en el Centro de Salud.

RESULTADOS:

Vamos a valorar los siguientes aspectos:

Sobre la captación: Se captaron 14 familias, todas ellas en las consultas de pediatría (pediatra y enfermera)

Asistencia y seguimiento del programa: De esas 14 familias, solo 8 completaron las 5 sesiones (en total 9 niños, ya que había 2 gemelos). Vinieron madres, padres y abuelas. El resto acudió solo a alguna sesión de forma esporádica.

Aprendizaje de las familias: Se valoró con una encuesta de satisfacción. Estas son las respuestas de las familias:

- Las 9 personas que realizaron el masaje aprendieron las rutinas de masaje.
- Solo 5 nos hablaron de la importancia del vinculo y la piel con piel.
- 3 nos hablan de la importancia de dedicar un rato al día a realizar masaje y lo valoran como un cuidado de calidad.
- 4 nos señalan los beneficios del masaje.
- 6 insistieron en la necesidad de que estos cursos se hiciesen a todas las familias con bebes y que pudieran acudir padres y hermanos.

CONCLUSIONES:

- Creemos importante que puedan acudir madres, padres y otros familiares cercanos.
- Para facilitar la asistencia de las familias, se deben ofrecer los cursos a partir del primer mes de vida aprovechando la baja maternal.
- Incentivación del principio bioético de la autonomía en el cuidado del niño por parte de los padres.

C134/23 Estudiantes de Enfermería, protagonistas de la puesta en marcha del Taller "Educación Sanitaria a alumnos de 2º primaria"

Primer Autor: *M^a Reyes Fabro Gardeta*

Coautores:

Centro: Hospital Royo Villanova

Resumen:

OBJETIVOS:

Objetivo principal: Lograr una mayor implicación por parte de los Estudiantes de Grado de Enfermería con la Educación Sanitaria en el medio escolar.

Objetivo secundario: Aumentar la Educación Sanitaria, a través de la estimulación y practica de hábitos saludables y primeros auxilios en alumnos de 2º de primaria.

MÉTODO:

La estructura del programa se dividió en 3 bloques:

1º. PowerPoint sobre hábitos saludables; lavado de manos y dientes, pautas de alimentación, hidratación, ejercicio físico, higiene, seguridad y prevención de accidentes.

2º. Primeros auxilios: 83 alumnos divididos en 4 grupos, cada taller; un estudiante y profesora del centro, supervisado por profesora asociada de la Universidad.

Taller A. Enfermer@ por un día. Cura de heridas y vendajes.

Taller B. Mi maletín de primeros auxilios.

Taller C. Lavado de manos y lavado de dientes.

Taller D. Emergencias: Llamar 112 y RCP.

3º. Fichas combinadas con cada uno de los 4 talleres, para que los niños pudieran compartir la experiencia con las familias e implicarlas con la educación sanitaria.

RESULTADOS:

El índice de participación tanto de los estudiantes de enfermería como de los escolares fue del 100%. La captación a nivel individual de cada niño, con apoyo individualizado en casos de niños con necesidades especiales y la posterior reorganización en grupos fue la clave de la participación.

La Educación para la Salud es una poderosa herramienta para el personal de enfermería, para ello creamos un espacio comunitario donde se dio lugar a diferentes experiencias en dos núcleos de intervención: la Educación Sanitaria en el mundo escolar (incorporación del aprendizaje de hábitos saludables, practica de habilidades en primeros auxilios, así como la utilización correcta de los medios sanitarios) y la formación a estudiantes de enfermería (haciéndoles partícipes de la actividad donde desarrollaron todo su potencial como educadores, trabajando en equipo con el profesorado, implicándose con los escolares y sus necesidades, y sobre todo siendo conscientes de las necesidades de Educación Sanitaria a nivel escolar).

CONCLUSIONES:

Si queremos una Sanidad Pública y de Calidad, tenemos que comenzar en el principal escenario de intervención, los centros de enseñanza. Nuestro taller ha tenido una importante repercusión a varios niveles: primero en los estudiantes de enfermería y segundo en alumnos, profesores y familias, siendo una experiencia orientada a la Educación Sanitaria.

C136/23 Mejora del control de los pacientes anticoagulados con ACxFA no valvular, del Sector Sanitario de Barbastro.

Primer Autor: *Guillermo Castaño Doste*

Coautores: *Daniel Grados, Maria José Buisan Giral, Pedro Paul Vidaller, María T. García Mínguez*

Centro: Atención Primaria Barbastro

Resumen:

OBJETIVOS:

Mejorar el control de anticoagulación con fármacos antivitamina K (AVK) de los pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) del Sector de Barbastro, fomentando la implantación de prácticas seguras en el uso de anticoagulantes orales. A partir de la herramienta TAONet realizar una búsqueda activa de pacientes con mal control de INR.

MÉTODO:

Selección de participantes: Pacientes con FANV, anticoagulado con AVK y seguimiento INR >6 meses, rango terapéutico INR 2-3, fecha última visita < 5 semanas y TRT ≤50%. Criterios de exclusión: pacientes ingresados en el momento del corte.

Un cardiólogo y un residente de Medicina Familiar y Comunitaria revisarán el historial caso por caso para valorar la posibilidad de:

O Cambio de fármaco anticoagulante (AVK por ACOD) según IPT Uso ACOD, del Ministerio de Sanidad. Recomendación al médico de familia responsable del paciente, incluyendo principios activos que no indicados o a evitar (comorbilidad, preferencias posología, riesgo de efectos adversos, ...).

o En caso de no estar indicado el cambio de fármaco, refuerzo de Educación Sanitaria.

RESULTADOS:

De todos los pacientes en tratamiento con AVK del sector, se detectaron 1552 pacientes con control en las últimas 6 semanas. De ellos 481 (31%) presentaban TRT ≤50%. De estos 481, 287 (60%) cumplían criterios de inclusión en la intervención. De ellos, se desestimó el cambio en 74 pacientes (pacientes desplazados, FG bajo, presencia Ac antifosfolípido, fallecidos, ..). En los otros 213 se planteó la posibilidad de cambio de tratamiento de AVK a ACOD y se realizó la recomendación a sus médicos de familia.

No disponemos de datos sobre cuántos de ellos han realizado el cambio.

Si se ampliasen los criterios para su financiación, por ejemplo para tratamiento de enfermedad tromboembólica, en un número importante de pacientes también podría plantearse el cambio.

Es importante valorar lo que aporta esta intervención en términos de seguridad de cara al paciente. Un paciente fuera de rango terapéutico está en riesgo de tromboembolia si el INR bajo o de hemorragia en caso contrario. No realizar un cambio terapéutico en este caso es difícil de justificar.

CONCLUSIONES:

Se puede mejorar la seguridad del paciente descoagulado, revisando el control de la anticoagulación. El objetivo sería incorporar esta práctica en el día a día del seguimiento del paciente anticoagulado, evitando la inercia terapéutica que en ocasiones nos hace mantener tratamientos que no son óptimos.

C138/23 Donación y trasplantes. Cumplimentación del sistema CORE/SIUL y calidad de los sistemas de información.

Primer Autor: *Beatriz Virgos Señor*

Coautores: *Agustín C. Nebra Puertas, Nuria Sanchez Donoso, Ana Pascual Bielsa, Antonio L. Ruiz Aguilar, Javier Paul Ramos*

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

La Organización Nacional de Trasplantes (ONT) diseñó el sistema CORE/SIUL proporcionar información analizable y utilizable desde el punto de vista asistencial, sobre los órganos donables ofrecidos a otros Hospitales. Estudiamos el grado de cumplimentación de sus Items, por parte de los Coordinadores de trasplantes (CTx), en 2021 y el primer semestr.

MÉTODO:

Estudiamos de forma retrospectiva y descriptiva, los items no cumplimentados o incompletos en las ofertas de la propia CA, y de otras CCAA, comparándolas. Los items analizados fueron: 1- identificación y datos generales, 2-datos analíticos, 3-serologías, 4-cultivos de donante, 5-datos de mantenimiento, 6- pruebas de imagen y 7- antecedentes y tratamientos. Estudiamos su significación estadística mediante Chi Cuadrado, con 95% de intervalo de confianza.

RESULTADOS:

Se recibieron 72 ofertas hepáticas, 34 de Aragón y 38 de otras CCAA. Los resultados por Items con datos incompletos, podemos verlos desglosados a continuación Datos de Identificación/Filiación: En Aragón 0 incompletos - 0% / En otras CCAA 19 incompletos – 50%. Datos Analíticos: En Aragón 13 incompletos - 38% / En otras CCAA 29 incompletos - 76%. Serologías: En Aragón 0 incompletos - 0%/ En otras CCAA 0 incompletos - 0%. Estudios Microbiológicos: En Aragón 8 incompletos - 24%/ En otras CCAA 3 incompletos - 8%. Mantenimiento orgánico: En Aragón 8 incompletos - 24% / En otras CCAA 23 incompletos - 61%. Pruebas de imagen: En Aragón 2 incompletos - 9% / En otras CCAA 23 incompletos - 61%. Antecedentes/Tratamientos: 9 incompletos -26 % / 18 incompletos - 47 %. Con Chi cuadrado, las diferencias observadas entre Aragón y otras CCAA es significativa en su conjunto, y de Item en Item, salvo en las Serologías.

CONCLUSIONES:

Existe una pérdida en la calidad de la información recopilada, en general más evidente en los equipos extra-Aragón, que puede conllevar una merma en la seguridad, y una pérdida de datos para su análisis posterior. Todo ello conlleva posibilidades de mejora.

C139/23 Verificaciones end-to-end periódicas del proceso de planificación de tratamientos en radioterapia externa.

Primer Autor: *Daniel Vera Tena*

Coautores: *Alejandro García Romero, Sheila Calvo Carrillo, Iñigo González Lizarraga, Celia Castán Guerrero, Alejandro Barranco López, Pablo Ortega Pardina*

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Las verificaciones End-To-End se recomiendan como adecuadas para la realización de controles periódicos de la cadena de producción de tratamientos. El motivo de su implementación es que involucran todas las etapas que habitualmente se utilizan con pacientes reales, desde la adquisición de las imágenes hasta el tratamiento del plan.

MÉTODO:

Se ha empleado un maniquí antropomórfico segmentado en la verificación, para seguir el proceso de radioterapia guiada por imagen (IGRT). Se han propuesto dos tipos de planes de tratamiento de radioterapia volumétrica modulada (VMAT), ya que esta técnica es la más utilizada en radioterapia. Uno de los planes es para la localización de pulmón y el otro de radiocirugía con un inmovilizador de cabeza. El acelerador empleado es un True Beam (Varian) y un simulador TC GE-HiSpeed2. El proceso completo sigue las siguientes etapas: adquisición de imágenes, segmentación de volúmenes, contorno de la zona a irradiar (PTV), planificación del tratamiento con el planificador Eclipse (Varian), verificación del tratamiento y tratamiento del paciente.

RESULTADOS:

Para verificar el tratamiento se utiliza una placa radiocrómica, previamente calibrada para relacionar la dosis absorbida y color de la placa. Con un escáner, el software ImageJ y la plataforma de control de calidad myQA (IBA) se analizan los resultados. Se utiliza el índice gamma como métrica para evaluar la precisión del tratamiento y la exactitud entre el plan calculado y el plan medido en la placa; también se utiliza en las verificaciones del tratamiento. En el caso de la radiocirugía se obtiene que el 97.7 % de puntos cumplen con el criterio (parámetros del índice gamma del 3% y 1mm). En cuanto a los planes de verificación, la medida con cámara utilizada para medir la dosis en un punto tiene una desviación del 0.47 % respecto de la dosis calculada. En el cálculo redundante DoseCheck (Sun Nuclear), el 99.30 % de puntos del PTV cumplen con el criterio gamma (2% y 2mm). El resto de verificaciones arrojan resultados satisfactorios, junto con el resto de comprobaciones del proceso, como transferencia de datos y coincidencia de volúmenes del paciente y del planificador, entre otras.

CONCLUSIONES:

Se recomienda llevar a cabo esta verificación con periodicidad anual, ya que el tiempo dedicado a la preparación del test es demasiado extenso para realizarlo con una mayor frecuencia. Es recomendable llevarlo a cabo con varias localizaciones diferentes. Se asegura así, que todo el proceso de la radioterapia cumple con unos criterios de calidad.

C140/23 La antigenuria de neumococo como diagnóstico rápido y sensible de la neumonía adquirida en la comunidad

Primer Autor: *Elena Alvarado Sánchez*

Coautores: *Sara Arnal Leal, María Ángeles Ruiz Andrés, Juan Sahagún Pareja, Rafael Benito Ruesca*

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Describir el número de antigenurias realizadas durante el 2022 y comparar las pruebas microbiológicas diagnósticas de NAC por *S.pneumoniae* como la detección de antígeno en orina, su aislamiento en cultivo de muestra respiratoria o hemocultivo y su detección a través de PCR de muestra respiratoria.

MÉTODO:

Estudio retrospectivo realizado en el Hospital Universitario Lozano Blesa de Zaragoza durante el año 2022. Se recogieron datos de detección de *S.pneumoniae* por antigenuria con inmunocromatografía (Operon®), aislamiento de *S.pneumoniae* en hemocultivos (BD BACTEC®) y cultivo de muestras respiratorias en agar Chocolate, agar Sangre y Columbia CNA (Biomérieux®, France) identificados por MALDI-TOF (Bruker®), además de la detección de *S.pneumoniae* en muestra respiratoria por PCR Pneumonia Panel plus (FILMARRAY, BIOFIRE®).

RESULTADOS:

Se realizaron 1912 antigenurias, 219 (11,45%) positivas para antígeno de *S.pneumoniae*. De las 219 antigenurias positivas, 52 sólo tenían antigenuria y 167 tenían cultivo de muestra respiratoria/hemocultivo, de los cuales, se aisló *S.pneumoniae* en 14 (8,38%) hemocultivos y en 4 (2,39%) muestras respiratorias, además se detectó *S.pneumoniae* en 3 (1,79%) muestras respiratorias a través de PCR y en 1 (0,59%) muestra respiratoria a través de PCR y cultivo; sin embargo, en 145 (88,82%) hemocultivo/muestra respiratoria no se aisló *S.pneumoniae*. Del total de hemocultivos positivos con aislamiento de *S.pneumoniae* (n=28), 14 (50%) antigenurias fueron positivas, 9 (32,14%) negativas y en 5 (17,86%) casos no se realizó antigenuria. De las muestras respiratorias con aislamiento de *S.pneumoniae* (n=30), 5 (16,67%) antígenos en orina fueron positivos, 8 (26,67%) negativos y en 17 (56,67%) casos no se realizó antigenuria. Del total de 258 casos de detección/aislamiento de *S.pneumoniae*, 200 (77,52%) se han filiado únicamente por antigenuria.

CONCLUSIONES:

Debido a la baja sensibilidad del cultivo de *S.pneumoniae* en comparación con la detección del antígeno en orina, es importante la petición de la prueba de antígeno en orina ante sospecha de neumonía típica o en pacientes con diagnóstico de NAC sin un aislamiento microbiológico.

C141/23 Donación y estado emocional de las familias de los donantes de órganos.

Primer Autor: *Paula Ainaga*

Coautores: *Agustín C. Nebra Puertas, Beatriz Virgos Señor*

Centro: Med. Familia. U. Docente Sector III-Calatayud

Resumen:

OBJETIVOS:

Comprender a los familiares y analizar las variables que influyen en la toma de su decisión es útil para adquirir habilidades de comunicación, mejorar la entrevista previa y los criterios de calidad de la Coordinación de Trasplantes.

MÉTODO:

Estudio descriptivo realizado a partir de la recopilación y análisis de respuestas a entrevistas realizadas por el Equipo de Coordinación de Trasplantes en el año 2019, en un plazo de seguimiento entre tres y seis meses tras la donación, en el HUMS y HCU. Las preguntas realizadas fueron: 1-¿Tenía su familiar voluntades anticipadas?. 2-¿Hablaron antes de donación?. 3- Accedió desde el principio a la donación o cambio de opinión al ser informado?. 4- ¿Sintió una relación de ayuda en el proceso?. 5- ¿Se siente reconfortado de haber ayudado a otras personas?. 6- ¿Volvería a tomar la misma decisión?. Analizamos las respuestas en este proceso, relacionándolas con variables como el sexo del entrevistado, su edad y su nivel cultural.

RESULTADOS:

Se obtuvo un amplio abanico de respuestas y de sentimientos expresados por los familiares, todos responden unánimemente que volverían a tomar la misma decisión respecto a la donación, manifestando además su alto grado de satisfacción con el sistema sanitario y los profesionales de la salud. No hubo diferencias entre géneros, edades, ni nivel cultural.

CONCLUSIONES:

Comprender a los familiares y analizar las variables que influyen en la toma de su decisión es útil para adquirir habilidades de comunicación, mejorar la entrevista previa y los criterios de calidad de la Coordinación de Trasplantes, y formar nuevos equipos de profesionales.

C142/23 Progreso de los cuidados paliativos y clasificación de los pacientes subsidiarios a éstos en un servicio de geriatría

Primer Autor: Izaro Garaizabal Sagastigordia

Coautores: Carlos Muñoz Pindado, Valentina Santacoloma Cardona, Reina Antonieta Siñani Camacho, Carlota Herrerías Velilla, Nuvia Jannette Fuertes Yandún, Alfredo Zamora Mur

Centro: Hospital Sagrado Corazón de Jesús

Resumen:

OBJETIVOS:

Analizar la evolución durante 5 años de la clasificación de pacientes ingresados en HSCJ como subsidiarios de CP previo al ingreso y tras éste, tanto en pacientes oncológicos como no oncológicos, analizando características y diferencias entre ellos.

MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo entre años 2017 y 2021. Variables: edad, sexo, % mortalidad, procedencia (urgencias, otro hospital, Consultas externas (CEX)), estancia media, Pfeiffer al ingreso, Barthel previo, ingreso y alta.

RESULTADOS:

N: 639. Clasificados como subsidiarios CP previo ingreso: 153. Tras éste: 486. Estancia media: 18 días. Pfeiffer medio: 6. Barthel medio previo: 38; ingreso 5; alta: 10.

Mortalidad: 81%. Pacientes CP por año: 2017: 106; 2018: 110; 2019: 134; 2020: 159; 2021: 130. Pacientes clasificados CP no oncológicos previo/posterior ingreso: 49/424; y oncológicos: 104/61. Clasificación CP según procedencia previo/ posterior ingreso: Urgencias: 9/345; Otro hospital: 133/124; CEX: 11/17.

CONCLUSIONES:

Desde el Servicio de Geriatría contribuimos a mejorar la clasificación de los pacientes como subsidiarios de CP, especialmente en pacientes no oncológicos.

La situación de dependencia grave puede ser un factor que contribuya a la clasificación de los pacientes como subsidiarios de CP.

Se debería llevar a cabo una actuación en el ámbito de at.

C143/23 Manejo del paciente agitado en urgencias

Primer Autor: *Maria Ignacia Elizalde Perez De Ciriza*

Coautores: *Susana Ochoa Linares, Alfredo Garcia Garcia, Maria Celeste Bayo Izquierdo, Maria Pilar Sarasa Claver, Sonia Ballestin Sorolla, Cristian Blanco Torrecilla, Cristina Lara Guisado*

Centro: Hospital Royo Villanova

Resumen:

OBJETIVOS:

Conocer prevalencia del trastorno . Formación/ entrenamiento del personal para mejorar eficiencia y seguridad del paciente. Determinar la efectividad de desescalada verbal, contención farmacológica y mecánica, consecuencias de los mismos. Información a familia/ paciente de conducta a seguir y registro informático de contención mecánica.

MÉTODO:

Reuniones mensuales del grupo de mejora de seguridad del paciente para planificar atención del paciente agitado . Formación mediante sesiones clínicas a médicos , enfermeras, auxiliares y celadores sobre desescalada verbal, contención farmacológica y mecánica. Realización de megacodes para manejo del paciente agitado. Creación de acceso directo en PCH al formulario de contención física para facilitar su implementación. Realización de estudio observacional descriptivo retrospectivo de pacientes atendidos en urgencias del Royo Villanova de enero a diciembre de 2022 con diagnóstico de trastornos mentales y del comportamiento .

RESULTADOS:

Realizan 9 reuniones en 2022 el grupo de mejora de seguridad clínica del paciente, 4 comunicaciones telemáticas con psiquiatría para establecer pautas en manejo de estos pacientes. Se dan 2 sesiones clínicas y 1 megacode (agitación del anciano). Acceden y completan formulario de contención (26,3%). Se atendieron 52000 urgencias sólo 34% cursaron el trastorno, codificados como agitación psicomotriz anciano (16,4%), estado mental alterado (20,4%) y psicosis (63,6%). Por sexos : varones (54 %) y mujeres (46%). Edades : 14-18 (2,8%), 19-24 (12,5%), 25-64 (56,2%), 65-85 (15,9%) y mayores de 85 (12,5%). Indicadores de impacto: recibe información paciente/ familia (99,4%), solicitan consentimiento para contención mecánica (16,48%). Indicadores de alcance: desescala verbal efectiva (61,41%), contención farmacológica (75%) , contención mecánica (21,6%) , complicaciones contención mecánica (5,27%), complicaciones contención farmacológica (1,62%). No requieren medicación (29,5%), neurolépticos (42,6%), benzodiacepinas (9%), neurolépticos+ Benzodiazepinas (17,6%) y antidepresivos (1,1%).

CONCLUSIONES:

Es fundamental la formación del personal para mejorar la seguridad del paciente, favorecer toma de decisiones y debemos realizar cambios positivos en la práctica asistencial (cumplimentar formulario, disminuir la tasa de contención del 21,6% a la mitad) para minimizar riesgos innecesario y cometer menos errores.

C144/23 Estudio de la incidencia y recurrencia de la infección por Clostridioides difficile (CD) en el H.C.U. Lozano Blesa

Primer Autor: *Helena García López*

Coautores: *Assia Achkir El Azzouzi, Maria Riesgo Magaña, Amparo Boquera Albert, Cristina Seral García*

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

La incidencia de infección por Clostridioides difficile es un indicador utilizado para medir el impacto de la implantación de los programas de optimización del uso de antimicrobianos. Una de las complicaciones más importantes de la ICD es la recurrencia de un 18-35% de los pacientes. El objetivo de este estudio es el análisis de ambos indicadores.

MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo en el que se han evaluado 9766 muestras de heces para el diagnóstico de CD en el Servicio de Microbiología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa desde 2018 a 2022. El diagnóstico se realizó en 2 pasos: determinación de GDH y toxina de CD mediante C.Diff Quik Check Complete (Techlab®). Las muestras con resultado discrepante se analizaron mediante RT-PCR (GenXpert (Cepheid)) para confirmar la presencia del gen toxB y detectar los posibles ribotipos 027. Analizamos los resultados según edad, sexo y procedencia.

RESULTADOS:

Del total de muestras analizadas, 8734 dieron como resultado GDH-, descartando la infección por CD. De las muestras GDH+, 223 fueron negativas en toxina y/o PCR. Las pruebas GDH+ restantes, fueron positivas en toxina y/o PCR 717, alcanzando un porcentaje de positividad en el periodo de estudio del 7,41%. La distribución por años de los casos positivos fue de 123 (2018), 140 (2019), 99 (2020), 142 (2021) y 213 (2022), observándose un ligero descenso en 2020-2021 posiblemente relacionado con la pandemia por SARS-CoV2.

Los 717 casos positivos correspondieron a 579 pacientes, 306 hombres (53%) y 273 mujeres (47%). La edad media fue de 71 años, siendo mayores de 65 un 71%. El 88% de infecciones fueron de origen nosocomial, principalmente de pacientes ingresados en servicios médicos (61%), seguido de urgencias (18%), servicios quirúrgicos (6%) y UCI (4%). Un 12% fueron de origen ambulatorio. En el 91% de los casos se trataba de un primer episodio de infección por CD. Se detectaron 66 casos de ICD recurrentes: 49 primeras recurrencias, 14 segundas y 3 terceras.

CONCLUSIONES:

La incidencia y recurrencia de la ICD ha aumentado de manera significativa en los últimos años. Es necesario la implementación de nuevas estrategias de prevención y control para evitar la aparición de nuevos contagios y recurrencias.

El manejo multidisciplinar de esta patología supone una mejoría en resultados clínicos, ecológicos y económicos.

C145/23 Seguridad en la preparación y administración de medicación del paciente en la unidad de cuidados intensivos neonatales

Primer Autor: *Vera Izquierdo Lanzón*

Coautores: *Tania Sánchez Guio, Susana Martín López*

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Conocer la competencia enfermera en la preparación y cálculo de dosis pediátricas en función del tiempo de experiencia en la unidad.

Determinar los factores externos que provocan los errores.

Identificar el tipo de error que se comete con más frecuencia en el momento de calcular, preparar o administrar el fármaco.

MÉTODO:

Se realiza un estudio observacional descriptivo mediante una encuesta a través de encuestas.com al personal de la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital universitario Miguel Servet. Además, se ha realizado una revisión bibliográfica actual de artículos científicos publicados en diferentes bases de datos sobre la seguridad del paciente en los últimos 10 años.

RESULTADOS:

El personal que lleva más de 10 años en la unidad opta por preparar y administrar la medicación uno mismo, aunque si se dispone de tiempo y personal a veces también optan por consultar al compañero. Por el contrario, el personal con poca experiencia en la unidad siempre pregunta a un compañero.

En general se suele usar una guía de administración de fármacos en el neonato como soporte para la preparación de medicación.

Los factores estresores mas habituales son: la inexperiencia a la hora del cálculo de dosis pediátricas y la urgencia vital, las órdenes verbales o la letra del tratamiento médico, alarmas de los monitores, ruido ambiental y compañeros que preguntan o hablan cuando estás calculando y preparando la medicación.

Los errores más comunes cometidos en la uci neonatal son los realizados a la hora del cálculo de las dosis. También hay que fijarse si el fármaco viene preparado en miligramos o microgramos. Otro error común es el cálculo de nutrición parenteral ya que se deben restar los lípidos del volumen total de la nutrición parenteral del tratamiento médico pautado.

CONCLUSIONES:

Se puede concluir que el personal nuevo en la unidad consulta al personal experto a la hora de calcular y preparar la medicación. Respecto al objetivo número 2 y 3, se puede concluir que la presencia de factores externos ambientales como la urgencia vital y las ordenes verbales o escritas a mano por el facultativo conducen a errores.

C146/23 Creación de grupo multidisciplinar de insuficiencia cardiaca en el Sector I de Zaragoza.

Primer Autor: David Bierge Valero

Coautores: Elisa Pilar Salazar Gonzalez, Isabel Fiteni Mera, Diego Ochoa Zarzuela, Ana Gomez Marco, Cristina De La Aldea Gasull, Beatriz Rodriguez Larraca, Pilar Gonzalvo Hernando

Centro: Hospital Royo Villanova

Resumen:

OBJETIVOS:

En España la IC representa la tercera causa de mortalidad cardiovascular y es la primera causa de hospitalización en la población mayor de 65 años, sobre todo en las mujeres. Tras un primer diagnóstico de IC son frecuentes los reingresos hospitalarios. La interrelación entre atención primaria y la atención hospitalaria es vital.

MÉTODO:

Atendiendo a la complejidad tanto de la sospecha como del diagnóstico y de la atención de la insuficiencia cardiaca, así como la importancia de que se haga de forma rápida para intentar mejorar el pronóstico, se ha creado un grupo multidisciplinar implicado en esta patología para mejorar todos los aspectos relacionados con la asistencia en nuestro Sector Sanitario, adaptada a sus recursos.

El grupo está formado por representantes de servicios hospitalarios de cardiología, medicina interna y geriatría y por representantes de los Centros de Salud de Atención primaria. Se realizan reuniones periódicas para mejorar la continuidad asistencial en el proceso de la insuficiencia cardiaca.

RESULTADOS:

Desde la creación del grupo se ha trabajado en los diferentes aspectos de la continuidad asistencial de la insuficiencia cardiaca en nuestro sector sanitario.

- Optimización de la transición al alta hospitalaria: calidad del informe de alta hospitalaria, consulta precoz en Atención Primaria y Atención Hospitalaria.
- Criterios de buen control clínico en la consulta y actividades a realizar en la misma
- Establecer una vía de comunicación eficiente para la derivación de los pacientes con diagnóstico de novo o descompensación de IC que necesiten Atención Hospitalaria
- Criterios de derivación/alta de la consulta especializada a Atención Primaria
- Creación de una ruta asistencial de insuficiencia cardiaca
- Material para el paciente: recomendaciones, educación sanitaria y autocuidado.

CONCLUSIONES:

El grupo multidisciplinar de insuficiencia cardiaca del Sector I es de reciente creación. Gracias al entusiasmo y dedicación de los profesionales implicados se está mejorando la continuidad asistencial y en definitiva, la atención a los pacientes con insuficiencia cardiaca.

C147/23 La salud mental en la adolescencia: Proyecto interdisciplinar educativo-sanitario

Primer Autor: *Delia Royo Pérez*

Coautores: *Magdalena Martínez Llaría, German García Antolín, Julia Sedano Martín, Sandra Gallego Villalta, Guillermo Sansegundo Sanchez, Casilda Esquillor Piracés, Mariluz Rodríguez Sanz*

Centro: Centro de Salud Parque Goya

Resumen:

OBJETIVOS:

Conocer, investigar y trabajar los trastornos y dificultades de salud mental en los adolescentes de nuestro sector.

Ofrecer cauces de ayuda, desestigmatización y psicoeducación de los mismos en el marco de la agenda 2030 con los Objetivos de Desarrollo Sostenibles.

MÉTODO:

El trabajo ha sido realizado por alumnos de Desarrollo de Capacidades de ESO del colegio Cristo Rey con sus profesores, en colaboración con profesionales sanitarios: pediatras del Centro de Salud Parque Goya, psiquiatras y enfermeros de la Unidad Infanto Juvenil de Salud Mental Amparo Poch. Se confeccionó una encuesta anónima a la que respondieron 318 alumnos de la ESO, tras difundir un vídeo motivacional. Se analizaron los datos detectando los temas que más preocupaban al alumnado: ansiedad, estrés, autolesiones, adicciones a las tecnologías, trastornos de la alimentación,.. Posteriormente llevaron a cabo una investigación sobre estos problemas y realizaron el guion de los vídeos.

RESULTADOS:

El producto final del trabajo es la realización de vídeos cortos, sencillos, atractivos y claros con la siguiente estructura: definición de los trastornos, sus principales síntomas, consejos de especialistas y posibles intervenciones y una parte creativa. Se han creado plataformas de difusión en redes sociales (tokapp e instagram) para favorecer la accesibilidad a los adolescentes y un site sobre Salud Mental desde donde poder visualizar los vídeos al completo. Finalmente se presentó el proyecto a toda la comunidad educativa y la sociedad aragonesa. En los vídeos se trata de explicar, desestigmatizar y dar pautas a adolescentes que se encuentren ante un problema psicológico o psiquiátrico propio o de sus compañeros, haciendo consciente a la sociedad que los problemas de salud mental no definen a las personas.

CONCLUSIONES:

Según la OMS, uno de cada siete jóvenes de 10 a 19 años padece algún trastorno mental. La realización de vídeos avalados por profesionales y difundidos en la comunidad permite el conocimiento de estos problemas. No ocuparse de estos trastornos en la adolescencia restringe las posibilidades de llevar una vida plena en un futuro y perjudican la salud.

C148/23 Impacto de la cirugía de Mohs en la sección de Registro e Intraoperatorias del laboratorio de Anatomía Patológica

Primer Autor: *Emma Olmedo Arbizu*

Coautores: *Marta Machín Abadía, María Pastor Adiego, Carolina Valero Torres, Mar García García, Clara Cabañuz Rocatallada, María Teresa Gasca Ramírez, Milagros Chico Rodríguez*

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

La cirugía micrográfica de Mohs (CM), aprobada en cartera de servicios de nuestro hospital desde 2021, es el tratamiento de elección del carcinoma basocelular de alto riesgo y en ella se analiza la totalidad de los márgenes quirúrgicos de forma intraoperatoria (IO), lo que consigue una tasa de recurrencia muy inferior a la cirugía convencional.

MÉTODO:

De forma general, se ha reevaluado el circuito de IO con adaptación del protocolo a las características del laboratorio, con revisión y detección de puntos de mejora cada 3 meses.

De forma retrospectiva se ha realizado una búsqueda de los datos relacionados con los indicadores planteados: número (nº) de casos realizados por jornada laboral, porcentaje (%) del tiempo de dedicación del técnico, % del tiempo del patólogo, nº de IO realizadas por caso y paciente, tiempo medio de respuesta del diagnóstico IO, promedio de bloques realizados por pase, promedio de portaobjetos realizados por pase y nº de portas por bloque. Finalmente, % del total de IO que ha representado la CM.

RESULTADOS:

El circuito de trabajo planteado ha sido viable y eficiente.

Entre 2021 y 2022, las IO derivadas de la CM han representado el 5,1% y el 6,7% del total de IO por año, respectivamente. En cuanto a los indicadores, 57 pacientes han sido intervenidos por CM distribuidos en un total de 31 días de quirófano, con una media de pacientes por jornada laboral de 1,8 (1-3). El nº total de IO por CM ha sido de 111, con una media de IO por jornada laboral de 3,58, y una media de IO por paciente de 1,95 (1-4). El tiempo medio de respuesta del diagnóstico intraoperatorio sólo se ha podido valorar en el 72% de los casos, siendo de 44,87 minutos. El % de tiempo que dedica el técnico en el estudio por caso es del 85%, mientras que el que dedica el patólogo es del 15%.

El promedio de bloques realizados por pase ha sido de 2,96, y el promedio de portaobjetos por pase de 13,8. El nº de portas por bloque ha sido de 4,46 (vs normal 4 portas/bloque según protocolo). Finalmente, en 35 pacientes (61%) ha habido cambio de actitud terapéutica durante el acto quirúrgico, ampliándose el nº de pases.

CONCLUSIONES:

La CM supone la reorganización de cargas de trabajo en la sección de Registro e Intraoperatorias, con impacto sobre el trabajo programado sin incremento de personal y el ajuste resultante de otras tareas. La evaluación continua del circuito de trabajo, revisión e implantación de puntos de mejora son imprescindibles para la mejora del circuito.

C150/23 Talleres de formación comunitaria de Salud Informa

Primer Autor: *Raquel Villanueva Lizandra*

Coautores: *Manuela Velazquez Arguedas, Rosa Maria Gracia Martinez*

Centro: Centro de Salud de María de Huerva

Resumen:

OBJETIVOS:

Se pretende dar a conocer la aplicación de Salud Informa que se puede instalar en nuestro móvil, así como la web. De este modo, incentivar al paciente la autonomía de la gestión de su historial médico, consulta de citas, resultados, entre otros con un sólo click.

MÉTODO:

Realización de Power Point y librito para proporcionar en el curso a los pacientes. Se realizan carteles informativos, a través de redes sociales (Facebook Consultorio de Cuarte), Ayuntamientos de María de Huerva, Cuarte de Huerva y Cadrete y Administrativos en el Centro de Salud para dar a conocer la actividad. Se imparten cinco sesiones en diferentes municipios, comenzando el 19/05/2022 en el Centro Cívico de Cuarte de Huerva y siendo la última impartida el pasado 10/03/2023 en salón de Antiguas Escuelas de María de Huerva, cuya duración es de aproximadamente 2 horas. Posteriormente, se evalúan los resultados obtenidos así como detectar áreas de mejora posibles para futuras sesiones.

RESULTADOS:

Tras las sesiones impartidas de los talleres, el 80% de los pacientes que confirmaron su asistencia realizaron el taller, de los cuales el 75% de ellos han hecho uso de estas herramientas después de recibir la formación. Algunos de ellos incluso han repetido su asistencia para solventar dudas que le habían surgido con el uso de la aplicación. Ha aumentado la solicitud de códigos PIN para el acceso a las aplicaciones de Salud Informa, los cuales usan para ver resultados de análisis, solicitud de cita con su médico o consulta de citas de especialistas, indicando en varios casos, que ellos a través de la app, pedirán cita para ello.

CONCLUSIONES:

Los pacientes se sienten autosuficientes en la gestión de sus citas, pudiendo ver en un pantallazo la disponibilidad de días y hora para su elección según sus necesidades, a la vez de poder visualizar análisis, episodios en su historia clínica, certificado digital COVID, hoja de tratamiento y posología, entre otros.

C151/23 Grupo de acogida en la prevención y atención a la mutilación genital femenina (MGF) en el Centro de Salud de la Almunia.

Primer Autor: *Belén Abengochea Cotaina*

Coautores: *Susana Buil Langarita, Rafael Rodriguez Castillejo, Maria Pilar Valero Orós, Beatriz Castellote Colás*

Centro: Centro de salud de La Almunia

Resumen:

OBJETIVOS:

- Formar y concienciar a los profesionales del Equipo Atención Primaria.
- Captar a las niñas y madres de etnia africana que vienen al Equipo de Pediatría del Centro de Salud de La Almunia para incluirlos en los dos programas existentes sobre MGF.
- Acabar con la MGF trasformando las normas sociales y de género educando a la población.

MÉTODO:

En relación a la MGF en Aragón tenemos dos programas: "Prevención de la MGF en niñas" y el "Plan de Atención a la MGF".

Detectamos un aumento de la población de etnia africana en La Almunia, por ello se propusieron como estrategias:

- Formación al EAP de la Almunia.
- Trabajo en red con Médicos Mundi y Trabajadores Sociales de la zona.
- Registro del protocolo de Prevención MGF en niñas africanas del centro de salud de la Almunia en la segunda visita del Programa Niño Sano.
- Captación a sus madres y contacto con la Trabajadora Social y con Médicos Mundi.
- Divulgación de la prevención de la MGF.

Como instrumentos de evaluación se plantean indicadores de alcance e impacto.

RESULTADOS:

INDICADORES DE ALCANCE:

- Personas del EAP que acuden a las charlas de Prevención MGF/total personas del equipo. Objetivo: 30% de asistencia. Resultado: 72 %.
- Personas del EAP que acuden a charla impartida por Médicos Mundi en Formación MGF : Objetivo 30 % de asistencia . Resultado 100 %.
- Resultado: 86% (media de las 2 sesiones)
- Niñas africanas con realización del Programa de Prevención MGF/niñas africanas vistas en Programa niño sano. Objetivo: 70%. Resultado: 100% sobre un total de 17 niñas.

INDICADORES DE IMPACTO:

- Madres africanas que contactan con la Trabajadora Social o Médicos Mundi /total madres africanas acogidas. Objetivo:70%. Resultado:78% (11/14).
- Divulgación de la Prevención MGF a través de carteles y cuentos en las consultas del Centro de Salud. Objetivo:30%. Resultado: 80%

CONCLUSIONES:

- Es un trabajo realizado para un Programa de Calidad, multidisciplinar donde trabajamos coordinados y en red profesionales de la salud, trabajadores sociales, Médicos Mundi, consejo de salud, etc
- Hemos conseguido captar y trabajar el tema de la MGF con mujeres y niñas de etnia africana desde nuestro centro de salud.

C152/23 Proyecto de calidad consulta EPOC en Atención Primaria

Primer Autor: *Sandra Cantin Polo*

Coautores: *Maria Dacil Lorenzo Ramirez, Maria Pilar Vaqué Bielsa*

Centro: Centro de Salud de Andorra

Resumen:

OBJETIVOS:

Objetivos generales:

- Mejorar los conocimientos de la enfermedad en pacientes EPOC, sus familiares y/o cuidadores.
- Implementar y aportar información a los profesionales sanitarios.

Objetivos específicos:

- Fomento del autocuidado, llevando una vida saludable.
- Mejora la adherencia al tratamiento.

MÉTODO:

Estudio cuasi experimental en el que se escogen a pacientes EPOC pertenecientes a la cartera de servicios de Andorra. De todos los pacientes EPOC pertenecientes al centro de salud de Andorra, se eligen aquellos que no estén en seguimiento por el servicio de Neumología de Andorra.

En total se obtienen 80 pacientes de los cuales no se siguen a 42, es decir un 52,2 %. De todos los que no llevan seguimiento se llaman y se informa del proyecto que se va a llevar a cabo y si quieren participar.

En la búsqueda inicial se consigue que participen en el proyecto 16 personas, en total un 38,09% de participación. Se concierta una cita y se realiza una entrevista inicial y se comprueba que el diagnóstico sea correcto.

RESULTADOS:

Es importantes en los pacientes EPOC hacer un buen diagnóstico y seguimiento, para ello se comprueba que todos los pacientes tengan realizada una espirometría desde hace menos de un año. Al inicio se pasa un consentimiento informado.

En la entrevista se valora el tipo de EPOC que presenta (fenotipo), signos y síntomas del EPOC (mMRC), la calidad de vida (CAT), la adherencia terapéutica (TAI), la capacidad física (test de la marcha) y los hábitos de vida, si realiza ejercicio, si lleva una buena alimentación y si fuma.

A partir de ahí se medirá,

- Comparación pacientes que fuman al inicio y al final del proyecto.
- Comparación de pacientes que realizan ejercicio antes y después del proyecto.
- Comparación de la técnica de inhalación al inicio del proyecto y al final.
- Comparación de la capacidad física, mediante el test de la marcha al inicio y al final del proyecto.
- Valoración de la mejora de conocimiento antes y después de las diferentes sesiones clínicas
- Grado de satisfacción después de las sesiones clínicas.

CONCLUSIONES:

La búsqueda de pacientes EPOC ha resultado complicada, ya que hay pacientes que no están diagnosticados y muchos de los que estaban diagnosticados eran personas limitadas física y psíquicamente.

Es un proyecto que está en progreso, por lo que no se han podido sacar más conclusiones, ya que aún no se ha obtenido ningún resultado.

C153/23 Seguridad y calidad en la atención al paciente crítico: Control delirium

Primer Autor: Estela Val Jordan

Coautores: David Fuentes Esteban, Maria Dolores Vicente Gordo, Ana Mozota Pirla, Ines Garcia Fialdes, Marta Bosque Gomez

Centro: Hospital General de la Defensa

Resumen:

OBJETIVOS:

- Describir la casuística de la UCI
- Evaluar el conocimiento real del personal sobre delirium (ANALISIS DEL PROBLEMA)
- Implementar un protocolo asistencial previa formación del personal (EDUCACIÓN, COMUNICACIÓN, SEGURIDAD).

MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo, vigente en la actualidad, que consta de 4 fases:

1. Encuesta sobre delirium.
2. Protocolo: formación y puesta en marcha.
3. Análisis: registro de todos los ingresados en UCI durante el periodo de estudio, sin exclusión. Incluye datos epidemiológicos (edad, sexo, factores predisponentes de delirium) y clínicos (tipo ingreso, diagnóstico de delirium mediante la escala Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit, medidas farmacológicas y no farmacológicas y estancia media).
4. Feedback, al finalizar el periodo de estudio, se evaluará el grado de cumplimiento, seguridad, calidad asistencial y nivel de satisfacción percibido.

RESULTADOS:

La participación en la encuesta fue 100%. Destacar que la mitad de los encuestados defendía la contención mecánica como la medida más efectiva para su control y el 60% desconocía la escala CAM-ICU; sin embargo, el 77,8% consideraba fundamental su monitorización y más del 97% declaró que la instauración del protocolo mejorará la calidad asistencial. El periodo analizado (1/8/2022- 31/12/2022) incluye 58 enfermos (mujeres 45%, hombres 55%) con edad media de 69,74 años. El ingreso fue mayoritariamente de causa médica (65,5%). 45 pacientes (77,5%) presentaron factores de riesgo de delirium: HTA (32), polimedicación (28), pluripatología (28), ansiedad (12), antipsicóticos (10), déficit de audición (7), tabaco-alcohol (12). El delirium se detectó en 13 enfermos (22,4%), 4 hipoactivo y 9 hiperactivo. El hipoactivo fue diagnosticado mayoritariamente tras intubación prolongada. Los fármacos usados fueron: quetiapina (9), haloperidol (4), benzodiacepinas (3), dexmedetomidina (3), propofol (2) y clonidina (1). Se priorizaron las medidas no farmacológicas en todos los casos.

CONCLUSIONES:

- Las características de nuestros pacientes predisponen al delirium, probablemente infradiagnosticado hasta ahora.
- La encuesta demuestra la concienciación del personal. Se espera que el protocolo mejore la seguridad y calidad asistencial, disminuyendo la estancia y costes.

C156/23 Rendimiento de muestras de úlceras y heridas tomadas con torunda o jeringa en atención primaria (Sector Z-II)

Primer Autor: *Mónica Ariza Samper*

Coautores: *Víctor Viñeta Valdelvira, Natalia Burillo Navarrete, Sara Sanz Sanz, Violeta Frutos Millán, Laura Eva Franco Fobe, Antonio Rezusta López, Juan Manuel García-Lechuz Moya*

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Evaluar la calidad y el rendimiento de las muestras de exudados de úlceras y heridas, recibidas en la sección de exudados del Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet para cultivo bacteriológico, con el objetivo de realizar recomendaciones prácticas para los médicos y enfermeras del sector.

MÉTODO:

Periodo de estudio enero de 2018 a diciembre de 2022.

Se analizan muestras de exudados de heridas y Úlceras (se excluyeron heridas quirúrgicas, quemaduras y de pie diabético) recogidas con hisopo o con aspirado de jeringa.

Estudio comparativo de significación estadística entre dos opciones A=hisopos/B=jeringa; comparación de %positividad, negatividad y contaminadas.

Criterios de Positividad: recuento semicuantitativo $\geq 10^4$ ufc/uL de una o dos bacterias.

Criterio de negatividad: no se aisló ningún mo.

Muestras con flora habitual o contaminadas (mayor o igual a 4 microorganismos diferentes)="contaminada".

Se documentaron nº muestras recibidas, nº de muestras "contaminadas", nº muestras "negativas" y nº muestras "positivas".

RESULTADOS:

Muestras totales 6789, con resultado 6600; Incidencias 189 (119 hisopos/70 jeringas).

Hisopos totales 6121: positivo 3034, 49,5%; negativos 794, 12,9%; contaminadas 2293, 36,6%.

Jeringas totales 479: positivo 246, 51,3%; negativos 90, 18,8%; contaminadas 143, 29,8%.

Positividad: Sin diferencias estadísticamente significativas entre hisopo y jeringa.

Negatividad: Hisopo<jeringa. Hay un 45% posibilidades más de que una jeringa de un resultado negativo que de un hisopo; $p=0.008$ (IC 95%).

Contaminaciones: Hisopo>jeringa. Hay un 25% más de posibilidades que el hisopo salga contaminado respecto de la jeringa; $p=0,002$ (IC 95%).

Muestras de hisopos mayoritarias y con mayor número de contaminaciones por mala calidad de la muestra debido a una recogida deficiente, mala higiene local de la zona o tratamiento antibiótico previo (datos no recogidos). La muestras de jeringa tienen mayor número de positividad y al mismo tiempo de negatividad y muchas menos contaminaciones.

CONCLUSIONES:

A pesar de que el porcentaje de positividad es muy similar entre las muestras recogidas de úlceras y exudados de heridas de una u otro modo, el porcentaje de contaminaciones es significativamente mayor en las recogidas con hisopo, por lo que recomendamos en la medida de lo posible que dichas muestras sean recogidas mediante aspiración con jeringa.

C157/23 Mejora en la informacion de los tramites para dar de alta como beneficiario en la seguridad social a un recién nacido

Primer Autor: *Manuela Velazquez Arguedas*

Coautores: *Raquel Villanueva Lizandra*

Centro: Centro de Salud de María de Huerva

Resumen:

OBJETIVOS:

Facilitar la autonomía del paciente, contribuir a la sostenibilidad del sistema a través del uso de las tecnologías.

Mejorar los trámites administrativos, Facilitar informacion actualizada a los padres antes del parto.

Desarrollar estrategias de formacion y capacitacion de los usuarios.

MÉTODO:

Se proporcionará Guía con la información necesaria a través del servicio de admisión cuando soliciten cita con la matrona por embarazo y también en la consulta de su matrona. Se informa tambien a través de las redes sociales del Centro de Salud. Se proporciona codigo QR para acceder de forma rápida a la página de la Seguridad Social donde deben realizar unos sencillos trámites.

RESULTADOS:

Tras casi un año de trabajo, se han realizado y entregado más de 200 folletos de información a las pacientes que acuden a la matrona para seguimiento de embarazo.

En torno al 85% de los padres que acuden a dar de alta al recién nacido con su pediatra a los que se ha entregado la informacion con anterioridad, han realizado el alta como beneficiario en el portal de la Seguridad social.

Para la medición de datos se ha realizado una hoja estadística en la que se apunta cada recién nacido al que se le asigna un pediatra y si ha sido dado de alta en la seguridad social como beneficiario antes o no. En el caso de que no se hubiera dado de alta se pregunta el motivo y si ha sido o no informado desde su matrona. También se crea en OMI un acto administrativo indicando Guía alta INSS cuando se entrega la información y otro acto administrativo denominado Alta INSS realizada para facilitar la búsqueda para hacer el recuento de datos.

CONCLUSIONES:

Se ha aumentado la percepción sobre la importancia que tiene que un hijo tenga asignado un pediatra días después de recibir el alta hospitalaria tras su nacimiento. Creemos que las estrategias encaminadas a la participación del paciente en la resolución de asuntos que les atañen, son clave para la mejora de la calidad del sistema sanitario.

C158/23 Participación de usuarios y familias en la humanización de una unidad de hospitalización psiquiátrica

Primer Autor: *Miguel Martinez Roig*

Coautores:

Centro: Hospital Royo Villanova

Resumen:

OBJETIVOS:

Constituirnos en unidad abierta

Disponer de un protocolo nuevo que permita establecer reglas internas para manejar las situaciones de riesgo de forma personalizada para cada paciente y que permita que la restricción de libertades sea la mínima imprescindible
realizarlo incorporando a los grupos de trabajo a usuarios y familiares.

MÉTODO:

Creación de un grupo de trabajo que se reunió semanalmente durante 3 meses para elaborar un nuevo protocolo para la planta de psiquiatría del HRV.

Designar un grupo de seguimiento del protocolo, su nivel de implantación y las incidencias surgidas al aplicar el mismo.

Las actividades desarrolladas se han dividido por una parte en la reuniones del equipo que han tenido una frecuencia prácticamente diaria destinada a delimitar el tipo de actividades y la organización del equipo dentro del programa de humanización y por otra parte se han desarrollado cinco reuniones de miembros del equipo con usuarios y familiares a través de las asociaciones ASAPME y Paso a Paso.

RESULTADOS:

Los temas abordados en las reuniones y los documentos elaborados a partir de ellos han sido:
Pautas de funcionamiento de la unidad, con la elaboración de un protocolo de contrato terapéutico en el que están recogidos las pautas para la permanencia en la unidad.

Tipo de actividades a desarrollar en la unidad, expresadas en la infografía de los horarios de la unidad.

Cómo evitar las intervenciones coercitivas, para lo que se ha intervenido a nivel formativo con el personal manteniendo el modelo de SafeWard.

Cómo humanizar la atención en urgencias, lo que ha permitido recoger sugerencias para trabajar en grupos posteriores con el servicio de urgencias.

Proceso de alta de la unidad con un protocolo de salida de la unidad.

La principal limitación a la hora de realizar el proyecto es que se ha desarrollado en el contexto de una Ope de psiquiatras, traslado de enfermería y acoplamiento de TCAEs. La dificultad para consolidar un grupo estable de trabajo hace difícil avanzar en el consenso en determinados temas.

CONCLUSIONES:

Es preciso desarrollar programas paralelos de formación con todo el personal ante lo inevitable de la rotaciones.

La incorporación de familiares y usuarios a la gestión de la planta tiene que ser el germen de una forma estable de colaboración porque permite identificar percepciones que en muchas ocasiones no coinciden con las del personal.

C159/23 Experiencia en formación afectivo sexual en el I.E.S. de Andorra

Primer Autor: *Susana Isabel Lopez Sauras*

Coautores: *Ana Maria Garcia López, Anna Irena Bidzinska, Elena Pérez Oto, Dacil Lorenzo Ramírez, Sandra Cantin Polo*

Centro: Centro de Salud de Andorra

Resumen:

OBJETIVOS:

Formar a los alumnos de primero, segundo, tercero, cuarto y formación profesional básica, sobre sexualidad, identidad de género, métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual (ETS), prevención de violencia de género y formar a otros profesionales mediante la participación en el programa Focus del IACS.

MÉTODO:

Este proyecto de intervención comunitaria, forma parte del proyecto Por tu Salud incluido en RAPPs y esta incluido dentro de la formación IACS como programa Focuss desde 2018. Desde el año 2011 realizamos intervenciones en el aula, con actividades, contenidos y objetivos adaptados a cada nivel. Evaluación de conocimientos: cuestionarios de conocimientos, con 10 preguntas de verdadero/falso, antes y después de la intervención. Valoración subjetiva del grupo de intervención tras cada intervención. Valoración de la satisfacción del taller: duración, contenidos, ponentes, necesidades de más/menos información con escala Likert del 1 al 5. El taller consiste en dos sesiones de intervención por curso. Se coordina con el departamento orientación.

RESULTADOS:

Curso 21-22 Participación 304 alumnos. Todos los cursos han ganado conocimientos entre el cuestionario previo y el posterior.

Sobre la satisfacción con el taller los alumnos de los diferentes niveles opinaron sobre la EXPOSICIÓN: muy buena, los TEMAS tratados: interesantes, la DURACIÓN DE LAS SESIONES: adecuadas, sobre si necesitan MÁS INFORMACIÓN: los alumnos de 1º y 2º de la eso contestaron que la mayoría respondieron que NO, pero entre el alumnado de 3º y 4º respondieron que si necesitaban más información. Si quieren REPETIR, la mayoría dice que SI, al preguntarles cuando, mayoritariamente dicen al año que viene.

Los alumnos Focuss, han valorado el programa 5/5.

CONCLUSIONES:

La valoración que hacen los alumnos del IES considerando en su mayoría necesaria la información y formación. Los alumnos focus lo valorar positivamente y en algunas zonas se esta empezando a realizar formación a alumnos de secundaria debido al programa FOCUSS. La actual coyuntura social hace necesaria la formación en materia afectivo sexual.

C160/23 Reformas estructurales para la mejora de la seguridad clínica en las consultas de Atención Primaria

Primer Autor: *Matilde Martínez Martínez*

Coautores: *María Teresa Lainez Lorente, Cristina Perez Díez, Nuria Esteban Perez, Jacqueline Vazquez Rodriguez, Santiago Valdearcos Esguidanos*

Centro: Dirección A.P. Sector Teruel

Resumen:

OBJETIVOS:

Implantar medidas estructurales y de organización en la Atención Primaria del Sector Teruel, desarrollando acciones para mejorar la información y formación sobre seguridad, dando a conocer el SiNASP, recomendando prácticas seguras y disponiendo de un Plan de Seguridad local.

MÉTODO:

En abril 2019 se crea la Comisión de Seguridad del Sector Teruel con tres líneas de trabajo: promover el uso seguro de medicamentos, mejorar la cultura de seguridad, y promover la gestión de riesgos a través de la notificación de incidentes. Posterior a un DAFO se priorizan cuatro líneas estratégicas:

- Cultura de seguridad del paciente (para ello se envió a todos los profesionales de nuestro sector un cuestionario sobre atención al paciente en atención primaria MOSPS-AHRQ)
- Unidad de gestión de riesgos.
- Comunicación entre profesionales y pacientes con apoyo al profesional y al equipo asistencial. Atención temprana a la segunda víctima.
- Prácticas seguras en el uso seguro de los medicamentos y en prevención de infecciones.

RESULTADOS:

En el 2020 comienza la elaboración del procedimiento de almacenamiento y conservación de medicamentos en los botiquines de los EAPs del Sector Teruel. Es aprobado con fecha 01/02/2021 y subido a la Intranet del Sector. Se difunde a todos los equipos.

Se envía a los profesionales de los 16 centros de salud el cuestionario sobre seguridad del paciente en atención primaria MOSPS-AHRQ para cumplimentar y enviar a la Dirección. Se han enviado 107 cuestionarios de 9 centros identificados (56,25%) y 43 cuestionarios sin identificar centro.

Durante el año 2022 comenzamos a diseñar el Plan de Seguridad Local del Sector Teruel cuyos objetivos son: proporcionar orientación a los profesionales para hacer frente a la situación crítica en el momento del evento adverso, estimular comunicación honesta, sincera y empática con el paciente y la familia tanto del evento como de las medidas de mejora adoptadas, facilitar herramientas que brinden apoyo emocional, profesional y legal al equipo de profesionales implicados en el Efecto Adverso y diseñar guía de respuesta en nuestra institución sanitaria.

CONCLUSIONES:

Falta cultura de seguridad tanto en los profesionales como en la población. Variabilidad en las actuaciones dentro de la práctica profesional. Se necesita que todos conozcamos la importancia del problema y facilitar formación a todos los centros de salud para que puedan identificar problemas y diseñar soluciones desde la base asistencial.

C161/23 Implantación del proyecto de mejora PROA Bacteriemia en el Hospital de Calatayud

Primer Autor: *Catalina Suso Estivalez*

Coautores: *M^º Mar García Andreu, Marta Gomara Lomero, Berta Vela Iglesia, Javier Pereira Boan, María Jose Nebot Villacampa, Vicente Compaired Turlan, Benjamin Gonzalez Ariza*

Centro: Hospital Ernest Lluch (Calatayud)

Resumen:

OBJETIVOS:

Las bacteriemias son infecciones con elevadas tasas de mortalidad (10-40%) y una morbilidad considerable. PROA Bacteriemia es una actividad integrada en el PROA del Hospital, cuyo objetivo es mejorar el pronóstico de los pacientes con bacteriemia y servir de actividad transversal para difundir la importancia del uso apropiado de los antimicrobianos.

MÉTODO:

Todas 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 por el equipo de medicina interna la adecuación del tratamiento, si precisa más pruebas o repetir cultivos. Contactamos con el médico responsable. Se registra la actividad en la HCE en sección "formularios-> registro bacteriemias" Comentamos casos difíciles con servicio de infecciosas/PROA de nuestro hospital de referencia HCU. A final de año revisamos los casos evaluados por el equipo clínico del PROA e identificamos áreas de mejora.

RESULTADOS:

En el primer año de implantación del proyecto de mejora se valoraron un total de 42 bacteriemias, de las 45 que habían sido notificadas 93.3% (3 fueron trasladados al HCU) Se hicieron un total de 81 intervenciones desde el grupo PROA (internistas, microbiólogos, enfermería y farmacéuticos), la mayoría de ellas fueron llamadas telefónicas por microbiología al médico responsable, en 31 de ellas se escribió en historia clínica electrónica o se hizo interconsulta, y en 12 de ellas se visitó al facultativo especialista con revisión por pares del caso de forma informal. 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 si cumpliríamos los requisitos.

Las recomendaciones médicas más realizadas fueron mayoritariamente repetir hemocultivos 18%, ajustar para desescalar según antibiograma 13%, iniciar antibioterapia en el 12% de los casos, ajustar según foco 10%, realización de ecocardiograma en el 10%, ajuste antibiótico por mala evolución en el 4%, haciendo un total de 106 recomendaciones.

CONCLUSIONES:

Se ha conseguido un alto cumplimiento de los niveles I, II y III de bacteriemia. Queda afianzar la continuidad del grupo y asegurar la consecución de los niveles básico, avanzado y excelente establecidos en el documento PROA-Hospitales. Otras opciones de mejora sería una mayor dedicación del personal o rotaciones FOCUSS en servicios de referencia.

C162/23 Valoración y manejo del dolor en la unidad de oncología: Sumamos excelencia

Primer Autor: *Beatriz Lucas Navas*

Coautores: *Cristina Lasala Villa, Rosa María Bernal Vintanel, Cristina Cristóbal Mercado, María Victoria Zapatero Ereza, Delia González De La Cuesta*

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Valorar el dolor en el paciente ingresado en la unidad de oncología.

Fomentar la autonomía del paciente en las actividades básicas de la vida diaria.

Mejorar la práctica clínica.

Utilizar la evidencia en la valoración, seguimiento y control del dolor oncológico.

MÉTODO:

Proyecto de implantación de la evidencia sobre la valoración y manejo del dolor en pacientes hospitalizados en la unidad de oncología de un hospital de tercer nivel. Para ello se revisó la última evidencia disponible, se seleccionó la guía adecuada, se analizó la situación de partida y las barreras existentes para llevar adelante el proyecto.

Las recomendaciones seleccionadas se implantaron durante 2022, enmarcado en el proyecto del Instituto de Salud Carlos III, de los centros comprometidos con la excelencia en cuidado, Sumamos Excelencia.

El seguimiento se ha realizado a través de los indicadores seleccionados en varios cortes, al inicio del proyecto, a los tres, seis y doce meses.

RESULTADOS:

La detección del dolor al ingreso del paciente como tras procedimientos dolorosos ha aumentado en un 20%, y se ha duplicado la valoración de la intensidad del dolor y su reevaluación.

La valoración integral del dolor aumentó un 50% a los seis meses del inicio del proyecto, pero ha disminuido en el último corte, así como la utilización del plan de cuidados instaurado según el dolor del paciente.

Se ha establecido como práctica clínica habitual la utilización de la escala EVA (escala visual analógica), valorando el dolor como una constante más.

Se sigue elaborando y trabajando en informar y educar al paciente y familia en el uso adecuado de la analgesia farmacológica además de utilizar técnicas no farmacológicas.

CONCLUSIONES:

Los pacientes necesitan ser formados en el manejo de su dolor, así como sus familiares. La evidencia científica es la base de los cuidados eficientes.

Incluir guías de práctica clínica y herramientas validadas optimiza los procedimientos y su evaluación, además de aumentar la calidad de los cuidados.

C164/23 Consulta CARE adaptada a las necesidades de demandas indemorables en el Centro de Salud Delicias Sur

Primer Autor: *Noelia Aguirre Abadía*

Coautores: *María Ibañez Torres, Alfonso Felipe Rubio, Tomás Fernandez Fortún, Belén Borrajo Gonzalez, Laura Collados Grao, Sonia Duce Camacho, Helena Rendón Fernández*

Centro: Centro de Salud Delicias Sur

Resumen:

OBJETIVOS:

- 1- Fomentar la consulta CARE en el C. S. Delicias Sur
- 2- Analizar las demandas indemorables que pueden resolverse por enfermería
- 3- Sensibilizar a los usuarios para acudir a las C.E. ante determinados problemas de salud
- 4- Hacer un triaje enfermero de todas las demandas indemorables que surgen en el centro , tanto telefónicas como presenciales.

MÉTODO:

PRIMERA FASE (ELABORACIÓN)

- Reunión de la dirección del centro con la enfermera encargada de dicha consulta donde se fijan los criterios a seguir (acceso exclusivo a las demandas indemorables de las consultas médicas, protocolos CARE, derivaciones, ubicación..)
- Presentación del proyecto a la Comisión de Calidad del Centro y tras su aprobación, al resto del equipo(personal médico , enfermero y equipo de admisión)

SEGUNDA FASE

Puesta en marcha de la consulta en horario de mañana de 8.15 a 13h y por un periodo no inferior a dos meses para valoración

RESULTADOS:

En los casi dos meses que lleva en marcha dicha consulta hemos obtenido los siguientes resultados:

- 1- Se han visto cada día una media de 28 pacientes,
- 2- Se han resuelto por enfermería en dicha consulta CARE una media de 23,4 % de las demandas indemorables (de los cuales sólo el 5% ha sido resuelto por protocolos CARE de ARAGÓN)
- 3- Se han derivado a consultas de enfermería a huecos de demanda aproximadamente un 5% (no era necesario su atención indemorable en el día)
- 4- Se han reconvertido 3 huecos de citas demandas indemorables de cada agenda de medicina en citas a demanda, para poder ser solicitadas por los usuarios , por lo que se reduce el tiempo de demora en dichas agendas.

CONCLUSIONES:

La educación a la población es un pilar básico en la reorganización de las INDEM de los C. de S., que ahora se centran en las C.M. , pueden ser resueltas por enfermería, descongestionando dichas agendas y potenciando el trabajo enfermero.

Este aumento de responsabilidad y de resolución enfermera debería ser reconocido profesional y económicamente.

C165/23 Consulta monográfica de infiltraciones en el Centro de Salud de Barbastro.

Primer Autor: *Cristina Lueza Lampurlanes*

Coautores: *Dolores Fabregas Canales, Dolores Perez Amaya, Helga Maria Porquet Gracia, Rosa Puertolas Mayayo, Carlota Sarabia Martinez*

Centro: Centro de Salud de Barbastro

Resumen:

OBJETIVOS:

Mejorar la asistencia precoz de la patología osteoarticular tributaria de beneficiarse de las técnicas de infiltración local.

Fomentar el aprendizaje de los médicos de familia en dichas técnicas.

Disminuir o demorar la necesidad de derivar a los pacientes por estas patologías a las consultas de atención especializada.

MÉTODO:

Captación de pacientes con patología osteoarticular tributaria de ser infiltrada, en la consulta del médico de familia.

Citar al paciente en la consulta monográfica creada para tal fin en el OMI-AP, una vez al mes.

Previo solicitar una prueba de imagen de la zona.

Se realiza la infiltración por el médico de familia bajo la supervisión de la reumatóloga, con los fármacos necesarios, anestésico, corticoide y/o ácido hialurónico, según la zona a infiltrar.

Se explica la técnica, las posibles complicaciones se solicita el consentimiento informado y se informa al paciente del seguimiento.

Enfermería le llama a las 24h y al 7º día y le cita al 28º día se evalúa dolor y satisfacción.

Recoger datos en EXCEL.

RESULTADOS:

se evalúan los resultados desde el mes de julio de 2022 hasta el 31 de marzo de 2023 según los indicadores establecidos en el proyecto

en abril se dio una sesión formativa para los profesionales por la Reumatóloga no se realizaron infiltraciones, seguimos registrando en mayo y junio para llegar a los 12 meses.

respecto a la cobertura del taller es de un 91'6% (80%-90%) tendríamos

respecto a las consultas evitadas por estas patologías en otras especialidades ha sido del 27,27% (20%-30%)

respecto a la participación de los profesionales en esta consulta 18'75% (40%-60%)

en cuanto a la satisfacción de los usuarios de un 60 % (60%-70%) según respuestas de encuesta de satisfacción.

respecto a la utilidad del taller para los pacientes se mide la disminución del dolor post infiltración mediante escala EVA con un resultado del 50%

en cuanto a la seguridad para los pacientes solo apareció una pequeña complicación, siendo el resultado del 3'03%

CONCLUSIONES:

Llama la atención que aunque la cobertura del taller es amplia, son pocos los profesionales que hacen uso del taller

sería necesario conocer barreras que impiden la participación en la actividad.

La disminución del dolor y de las derivaciones a otros niveles, entran dentro de objetivos.

pedir consentimiento informado por escrito.

C166/23 Análisis descriptivo de los Proyectos de Acuerdos de gestión 2022 del Servicio Aragonés de Salud.

Primer Autor: *Gyana Haydeé Canaán Dotel*

Coautores: *Natalia Enríquez Martín, Javier Quintín Gracia, Irene Fraile Peñaranda, Isabel Romero Abad, Irantzu Bengoa Urrengoechea, Luis Hijós Larraz, Juan Carlos García Aísa*

Centro: Departamento de Sanidad

Resumen:

OBJETIVOS:

- Describir las principales características de los proyectos de mejora de calidad del Servicio Aragonés de Salud del año 2022.
- Comparar los proyectos entre las líneas asistenciales, sectores, zonas básicas de salud, hospitales, centros de salud y especialidades de Aragón.
- Identificar los proyectos del 2022 que fueron presentados en el 2020.

MÉTODO:

A partir de los proyectos de mejora de calidad presentados y aprobados en el año 2022, se hizo un análisis descriptivo global para toda la Comunidad de Aragón, desagregando según línea asistencial, sector, zona básica de salud, hospital y unidad clínica.

Se calculó la razón de los proyectos por mil habitantes de cada zona básica de salud, identificando cuántos son atención comunitaria. Se determinó el número de proyectos según la profesión del coordinador (enfermeros, médicos u otra profesión), el promedio de participantes en los proyectos, el número de proyectos con pocas actividades propuestas (menos de 2 actividades). En cuanto a los indicadores, se determinó el promedio de indicadores de alcance y de impacto.

RESULTADOS:

Se presentó un total de 1295 proyectos, de los cuales se aprobaron 1210. El sector en el que se observó un mayor porcentaje de proyectos relacionados con la atención comunitaria (23%) y al cual corresponder el centro de salud con una mayor razón (8 por proyectos por 1000 habitantes) fue Barbastro. A nivel hospitalario, el Sector con un mayor número de proyectos aprobados fue Zaragoza II.

Los proyectos, en su mayoría (54,5%), fueron coordinados por médicos con un promedio de 6-7 participantes. En el 17% se propusieron menos de 2 actividades.

En 156 y 204 proyectos no se incluyeron indicadores de alcance e impacto, respectivamente. En todos los sectores se observó un promedio de 2 indicadores de alcance y 2 de impacto por proyecto, con excepción de Alcañiz y Calatayud (1 de alcance), y de Barbastro y Calatayud (1 de impacto).

Considerando el efecto de la pandemia COVID-19 en la implementación y seguimiento de los proyectos, se compararon las propuestas de los años 2020 y 2022, con el fin de identificar las que se presentaron en ambas convocatorias, identificándose 153 proyectos.

CONCLUSIONES:

Un alto número de proyectos presentados han sido aprobados en 2022. Se observó una mayor razón de proyectos en aquellos centros de salud con un bajo número de habitantes. Hay oportunidad de mejora en el uso de los indicadores, observándose un porcentaje considerable (30%) de los proyectos aprobados que no tenían indicador de impacto o de alcance.

C168/23 Minimizando el uso de papel, un ambiente laboral mas sostenible.

Primer Autor: *Eduardo Ponce Casas*

Coautores: *Sonia García Fuertes, Maria Jesus Del Cerro Morón, Ana Esmeralda Sanjuan Jaca, Luisa Continente Antolínez, Ana María Galisteo Padillo, Teresa Ramirez Gasca, Milagros Chico Rodriguez*

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Eliminar el archivo de papel y minimizar el uso de papel en el servicio de Anatomía Patológica (AP).

MÉTODO:

Valorado mediante indicadores de calidad a través de muestreo aleatorio representativo y comprobación de incorporación de hojas de solicitud de estudio de AP en el 100% de los casos y comprobar que corresponda con cada paciente. Se estableció el flujo de trabajo analizando el circuito de papel dentro del servicio entre los distintos laboratorios internos, secretaria del servicio, patólogos-MIR y del archivo, pudiendo realizarse le trabajo habitual, sin utilizar la hoja de solicitud de estudio, al adjuntarse previamente al sistema de información del laboratorio (LIS).

RESULTADOS:

El 31 de marzo del 2022, se inicia el escáner diario de informes del 2018 al 2022. Durante el proceso se detecta que los papeles de solicitud del primer trimestre y parte del segundo, del 2018, no disponían de código QR, por lo que la entrada se realiza de forma manual, siendo esta parte del proceso más lento. Finaliza el escaneo el día 14 de marzo del 2023 y se concluyó con la realización del muestreo de informes durante 5 años. Desde el año 2018-2022 se digitalizaron los siguientes documentos:

- Biopsias: 93.276
- Citologías: 11.771
- Ginecológicas: 35.765
- HPV: 25.157 (inicio en 2020-2022)

Con estos resultados, el total de documentos adjuntos escaneados durante el muestreo fue de 165.972.

CONCLUSIONES:

Escaneando la documentación evitamos errores en la trazabilidad del paciente, se agilizan los procesos al estar disponibles en todo momento, se evita la pérdida, robo o extravío de la documentación e incrementa la seguridad diagnostica. Eliminandoel archivo físico, supone un ahorro de espacio físico y de tiempo al evitar buscar entre archivos.

C169/23 Plan de acogida para personal de enfermería de nueva incorporación.

Primer Autor: *M^a Reyes Fabro Gardeta*

Coautores: *Santiago Gonzalez Arnal, Sonia Gutierrez Magdalena, Maria Luisa Opic Lafuente*

Centro: Hospital Royo Villanova

Resumen:

OBJETIVOS:

La presentación de un plan acogida a los profesionales de enfermería previa a su incorporación al Servicio de Urgencias, mejora sus niveles de satisfacción y efectividad en su trabajo diario, ayudándoles a disminuir el nivel de estrés que no solo afecta al profesional que lo padece, sino también al enfermo que depende de sus cuidados.

MÉTODO:

En primer lugar, se realizó una revisión bibliográfica, continuando con un análisis del Plan Funcional del Servicio 2019 y de las memorias anuales del Grupo de Mejora de Calidad, desde el año 2012 hasta la actualidad, proyecto que ha servido para analizar profundamente la situación del servicio y dar a conocer el papel fundamental de la enfermería en la organización de Urgencias.

La información previa que se ofrece “El Trabajo diario en Urgencias”, se realiza a través de sesiones formativas y con la divulgación de un QR dinámico, que da acceso la Guía de actuación del Servicio, permitiendo al profesional familiarizarse con las principales funciones de organización y cuidados que realiza la enfermera en la atención al paciente crítico.

RESULTADOS:

Iniciamos este proyecto en 2021, realizando la 1ª sesión clínica “El trabajo diario en el Servicio de Urgencias”, como parte del programa de formación en competencias comunes para profesionales sanitarios Internos. Tras los óptimos resultados, se han realizado diferentes sesiones: estudiantes de enfermería (6), profesionales de nueva incorporación (2) y personal Interno Residente (2). Estas sesiones son la base de la creación e implantación de un nuevo proyecto de mejora de calidad, elaborado durante el 2022, basado en una Guía de Acogida, así como un poster y tríptico para darle divulgación al proyecto. Toda la unidad y los equipos de mejora han colaborado en su elaboración, existiendo por parte de los profesionales una gran implicación en la lucha por reducir la variabilidad de los procesos de la práctica asistencial y en la importancia de la organización.

Es positivo presentar un margen para la mejora continua, para ello se realizarán dos actualizaciones al año de la Guía de Acogida, mayo y diciembre, coincidiendo con la época de mayor contratación de personal.

CONCLUSIONES:

Actualmente a través de sesiones clínicas y la próxima implantación de la guía de acogida estamos consiguiendo una mayor adherencia al Plan Funcional, contribuyendo a la teoría del cambio con una mejora de la práctica clínica, a través de la unificación de procedimientos, e incrementando la seguridad del paciente y la calidad asistencial.

C170/23 Vigilancia y prevención de las infecciones relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS) en el Área Quirúrgica

Primer Autor: *Valera Esther Juberías Sánchez*

Coautores: *M^a Pilar Tejero Tomás, Joana Jiménez Lainez, Paula García Del Toro, Beatriz Sanz Julve, Francisco Javier Moliner Lahoz, Gyana Haydee Canaan Dotel*

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

El objetivo del estudio es realizar un análisis cuantitativo de las observaciones directas, realizadas por el Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Preventiva, en materia de prevención de las IRAS en las unidades de enfermería quirúrgicas del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, con la finalidad de establecer áreas de mejora.

MÉTODO:

Material y métodos: La recogida de datos se realiza a través de formularios internos, que recogen información sobre la observación directa de prácticas higiénicas, tales como cumplimiento de los profesionales de las medidas de precaución basadas en el mecanismo de transmisión, y el cumplimiento de prácticas higiénicas (estado de la cartelería, cumplimiento del protocolo de uso de detergentes/desinfectantes, existencia de productos de higiene de manos en el punto de atención, y cumplimiento de normas básicas de orden en el entorno del paciente). Así mismo se evalúa la información a pacientes y familiares sobre medidas de precaución basadas en la transmisión durante el ingreso y al alta.

RESULTADOS:

Resultados: Se trata de un estudio preliminar que pretende conocer la situación de partida y detectar áreas de mejora. Siendo conscientes que el número de observaciones es escaso, los datos deben ser evaluados con cautela. Nos encontramos con un incumplimiento por parte de los profesionales sanitarios y no sanitarios del 15,8% en cuanto a las medidas de precaución basadas en el mecanismo de transmisión (Enfermeros 5,4%, TCAE 11,1%, Facultativos 22,2%, celadores 30,2% y Personal de Limpieza en un 26,1%). También se observa un 10% de incumplimiento de prácticas higiénicas correctas. Finalmente hay un 87,5% de pacientes informados por parte del Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Preventiva, sobre las precauciones basadas en la transmisión de microorganismos multirresistentes durante su ingreso y al alta.

CONCLUSIONES:

Conclusiones: Aunque en el periodo de estudio no se observa un bajo cumplimiento de las precauciones basadas en el mecanismo de transmisión, así como el de prácticas correctas, consideramos necesaria la aplicación de programas de intervención y de auditoras, con implicación de todos los colectivos.

C171/23 Gestión integral de la hidradenitis supurativa (HS)

Primer Autor: *Servando E. Marrón Moya*

Coautores: *Lucía Tomás Aragonés, Marcial Alvarez Salafranca, Beatriz Abad Bañuelos, Bestriz Clemente Hernández, Daniel Murciano Trigo, Yolanda F. Gilaberte Calzada*

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Objetivo 1º: Armonizar las medidas de resultados para la HS. Objetivo 2º: Diseño de cuadernos de recogida de datos (CRD) para las diferentes visitas. Objetivo 3º: Realizar un registro de HS (TREAT-HS-Aragón). Objetivo 4º: Educación Terapéutica del paciente con HS. Objetivo 5º: Optimización del uso de fármacos biológicos.

MÉTODO:

Se formaron grupos de trabajo para: a) analizar las potenciales variables de interés para el caso trabajando hasta su definición total. b) para diseñar y maquetar los diferentes CRD. c) para elaborar el google-doc base de entrada de datos al registro. d) para diseñar y desarrollar los grupos de educación terapéutica. e) Se realizó switch de Humira® por parte de los profesionales dermatólogos participantes en el proyecto a Adalimumab biosimilar integrantes de la consulta monográfica de HS. Tras todas las acciones había una puesta en común entre los participantes para validar los trabajos. Se diseñaron 6 indicadores para medir los resultados.

RESULTADOS:

Objetivo 1º: Se han identificado 77 variables distribuidas en 13 sociodemográficas; 25 clínicas y 39 de resultados. Objetivo 2º: Se han confeccionado los 3 (CRD's) previstos, para visita de inclusión y para visitas 24 y 52 semanas. Objetivo 3º: El registro TREAT-HS-Aragón está creado y ya se han empezado a incluir pacientes. Objetivo 4º: se han realizado 2 grupos de educación terapéutica según lo previsto, en ellos han participado 17 pacientes, 10 de ellos mujeres. Con IMC en el rango 20,8-44,0 (media 32,46). Severidad actual referida por los pacientes, 5 severo, 5 medio y 6 leve. NRS dolor en el rango 0-10 (media 5,06). NRS olor en el rango 0-10 (media 4,36). Años de evolución de la HS en el rango 3-40 años (media 12,8 años). 4 de los pacientes en ILT, 2 en paro, 2 jubilados y los restantes 9 en activo. Objetivo 5º: De los 58 pacientes en tratamiento al inicio de 2022 se ha realizado el "Switch" de Humira® a Adalimumab biosimilar a 31-12-2022 en el 96,6% y a día de la fecha está realizado en el 100% de los pacientes con el consiguiente ahorro farmacéutico.

CONCLUSIONES:

1ª: Es una actividad útil en práctica clínica real. 2ª: El desarrollo de los grupos está siendo muy bien valorada por los pacientes. 3ª: La creación del registro nos está permitiendo tener datos precisos en tiempo real de nuestros pacientes. 4ª: Hemos optimizado recursos en el tratamiento de los pacientes.

C172/23 Mejorando el funcionamiento de la Consulta de Alta Resolución Enfermera (CARE) en Monzón Urbano

Primer Autor: *Adolfo Lanao Martin*

Coautores: *Yolanda Bordas Buil, Marta Ardanuy Gambau, Nuria Rodríguez Pauls, Pilar Ramos Español, Yolanda Lanao Fierro*

Centro: Centro De Salud Monzón Urbano

Resumen:

OBJETIVOS:

Principal:

Disminuir el estrés del personal de enfermería de la consulta CARE.

Específicos:

Crear un equipo de trabajo multidisciplinar.

Registrar las principales incidencias en consulta CARE.

Diseñar actuaciones alternativas a las incidencias.

Implementar las nuevas actuaciones.

Monitorizar la adecuación de las actuaciones implantadas.

MÉTODO:

La consulta CARE (Consulta de Alta Resolución Enfermera) mejora la accesibilidad de la población al sistema, mejora la calidad en la atención y optimiza los recursos. Existe la guía de protocolos para procesos agudos desarrollada por el Departamento de Sanidad. A veces surgen incidencias que no están recogidas en la guía generando estrés en la enfermera de CARE.

Método: Se crea un grupo de trabajo multidisciplinar: enfermeras, administrativos y médico. La enfermera de CARE registra las incidencias. El grupo se reúne para analizar y priorizar las incidencias creando nuevos protocolos según prioridad. En la reunión mensual de Equipo de Atención Primaria se presentan los nuevos protocolos y se valora el funcionamiento de los ya implantados.

RESULTADOS:

Se crea un indicador de alcance:

Porcentaje de enfermeros que registran incidencias= (N.º de enfermeros que registran en las hojas de incidencia/N.º de enfermeros que pasan la consulta CARE) X100.

Y dos indicadores de impacto:

Porcentaje de enfermeros que declaran que el programa es útil = (N.º de enfermeros que reconocen que el programa disminuye estrés. / N.º de enfermeros que pasan la consulta CARE) X100.

Porcentaje de nuevos procesos que se han considerado útiles = (Nº de nuevos procesos diseñados / Todos los procesos que se han diseñado) X100.

Siguiendo los objetivos podemos decir:

El 100% de las enfermeras reconocen que los nuevos protocolos diseñados ayudan a reducir el estrés en el puesto de trabajo.

Se creó un grupo de trabajo interdisciplinar con profesionales de las tres categorías implicadas: enfermería, medicina y administración.

Se diseñó una hoja de registro de incidencias estandarizada.

Se diseñaron e implantaron nuevos protocolos de actuación en respuesta a los registros de incidencia. Se reevalúan los nuevos protocolos tras implantarlos.

CONCLUSIONES:

Valoración global: el total de enfermeras reconoce que han reducido el estrés. Crear un grupo interdisciplinar permitió consensuar los proyectos desde el diseño. Difundir los protocolos en reunión de Equipo motivó e implicó a todos los profesionales.

Innovación: la Dirección extrapolará los protocolos al Departamento para añadirlos a la guía.

C173/23 Adquisición de habilidades como mentor en un programa de mentoring para enfermería en el Hospital Miguel Servet

Primer Autor: *Marta Borobio Tomás*

Coautores: *Ignacio Bruna Barranco, Susana Franco Lacasa, Inés Gorosabel Armengol, Beatriz Romanos Calvo, Delia González De La Cuesta, Inmaculada Mínguez Moreno, Marta Arnaldos Esteban*

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Conocer la adquisición de habilidades de la figura del mentor en un programa de mentoring para enfermería en el Hospital Universitario Miguel Servet.

MÉTODO:

Se realizó una formación inicial a cinco enfermeras para desarrollar la figura del mentor. De forma individualizada realizaron un DAFO en cuatro áreas definidas: formación, cultura organizacional, desarrollo profesional y habilidades personales, para monitorizar el proceso de adquisición de habilidades de mentorización. Para la evaluación de los mentores se realizaron meetings mensuales con el equipo coordinador del proyecto y un cuestionario ad hoc utilizando los niveles de Benner que recogiera la evolución del mentor tras los dos meses de duración del proyecto.

RESULTADOS:

En la formación el 100% de los mentores expresaron al inicio del proyecto un completo desconocimiento. Al finalizar, un 60% alcanzó el nivel 3: competente y un 40 % el nivel 4: eficiente.

Respecto a la cultura organizacional, en un principio un 80 % manifestó no tener experiencia. Tras el proyecto un 20 % alcanzó el nivel 3: competente, 60 % alcanzó el nivel 4: eficiente y un 20 % el nivel 5: experto.

Al inicio del proyecto, en desarrollo profesional, un 80% expresó no tener experiencia. Tras el proyecto, el 60% manifestaron haber alcanzado el nivel 3: competente y un 40% el nivel 4: eficiente.

El 100% de los mentores plasmó no ser capaz de identificar sus debilidades y fortalezas cuando comenzó el proyecto. Tras el proyecto, el 60% se encontraron en el nivel 3: competente y un 40% en el nivel 4: eficiente.

CONCLUSIONES:

Existe una mejora manifiesta en la adquisición de habilidades en las distintas áreas abordadas según los niveles de Benner para la mentorización, tras la realización del programa de mentoring para enfermería.

C174/23 Estudio de efectividad y seguridad del implante anticonceptivo subcutáneo de Etonogestrel

Primer Autor: *Cristina Pérez Díez*

Coautores: *Nuria Esteban Perez, Maria Teresa Lainez Lorente, Matilde Martinez Martinez, Santiago Valdearcos Enguidanos, Jacqueline Vazquez Rodríguez, Esther Aguar Lafuente*

Centro: Dirección A.P. Sector Teruel

Resumen:

OBJETIVOS:

Evaluar la efectividad y seguridad del implante subcutáneo hormonal de etonogestrel (Implanon NTX®).

MÉTODO:

Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron mujeres en edad fértil (15-49 años) de un sector sanitario a las que se les insertó por primera vez Implanon NTX® entre el 18 de mayo 2016 (fecha en la que comenzó el Programa para la organización de la Atención Anticonceptiva en la Comunidad Autónoma) - 31 de diciembre 2019. Periodo de seguimiento: desde la inserción hasta el 31 de diciembre 2022 (para completar 3 años de tratamiento) o retirada. Variables: sociodemográficas, historia obstétrico-ginecológica, de efectividad (índice de Pearl, tasa de retirada precoz (antes de un año) y antes del tercer año) y de seguridad (número y tipos de efectos adversos). Fuentes de datos: programa de dispensación a pacientes externos de la base de dato

RESULTADOS:

Se incluyeron 146 mujeres (edad media: 31,6±6,4 años), de nacionalidad no española (78,5%), multíparas (70,4%) y que habían utilizado previamente otro método anticonceptivo (95,8%). Las tasas de retirada precoz y antes del tercer año fueron del 18,5% y 76,7% respectivamente, siendo las principales causas de retirada la alteración del patrón de sangrado (30,2%) y el deseo de embarazo (15,8%). Ningún factor influyó de forma estadísticamente significativa en la retirada precoz del implante ni antes de los tres años. El índice de Pearl fue del 0%, lo que determinó una efectividad del implante del 100%. El 26,4% de las mujeres presentó efectos adversos, principalmente spotting (38,5%), cefaleas (33,4%) y cambios de humor (21,1%).

CONCLUSIONES:

El implante anticonceptivo subcutáneo es un método anticonceptivo efectivo, seguro y bien tolerado.

C175/23 Trabajo de la unidad de trastornos respiratorios del sueño y la empresa de terapia respiratoria

Primer Autor: *Luisa Margarita Cabrera Pimentel*

Coautores: *Laura Martin Biel, Isabel Pilar Jimenez Gonzalo, Cristina Alexandra Romero Espinosa, Enrique Bardi Lasheras, Maria Jose Vizoso Román, Lidia Rocha Gancedo, Maria Teresa Martin Carpi*

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

- Evaluar el seguimiento del paciente con trastornos respiratorios del sueño (TRS), mediante la plataforma de la empresa de terapia respiratoria domiciliaria (TRD).
- Identificar variables registradas en la plataforma de la empresa TRD.
- Evaluar oportunidades de mejora en la colaboración entre el profesional de salud y la empresa de TRD.

MÉTODO:

Las empresas prestadoras del servicio TRD, a través de su personal especializado en la atención y cuidado de estos pacientes, realizan parte del seguimiento y control del paciente de forma protocolizada y coordinada con los neumólogos. El modelo asistencial que se propugna es el centrado en el paciente y en su servicio, considerados socios estratégicos.

Analizamos una muestra de los pacientes que inicia tratamiento desde enero hasta abril 2022, con revisiones según protocolo (30 y 90 días), 100 pacientes, identificando las variables registradas en la plataforma a la que accedemos los facultativos complementando nuestro proceso asistencial: sexo, edad, horas de uso, presión de CPAP, índice de apnea-hipopnea (IAH) residual.

RESULTADOS:

De los 100 pacientes estudiados, había 38 mujeres y 62 hombres con una edad media 59 años. Las variables solicitadas por la unidad del sueño para tener los datos completos del tratamiento de los pacientes que están con TRD son: presión de la terapia, IAH residual, horas de uso. De nuestra muestra 52 pacientes presentaban todas las variables, 48 pacientes con una sola variable, siendo la más frecuente las horas de uso. En cuanto al tratamiento, el tiempo medio de uso de CPAP por noche necesario es de 4 horas, presentando 49 pacientes buena cumplimentación, 34 mala cumplimentación y en 17 pacientes no presentaban datos de hora de uso. En relación al IAH residual, el objetivo es tener menos de 5/hora eventos respiratorios. En la muestra 48 pacientes conseguían el objetivo. En 4 pacientes no se conseguía el objetivo de IAH residual pero la empresa se lo comunica al facultativo de la unidad del sueño para su intervención en el tratamiento. En 48 pacientes no había datos de IAH residual.

CONCLUSIONES:

La plataforma suministrada por la empresa TRD, es una buena herramienta para el seguimiento del paciente con TRS, mejorando el proceso asistencial.

La cumplimentación en la plataforma de los datos requeridos por los profesionales de la salud es el resultado de la colaboración entre ambos estamentos. Sin embargo, existe un margen de mejora.

C176/23 Donantes limite: ¿Dónde queda el sentido común?

Primer Autor: *Beatriz Virgos Señor*

Coautores: *Agustín C. Nebra Puertas*

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

La Organización Nacional de Trasplantes (ONT) tiene como objetivo estratégico lograr 50 donantes por millón de habitantes, aceptándose a tal efecto los donantes denominados limite o con criterios extendidos. Analizamos la eficacia de estos criterios en la donación hepática; se considera asumible un 20-30% de donantes ineficaces.

MÉTODO:

Estudio retrospectivo y descriptivo. Estudiamos las ofertas hepáticas realizadas al HCU, en los 4 primeros meses de 2023. Comparamos las características de las ofertas extracomunitarias con las de Aragón, y la eficacia de ambos grupos. Estudiamos su significación estadística mediante Chi Cuadrado, con 95% de intervalo de confianza.

RESULTADOS:

Ofertas extracomunidad: 21 de las cuales se trasplantaron en Aragón 5 organos, 3 se trasplantaron por otros equipos (Total trasplantables 38%), y 13 fueron órganos (62%) intrasplantables finalmente de ellos (de ellos 8 con pruebas normales-61%). Además de los 21 donantes, hubo un total de 9 (45%) hueros o no eficaces. Ofertas de Aragón: 8 de los cuales se han trasplantado 4 en Aragón (trasplantables 50%), y 4 hígados (50%) fueron no trasplantables (de ellos 2 con pruebas normales- 50%). Además de los 8 donantes hubo 2(25%) hueros o no eficaces. Sin diferencias significativas entre donantes de Aragón y extracomunitarios, pese a la mayor cantidad de donaciones ineficaces extracomunitarias.

CONCLUSIONES:

La existencia de donantes no eficaces, no es asumible en las cifras que evidencia nuestro estudio. No hay diferencias entre Aragón y el resto de España, probablemente por el tamaño muestral, pero hay una mayor eficacia en nuestra C.A. Se debería ser más estricto al seleccionar los donantes, sobre todo en el ámbito nacional.

C177/23 La Norma ISO 9001 sentida como herramienta de consenso para la organización del maletín de urgencias del PAC de Monzón

Primer Autor: *Alberto Gabarre Latorre*

Coautores: *Nuria Perez Sanz, Diego Mathias Klaas Fabregas, Concepcion Pueyo Manrique, Vanesa Piquero Bernad, Rafael Lizandra Raluy, Maria Isabel Paz Robles, Adolfo Lanao Martin*

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Objetivo principal:

Crear un procedimiento para estandarizar los procesos de: reposición y revisión de materiales y fármacos del maletín de urgencias.

Objetivos específicos:

1. Crear un grupo de trabajo representativo del personal que hace atención continuada.
2. Valorar el procedimiento como funcional y útil.
3. Sentir el procedimiento como.

MÉTODO:

En un Punto de Atención Continuada (PAC) el maletín de urgencias es la herramienta donde se encuentra los principales materiales, productos y fármacos para atender urgencias extrahospitalarias. Una buena organización de éste, sumado a un control de caducidades y reposición de materiales consumidos es clave para que el maletín esté siempre a punto para ser utilizado.

Método: El Centro de Salud de Monzón está en proceso de acreditación de la Norma ISO 9001. Desde atención continuada sentían la necesidad de estandarizar el orden, la revisión y la reposición del maletín de urgencias. Crear un procedimiento ISO para dicho maletín se está viviendo como la solución para consensuar las formas de proceder con el maletín.

RESULTADOS:

Indicador de alcance:

Porcentaje de Enfermeros de Atención Continuada (EAC) en el grupo de trabajo = $(\text{Nº de EAC en el grupo de trabajo} / \text{EAC en plantilla}) \times 100$

Indicadores de impacto:

Porcentaje de profesionales que valoran como funcional y útil el protocolo = $(\text{Nº de profesionales que hacen atención continuada y valoran como funcional y útil el procedimiento} / \text{Nº total de profesionales que hacen atención continuada}) \times 100$

Porcentaje de profesionales que sienten que se produce una mejora = $(\text{Nº de profesionales de atención continuada que sienten que se produce una mejora} / \text{Nº total de profesionales que hacen atención continuada}) \times 100$

Crear un procedimiento para estandarizar los procesos de: reposición y revisión de materiales y fármacos del maletín de urgencias ha supuesto la creación de un grupo de trabajo específico para la tarea.

El grupo está formado por el 80% de los EAC en plantilla.

El 100% de los profesionales sienten como útil y funcional el procedimiento.

El 100% de los profesionales sienten que el procedimiento supone una mejora frente a la forma de proceder anterior

CONCLUSIONES:

Todos los profesionales de atención continuada sienten como útil y funcional el procedimiento, además lo viven como una mejora respecto a la situación anterior.

El procedimiento puede extrapolarse a otros centros. La iniciativa nació de los EAC al percibir la Norma ISO 9001 como facilitadora para estandarizar procedimientos.

C178/23 Registro, evaluación y mejora de la atención telefónica prestada en el Centro de Salud Delicias Sur

Primer Autor: *Alfonso Felipe Rubio*

Coautores: *Meliton Blasco Oliete, Noelia M. Aguirre Abadia, Aurora Villanova Lanuza, Concepcion Rubio Paricio, Belen Borrajo Gonzalez, M. Pilar Lamarca Perez, Laura Collados Grao*

Centro: Centro de Salud Delicias Sur

Resumen:

OBJETIVOS:

Analizar los principales motivos de las llamadas telefónicas que realizan los pacientes al servicio de admisión del Centro de Salud Delicias Sur.

Contabilizar las llamadas cuyo propósito es reclamar una cita telefónica o algún error derivado de la misma.

Identificar el tramo horario en el que mayor número de llamadas se reciben.

MÉTODO:

Recogida de datos de las llamadas de junio de 2022:

- Fecha de la llamada.
- Horario de la llamada.
- Demográficos del usuario: sexo, edad, servicio por el que llama y motivo de la llamada.

Estudio descriptivo transversal de la información obtenida, análisis de los resultados y puesta en común

RESULTADOS:

Se han recibido un total de 3829 llamadas, 54,74% (2096 llamadas) se han concentrado en el primer tramo horario designado (8-11 horas), seguidas de 1443 llamadas de 11-14h (37,686%) y 290 llamadas de 14-17h (7,574%).

El número de pacientes por el que se han realizado llamadas ha sido de 3850, destacando que el grupo poblacional entre 18 y 65 años son los que más utilizan la atención telefónica (2145 llamadas que suponen un 56,02% del total), seguidos de los mayores de 65 con 1297 llamadas (33,873%).

Los servicios más solicitados han sido: medicina con un 68,843% (2636 llamadas), seguido de solicitudes a admisión (382 llamadas: 9,976%) y enfermería general (345 llamadas: 9,01%).

Un 66,597% (2550) de las llamadas se han realizado para coger cita y sólo un 19,64% (752) han sido llamadas de reclamación. Las más frecuentes han sido: problemas con la receta electrónica crónica 6,82% (261 llamadas), otro motivo de queja 5,12% (196), no haber recibido llamada a pesar de tener cita telefónica 3,787% (145) y no han respetado el horario de su cita telefónica 2,38% (91).

CONCLUSIONES:

Siendo que el grupo etario que más uso del servicio telefónico realiza es el de 18-65 años, se deben realizar estrategias activas de presentación, concienciación y acercamiento a la población de los servicios de la APP y la Web para disminuir la llamada telefónica como recurso inicial a la hora de solicitar una cita.

C179/23 Atención de calidad en consultas externas: Exploración proctológica estructurada en el servicio de cirugía general.

Primer Autor: *Raúl Latorre Tomey*

Coautores: *Luca Ponchietti, Damià Perelló Llabrés, Pablo Colsa Gutierrez, Maitane Larrañaga Zabaleta, Carlos Yanez Benitez*

Centro: Hospital Universitario San Jorge (Huesca)

Resumen:

OBJETIVOS:

Actualmente la exploración proctológica en las consultas de nuestro servicio se realiza de forma no organizada, existiendo una amplia variabilidad entre los distintos facultativos. Tras estudiar la situación, se decide crear una exploración proctológica estructurada para identificar el manejo diagnóstico-terapéutico más apropiado para cada paciente.

MÉTODO:

Se lleva a cabo un estudio de los diferentes tipos de exploración de la región proctológica de los facultativos que se están llevando a cabo en las consultas externas de nuestro servicio. Tras observarse diferencias significativas entre los profesionales, se decide elaborar un registro de fácil y rápida cumplimentación que permita recoger la información necesaria para ofrecer una asistencia de calidad. Posteriormente, crear un registro que permita una recogida de datos objetiva, con información clara para compartir la información recogida entre los facultativos.

RESULTADOS:

La implementación de esta herramienta es reciente y hasta ahora los resultados obtenidos, en cuanto a atención al paciente, son favorables pero insuficientes para poder ofrecer un buen análisis de los mismos. La aplicación de este proyecto en hospitales de primer y segundo nivel, que a pesar de no tener una unidad específica de coloproctología, permitirá reconocer a pacientes con patología proctológica compleja y derivarlos si fuese necesario a aquellos facultativos dentro del servicio que se dediquen específicamente a dicho campo.

CONCLUSIONES:

La exploración proctológica estructurada permitirá recoger toda la información necesaria mejorando la seguridad del paciente, la eficacia y en consecuencia la calidad asistencial en cuanto al manejo diagnóstico-terapéutico.

C182/23 Factores asociados a estancias largas en ingresados por proceso agudo en un servicio de geriatría

Primer Autor: *M Pilar Ochoa Calvo*

Coautores: *Miranda Doz Arcas, Ana Lydia Sanchez Aso, Katia Ávila Rosales, Nerea Gómez Galardón*

Centro: Hospital Nuestra Señora de Gracia (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Conocer los factores asociados a estancias mayores a 12 días en ancianos hospitalizados en un Servicio de agudos de Geriatría.

MÉTODO:

Estudio casos- control. Casos: pacientes con estancia mayor de 12 días. Control: pacientes con estancia menor o igual a 12 días. Muestra: Ingresados en el servicio durante el primer semestre del año 2022. Variables: Edad, sexo, SPMSQ, I Barthel, institucionalización, índice de Charlson, apoyo social adecuado, estancia hospitalaria, caídas durante ingreso, úlceras, motivo ingreso, núm. de fármacos en tratamiento, AP: hipertensión; insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular, diabetes tipo 2. Prescripción de oxígeno domiciliario. Fallecimiento en el ingreso o en los 6 meses posteriores.

RESULTADOS:

Muestra total: 249 pacientes. Casos: 125, 64% mayores de 90 años. Controles: 124, 63% mayores de 90 años. Utilizando la prueba de χ^2 para las diferencias; las estancias largas se asocian a sexo masculino, demencia, dependencia, institucionalización, polifarmacia, uso de Oxígeno domiciliario y mortalidad; respecto a las patologías que ocasionaron ingreso: fractura y delirium, y en antecedentes diabetes y fibrilación auricular. Con análisis de regresión logística binaria: se confirma la asociación con dependencia (p 0.18), comorbilidad alta (p 0.005), ingreso por fractura (p 0.006). Con el sexo masculino (p 0.08).

CONCLUSIONES:

Tiene más posibilidad de tener estancias prolongadas los pacientes con dependencia o comorbilidad alta o cuando ingresan por una fractura. No se demuestra que la demencia, o tener factores de riesgo cardiovascular tenga más posibilidad de estancias más prolongadas. Estos resultados permiten diseñar nuevas estrategias para reducir estancias.

C185/23 Rapport y pase de planta conjunto en la Enfermería B del Hospital Ernest Lluch de Calatayud

Primer Autor: *Maria Jose Martin Martínez*

Coautores: *Catalina Suso Estívallez, Juan Manuel Martínez Guerrero, Míriam Gracia Andrés, Verónica Aguilar Gordo, Laura Estrada Escribano, Patricia Lasa García, Maria Jose Roy Andaluz*

Centro: Hospital Ernest Lluch (Calatayud)

Resumen:

OBJETIVOS:

El proyecto va dirigido al personal que trabaja en la planta B del hospital Ernest Lluch de Calatayud. Con ello pretendemos: mejorar las relaciones entre el personal de la planta, aumentando la satisfacción. Disminuir complicaciones en la asistencia relacionadas con la falta de información, para minimizar errores, aumentar la calidad del cuidado.

MÉTODO:

reuniones breves de lunes a viernes, de 20-30 minutos, entre el personal médico y de enfermería, donde se expone la situación y evolución clínica de los pacientes ingresados, sus tratamientos, sus cuidados y sus necesidades personales. El proyecto se llevó a cabo desde octubre de 2022 hasta mayo de 2023

RESULTADOS:

- Aumento en las relaciones interpersonales entre el personal de la planta B, mejoría de la comunicación, obtención resultados positivos a la hora de gestionar el trabajo diario y poder realizarlo de una forma más eficaz y efectiva.
- Se realizaron reuniones todos los días laborables del mes (100%). impacto medido con el número de sesiones/mes.
- Alcanzado el 100% de satisfacción de la plantilla, medido con encuestas de satisfacción.
- Conocimiento por parte de medicina, del trabajo y carga asistencial diaria que supone el manejo de los pacientes para enfermería, disminuyendo así cargas de trabajo.

CONCLUSIONES:

Este proyecto ha favorecido la comunicación entre el equipo, minimizando errores y complicaciones en la administración de tratamientos, el conocimiento integral de cada paciente. Se ha permitido la toma de decisiones autonomas por parte de DUES y TCAEs (levantar, O2, medidas antidisfagia). Se han conseguido altas precoces y menos efectos adversos.

C187/23 Mejora de la organización del proceso asistencia en A.P. mediante el triaje telefónico tras el alta hospitalaria.

Primer Autor: *María Mar Guzmán Barranco.*

Coautores: *Juan Carlos Palacin Arbues, Melissa Gabriela Larco Mendoza., Jose Pedro Martinez Casbas*

Centro: Centro de Salud San Pablo

Resumen:

OBJETIVOS:

Mejorar la continuidad asistencial del paciente en la transición tras el alta hospitalaria y del servicio de urgencias, así como de los pacientes con patologías especiales captados por salud pública (ej. Covid).

MÉTODO:

Revisar las altas (Hospitalarias o del Servicio de Urgencias) y/o usuarios en situación de enfermedades especiales, cada día de forma sistemática. Contactar con los usuarios en un máximo de 48 horas para responder a las necesidades que tengan derivadas de la situación de su nuevo estado de salud.

Desarrollando la herramienta informática en OMI-AP para enfermería (al igual que tienen los facultativos).

Crear huecos en las agendas de enfermería específicos de demanda no presencial telefónica, para llevar a cabo el contacto antes de las 48 horas.

RESULTADOS:

Los resultados de este proyecto fueron muy positivos con un alto porcentaje de cumplimiento, ya que se pudo realizar el contacto antes de las 48 horas con los pacientes dados de alta, tanto los ingresados como lo que acudieron al servicio de urgencias, así como aquellos pacientes con patologías especiales como (Covid) se les hizo un riguroso seguimiento hasta la curación de la misma.

CONCLUSIONES:

Las conclusiones entre otras que podemos llegar son:

- Satisfacción expresada por los pacientes cuando se les contactaba, aportándoles seguridad, tranquilidad. Disminuyendo así posiblemente efectos adversos por la falta de continuidad asistencial.

C188/23 Multimorbilidad, determinantes sociales e interseccionalidad. Resultados de la Cohorte EpiChron

Primer Autor: *Aida Moreno Juste*

Coautores: *Antonio Gimeno Miguel, Beatriz Poblador Plou, Clara Laguna Berna, María Isabel Cano Del Pozo, Luis A Gimeno Feliu, Alexandra Prados Torres*

Centro: Centro de Salud San Pablo

Resumen:

OBJETIVOS:

Caracterización de la multimorbilidad, desde un punto de vista interseccional, según los 5 ejes de desigualdad: género, edad, etnia, zona de residencia y clase socioeconómica.

MÉTODO:

Estudio observacional retrospectivo en la Cohorte EpiChron que integra información anonimizada sociodemográfica y clínica de la población del sistema público de salud de Aragón. Se incluyeron los pacientes con al menos una enfermedad crónica en 2019. Se analizó la probabilidad de multimorbilidad ajustada por edad en 36 estratos interseccionales definidos por sexo, etnia, zona de residencia y clase socioeconómica. Se calcularon odds ratio (con intervalo de confianza 95%) utilizando como referencia el grupo de hombres urbanos no inmigrantes con ingresos elevados. Se calculó el área bajo la curva del operador receptor (AUC) para evaluar la exactitud discriminatoria de la multimorbilidad.

RESULTADOS:

La prevalencia de multimorbilidad aumentó con la edad, y era mayor en mujeres e ingresos bajos. Los jóvenes y de mediana edad con ingresos bajos presentaban tasas de multimorbilidad equivalentes a los pacientes con ingresos altos 20 años más jóvenes. El análisis intersectorial demostró que las mujeres mayores inmigrantes de ingresos bajos y de zonas urbanas con más de 15 años de estancia tenían mayor riesgo de multimorbilidad OR = 3.16 (95% CI = 2.79-3.57). Ser inmigrante fue factor protector frente a la multimorbilidad, y los inmigrantes recién llegados presentaron tasas de multimorbilidad más bajas que los que llevaban más de 15 años en Aragón, e incluso que los no inmigrantes. Vivir en zonas rurales frente a urbanas protegía ligeramente frente a la multimorbilidad. Todos los modelos tuvieron una gran precisión discriminatoria (AUC = 0,7884-0,7895); se obtuvo un mayor AUC para el modelo que incluía todos los estratos interseccionales.

CONCLUSIONES:

La multimorbilidad es un desafío y está influenciada por los determinantes sociales. El enfoque interseccional reveló diferencias entre grupos poblacionales que pueden pasar desapercibidas por sinergias entre factores socioeconómicos y demográficos, más allá de sus efectos aditivos. Esto invita a realizar políticas de universalismo proporcional.

C189/23 Una herramienta para facilitar el cumplimiento de los objetivos del acuerdo de gestión (AG) en Atención Primaria (AP)

Primer Autor: *M^a José Alejaldre Celma*

Coautores: *Diana Serrano Peris, Mercedes Aza Pascual-Salcedo, M^a Jesús Lallana Álvarez, Angel Royo Sarto, Silvia Castán Ruiz, Victoria Ramirez Aleson, Santiago Marteles Casajus*

Centro: Direccion Atención Primaria Zaragoza III

Resumen:

OBJETIVOS:

Existen numerosas bases de datos que recogen la información de diferentes indicadores. El objetivo es integrar esta información en un informe periódico, que reúne los indicadores del AG de medicina y enfermería, para permitir identificar los puntos fuertes y las áreas de mejora de los equipos de atención primaria (EAP).

MÉTODO:

Se creó un grupo de trabajo con el fin de:

- Identificar las bases de datos fuente de cada indicador y las fórmulas que lo sustentan.
- Diseñar el formato del informe y del resultado de cada indicador.

Se elaboró una encuesta para conocer la opinión de los coordinadores médicos y de enfermería sobre su utilidad, formato, periodicidad de la información y forma de acceso al documento.

RESULTADOS:

Se ha elaborado un informe que incluye los indicadores del acuerdo de gestión: estrategias prioritarias, funcionamiento global, accesibilidad y atención a tiempo y uso racional del medicamento.

Los valores de cada indicador aparecen desglosados por profesional y agrupados por EAP

Los documentos se actualizan mensualmente y están disponibles en la intranet de AP.

Mediante un código de colores, se identifican los indicadores que requieren mejora importante, los que están en proceso de mejora y los que han alcanzado el objetivo.

La encuesta la cumplimentaron 21 profesionales (52%). Los resultados en una escala del 1 al 5 (1: no de acuerdo, 5: totalmente de acuerdo) fueron: consideran esta herramienta útil para gestionar el acuerdo de gestión (> 4: 80%); valoran positivamente la unificación de todos los indicadores en un único documento (> 4: 71%); consideran el formato adecuado (> 4: 53%); les gustaría una periodicidad trimestral (57%), mensual (28,6%) , semestral (9,5%) y prefieren un envío por correo individualizado a todos profesionales (71,4%)

CONCLUSIONES:

Los profesionales cuentan con una herramienta que les permite planificar las actuaciones clínicas y organizativas para alcanzar los objetivos de su acuerdo de gestión.

Esta herramienta ha sido valorada positivamente por los coordinadores.

La encuesta nos ha permitido recoger sugerencias de los profesionales que han sido tenidas en cuenta.

C190/23 Acogida y formación al personal administración en Atención Primaria en sector Alcañiz

Primer Autor: *Enriqueta Garcia Segura*

Coautores: *Carmen Blanc Emperador, Ana Sanz Perez, Monica Insa Gomez, Rosa Maria Vidal Bayod*

Centro: Centro de Salud de Alcañiz

Resumen:

OBJETIVOS:

- Formar en todos los ambitos al personal administrativo contratado del Sector de Alcañiz para realizar correctamente sus funciones.
- Crear protocolo de actuación y formación.
- Mejorar atención al usuario.
- Mantener formación continuada con todo el personal.

MÉTODO:

Implementamos en cinco fases:

- 1 Datos y firma del alumno en hoja de registro.
- 2 Entrega de manual de acogida donde aparecen todas las practicas de Administración y realización de Citaciones, donde se recogen todas las tareas que un/a administrativo realiza en su puesto de trabajo.
- 3 Realizamos la solicitud para que pueda realizar su trabajo, en OMI-BDU, Guara, LEE y pueda tener el c.e.
- 4 Todo el tiempo el alumno/a estara acompañado por el personal de admisión.
- 5 Formación Continuada.

RESULTADOS:

- Formación de todo el personal contratado administrativo del sector.

CONCLUSIONES:

- Todo el personal contratado trabaje con seguridad y conozca los procedimientos administrativos con los que se encontrara.
- Buen funcionamiento del servicio de admisión.
- Mejora de la antencion al usuario.

C191/23 Educación para la Salud Bucodental en los niños con la ayuda y concienciación de los padres.

Primer Autor: *M^a Pilar Navales Beltrán*

Coautores: *Lucía Garrido Sierra*

Centro: Centro de Salud Actur Oeste-Amparo Poch

Resumen:

OBJETIVOS:

1. Fomentar unos correctos hábitos de Salud Bucodental.
2. Mejorar la calidad de la Salud Bucodental en niños y padres.
3. Involucrar a los padres en el cuidado de la Salud Bucodental de sus hijos.
4. Promocionar la salud bucodental y la alimentación no cariogénica.

MÉTODO:

1. Charla informativa para los padres sobre:
 - * Evolución dental en los niños.
 - * Problemas más comunes en la erupción dental.
 - * Caries dental.
 - * Medidas dietéticas.
 - * Traumatismos infantiles y como actuar.
 - * Técnicas de cepillado e higiene oral.
2. Diagnóstico temprano con revisiones de los niños en el gabinete bucodental cada 6 meses.
3. Profilaxis de la caries a través de la aplicación de cubetas de flúor tópico cada 6 meses en el gabinete dental.
4. Folleto explicativo y motivador con pautas de higiene bucodental, alimentación y juegos que se entregará a los niños cuando acudan a consulta por primera vez.
5. Entrega de diploma a los niños tras la recogida de los folletos rellenados.

RESULTADOS:

- Se preparó folleto informativo y motivador con pautas de higiene bucodental, alimentación, juegos y lo más importante 6 hojas (1 hoja por mes) para rellenar por los niños/niñas cuando se cepillen los dientes después de cada comida. Se ha entregado desde febrero a junio (5 meses).
- Se prepararon 2 power point diferentes como apoyo visual para realizar charlas a los padre/madres.
- Se realizó diploma para entregar a los niños/niñas cuando nos devuelvan el folleto rellenado.
- Se preparó tríptico informativo para entregar a los padres/madres después de acudir a las charlas.
- Se organizaron 3 charlas con diferentes matronas del sector para informar del proyecto y programar las charlas.
- Se realizaron revisiones bucodentales (667 niños) y profilaxis de la caries (474 niños) a través de la aplicación de cubetas de flúor a los niños/niñas cada 6 meses.
- Se desarrollaron 7 charlas a lo largo del año para los padres (de 0 a 5 años acudieron 35 padres y de 6 a 8 años acudieron 195).
- Se ha realizado un estudio del nº de caries en los niños atendidos en la consulta.

CONCLUSIONES:

Las charlas para los padres han tenido buena acogida, aunque se pretende organizarse mejor con las matronas.

Debido al gran porcentaje de caries observado en los niños/niñas atendidos en consulta (36'5% en dentición temporal) se cree pertinente la sostenibilidad de las revisiones a los niños de 0 a 5 años.

C192/23 Sistema de gestión de la calidad liderado por enfermería en el Hospital de día de hematología.

Primer Autor: *Vanesa Calvo Sanz*

Coautores: *Belen Fernandez Castro, Laura Grima Campos, Ana Fanlo Colas, Itziar Iturriaga Casado, Alberto Millan Vicente*

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Mantener el certificado Iso 9001 en el Hospital de Día de Hematología (HDH), teniendo como responsable del mismo, por primera vez en nuestro hospital a una enfermera de la unidad, y utilizar las herramientas que ofrece la Norma para la búsqueda de una mejora continua de la calidad.

MÉTODO:

Para mantener el certificado Iso en el HDH se siguen los puntos que marca la Norma. En la fase de documentación se constituye un grupo de trabajo, del cual se nombra a un responsable. Todos los miembros del equipo deben estar formados y hay que sensibilizar al resto del personal en la forma de trabajar. Se realiza un diagnóstico previo, para planificar las actividades a desarrollar, siempre enfocadas en procesos y orientadas al paciente, y se implementa la documentación. Continuamos con la fase de implantación, es decir, demostrar que se hace lo descrito y está, se realiza a través de auditorías internas y revisiones por la dirección. Por último, pasaríamos a la certificación, que se conseguiría a través de la auditoría externa.

RESULTADOS:

El HDH cuenta con la certificación ISO 9001 desde el año 2016. El tener como herramienta de gestión de la calidad la Norma Iso 9001 permite desarrollar nuestro trabajo de forma sistematizada. De tal manera, que están documentados todos los procesos que se llevan a cabo en HDH, poseemos un análisis exhaustivo de nuestro contexto a través de un análisis DAFO, que nos permite conocer nuestras debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades para actuar sobre ellas. Además tenemos definidas las expectativas y necesidades de nuestras partes interesadas, contamos con el compromiso de todo el equipo ISO, de los profesionales implicados en los procesos, de la responsable de servicio actuando como agente facilitador, y de los miembros de la dirección facilitando los recursos necesarios.

El disponer de una exhaustiva matriz de riesgos, hoja de incidencias, encuestas de satisfacción de cliente externo e interno y partes de no conformidades nos ofrece la oportunidad de detectar puntos de mejora y establecerlos como nuevos objetivos futuros.

CONCLUSIONES:

El contar con el Certificado Iso 9001 en HDH permite conocernos mejor, tener una mayor comunicación interna y simplificar los procesos.

Además, supone una ventaja competitiva, aportando prestigio y confianza. Nos hace trabajar de manera eficiente, mejorando la seguridad del paciente, en definitiva, nos hace mejor como organización.

C193/23 Adecuación de la demanda de urocultivos y tratamiento antibiótico de las infecciones urinarias en Atención Primaria.

Primer Autor: *Natalia Burillo Navarrete*

Coautores: *Monica Pilar Ariza Samper, Marta Casaus Mairal, Rossi Nuñez Medina, Pilar Robres Guillen, Belén Pina Gadea, Carmen Labarta Mancho, Ana Isabel López-Calleja*

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

- Evaluar la adecuación de la demanda de urocultivos desde Atención Primaria (AP).
- Analizar la adecuación del tratamiento antibiótico empírico según la guía antimicrobiana del SNS o del tratamiento dirigido según resultado de antibiograma en la infección del tracto urinario (ITU).
- Establecer actividades PROA dirigidas a mejorar el manejo de la ITU.

MÉTODO:

Se identificaron los pacientes para los que desde AP del sector ZII, se les solicitó, durante una semana, urocultivo al Servicio de Microbiología (H. Miguel Servet).

Variables analizadas: resultado de urocultivo, motivo de solicitud, sedimento, inicio de tratamiento, antibiótico prescrito (J01*), adecuación del tratamiento. Fuente de información: historia clínica electrónica.

La adecuación del tratamiento se valoró, si se inició de forma empírica de acuerdo con la guía de tratamiento antibiótico de infección urinaria del Sector II, y si se inició o ajustó tras resultado de urocultivo, según sensibilidad del antibiograma.

Analizados los resultados se estableció un plan de trabajo entre los grupos PROA-AP y Microbiología-PROA-H.

RESULTADOS:

De las 527 solicitudes de urocultivo procesadas, 140 (26,6%) fueron positivas, 217 (41%) negativas y 170 (32%) contaminadas.

De los urocultivos positivos la solicitud fue adecuada en 63 pacientes (45,3%) por síntomas ITU, controles 25 (18%), pre-cirugía 2 (1%). La solicitud no fue adecuada en 32 (23%) y en 27 (12,2%) no estaba registrado el motivo de solicitud.

Se inició tratamiento empírico en 31 pacientes, siendo adecuado según guía en 23 (74%). No se pautó tratamiento en 38 de los pacientes sintomáticos.

Setenta y cuatro pacientes iniciaron tratamiento antibiótico tras resultado de urocultivo, 30 (41%) de ellos con urocultivo no justificado o motivo desconocido. En un 25% de los pacientes no se adoptó ninguna acción: 21 no se prescribió antibiótico, 11 sin revisión de informe y 3 sin ajuste de tratamiento.

Tras los resultados obtenidos se plantearon desde el grupo PROA-AP diferentes acciones: formación en toma de muestras urinarias dirigida a profesionales y a pacientes (material informativo) y formación sobre manejo de bacteriuria y de infección urinaria no complicada.

CONCLUSIONES:

Ante los resultados obtenidos, resulta necesario implantar acciones para adecuar la demanda de urocultivos, para hacer un uso eficiente de los recursos, y evitar tratamientos antibióticos innecesarios.

La coordinación de los grupos PROA AP y Microbiología-PROA-H contribuye a optimizar el uso de los antibióticos.

C194/23 Plan de humanización de la asistencia del Hospital Universitario “Miguel Servet” de Zaragoza

Primer Autor: *M^a Teresa Villa Gazulla*

Coautores: *Beatriz Bolea Legua, Belén Fernández Castro, Patricia Gracia Val, Juan Carlos Marco Sanjuan, M^a Carmen Sánchez Roldán, Andrea Ugencio Isarre*

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

El Hospital Universitario “Miguel Servet” está trabajando en el Proyecto de la Dirección General de Transformación Digital, Innovación y de Derechos de los usuarios del Departamento de Sanidad, para impulsar las iniciativas y experiencias de humanización de la asistencia de nuestro Sistema Sanitario.

MÉTODO:

El Hospital Universitario Miguel Servet ha diseñado un Plan para impulsar la humanización de la asistencia y dotar a nuestro Hospital de un marco organizativo y de una metodología de trabajo que recoge los objetivos y las áreas de actuación para hacer posible una asistencia más humana y de calidad, en la que el paciente sea el centro y dé respuesta a sus necesidades clínicas, valores, deseos, expectativas y preferencias.

El Plan se enmarca en la estructura organizativa del Hospital, integrando y haciendo participar en las acciones de humanización a todos los profesionales de la organización, dentro del ciclo de la mejora continua de la calidad.

RESULTADOS:

Nuestro Plan persigue la realización de acciones de humanización de la asistencia dirigidas a los pacientes, familiares y a los propios profesionales, canalizando todas las iniciativas recibidas de los pacientes, sus familiares y ciudadanos y vehiculizando cuantas propuestas se efectúen desde los propios trabajadores y profesionales del Hospital. También pretende colaborar activamente en la promoción y despliegue de cuantas actuaciones institucionales se realicen en la mejora de la humanización, propiciando el desarrollo de programas del ámbito social y de coordinación socio-sanitaria con entidades y asociaciones de voluntariado y ofreciendo apoyo al conjunto de profesionales en aspectos formativos, organizativos u otros para facilitar su trabajo en la mejora de la humanización de la atención.

En definitiva, fomentar la cultura de la humanización dentro del sistema sanitario.

Para ello se ha constituido un Grupo de Trabajo Multidisciplinar de Humanización de la Asistencia que hace el seguimiento de todas las acciones de humanización que se realizan en nuestro Hospital.

CONCLUSIONES:

Impulso de 14 Líneas estratégicas de humanización de la asistencia.

Diseño del Decálogo de Humanización del HUMS.

Integración de todas las sugerencias de humanización de los pacientes y profesionales.

Incorporación de objetivos de humanización de la asistencia en los Acuerdos de Gestión de los Servicios y Unidad.

C195/23 Revision de los tratamientos de Teriparatida. No debemos exceder la duración recomendada

Primer Autor: *Raquel Fresquet Molina*

Coautores: *M^a Jesús Lallana Álvarez, Mercedes Aza Pascual-Salcedo, Raquel Gracia Piquer, M^a Victoria Ramírez Alesón, Raquel Llera Guerra, Edgar Fernandez*

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Teriparatida está indicada en el tratamiento de la osteoporosis con la limitación de no exceder una duración superior a 24 meses. El objetivo de este estudio es la revisión de los tratamientos activos en pacientes con una prescripción iniciada hace más de 24 meses y/o con falta de adherencia al mismo.

MÉTODO:

Estudio transversal de revisión de la prescripción de Teriparatida en un sector sanitario. Se realizó un corte transversal para obtener los tratamientos activos de teriparatida en receta electrónica en marzo de 2022. Se revisaron todos los pacientes en tratamiento y se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, indicación, servicio que inició la prescripción y tiempo de tratamiento. Los pacientes con inicio anterior a 24 meses y/o discontinuación de tratamiento se le recomendó al médico de familia revisar la necesidad del tratamiento.

RESULTADOS:

Se revisaron un total de 270 pacientes. La edad media fue de 73 años (SD 11años), 89% mujeres. Las indicaciones de prescripción más prevalente fueron fractura ósea 85%, osteoporosis 5%, aplastamiento/ acúñamiento vertebral 3%. Los servicios prescriptores de inicio fueron reumatología 49%, traumatología 28%, rehabilitación 10%, atención primaria 3%, neurocirugía 3%, otros 3%, no consta 4%. Se detectaron un total de 37 prescripciones (14%) que requerían revisión por el médico responsable. El 94% de estas prescripciones se revisaron porque presentaban una duración de tratamiento > 24 meses. Los farmacéuticos de atención primaria contactaron con el médico de atención primaria por correo a través de OMI en el 100% de los casos, y adicionalmente por teléfono en un 30% de ellos. Los médicos de familia revisaron todos los pacientes y suspendieron el fármaco en el 93% de los casos.

CONCLUSIONES:

La revisión de la medicación en pacientes complejos requiere tiempo y el farmacéutico puede colaborar, facilitando el uso seguro de los medicamentos.

La información recogida en receta electrónica necesita una herramienta de apoyo a la prescripción que avise del tiempo máximo de los tratamientos con un límite establecido.

C196/23 Humanizar utilizando las TICs en el CME Ramón y Cajal de Zaragoza. PROYECTO DE MEJORA Nº 2022#1018

Primer Autor: *María Teresa Villar Arnal*

Coautores: *Eva Bravo Bravo, Rosa María Barrio Alonso*

Centro: Centro Médico de Especialidades Ramón y Cajal

Resumen:

OBJETIVOS:

- Facilitar la acogida en el CME del personal de nueva incorporación
- Proporcionar toda la información de manera ágil e intuitiva
- Fomentar su integración en el equipo de enfermería.

MÉTODO:

Debido a la alta rotación de personal en nuestro CME, detectamos la necesidad de personalizar la acogida e incorporación de las enfermeras al equipo sin sobrecargar la asistencia pero haciendo un seguimiento del personal a demanda. Para ello 6 enfermeras veteranas coordinadas con nuestra supervisora, elaboramos un manual técnico en el que se reflejan desde aspectos estructurales, organizativos, asistenciales generales y particulares; así como actuación en caso de agresión y PCR.

La versión actualizada del manual ocupa 17 páginas y nuestro CME forma parte de la plataforma Sanidad#porelclima cuyo objetivo es disminuir la huella de carbono. Por tanto se decidió entregar el manual en formato QR, eliminando el papel.

RESULTADOS:

Indicador: Nº de enfermeras a las que se facilita el manual QR / Nº total de enfermeras de nueva incorporación X100.

Entrega de encuesta de satisfacción a todas las receptoras del manual con 5 ítems en el que se valoran aspectos cuantitativos y cualitativos.

Resultados obtenidos: N= 40 enfermeras.

Indicador 100% de cumplimiento.

Encuesta satisfacción: 87, 5% respuestas (N=35). Destacando 2 ítems: 98% no imprimieron en papel el manual= Objetivo de eliminar residuos logrado y 99% consideran que les ha sido de gran ayuda el manual para su incorporación al equipo = Objetivo de humanización conseguido.

CONCLUSIONES:

La utilización de TICs como editar un manual de acogida en formato QR contribuye a mejorar la satisfacción del personal de nueva incorporación al mismo tiempo que disminuye la huella de carbono, eliminando el papel de impresión y los residuos que se generan. Contribuyendo con esta pequeña acción a la sostenibilidad y cuidado de la Tierra.

C197/23 Educación sexual en Instituto de Enseñanza Secundaria para alumnos de 4º de la ESO en Zona Básica de salud Valdespartera

Primer Autor: *María Esther Viñerta Serrano*

Coautores: *Sofía Maestro Cebamanos*

Centro: Centro de Salud Valdespartera-Montecanal

Resumen:

OBJETIVOS:

Proporcionar información sobre el estado actual de infecciones de transmisión sexual.

Valorar los conocimientos previos en los participantes.

Proporcionar información sobre prevención de ITS .

MÉTODO:

Se realizó un contacto con la directora del IES de Valdespartera, solicitándonos al Centro de Salud, alguna sesión dirigida para alumnos de 4º de la ESO sobre prevención de ITS y VIH.

Se concreta un número de sesiones, 7 , para cada vía , de alrededor de 25-30 alumnos por aula.

Se programaron las sesiones a última hora de los miércoles, de 13.40 a 14.30 en horario de tutoría de los alumnos.

Se comenzó el proyecto el 08/02/2023, continuándose el 15/02 , el 01/03, el 15/03, el 29/03, 12/04 y quedándose pendiente la última el 10/05.

Se acudía al IES, un miembro de la Unidad de Apoyo de matronas , y una enfermera especialista en comunitaria.

Se realizaba la presentación por parte de la directora del centro y de las tutoras, del personal.

RESULTADOS:

Se realizaron en total 7 sesiones dirigidas a alumnos de 4º de la ESO, con edades comprendidas entre 15-16 años.

Se pasó previamente una encuesta para valorar los conocimientos que tenían sobre ITS y VIH , y sobre sus hábitos sexuales.

1-. ¿HAS MANTENIDO ALGUNA VEZ RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCIÓN? SI : 9.84 % NO : 90.15 %

2 -. ¿CONOCES LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MÁS USADOS? SI ES ASÍ, ENUMERA ALGUNO QUE CONOZCAS. Método de barrera : 78 %, AHC : 37.8%, Implante : 0.75 %, DIU : 12.12 %, AU : 17.42%, Coitus interruptus : 0.75 %, IVE: 0.75 %, Abstinencia sexual : 0.75 %, Métodos definitivos : 6.06 % , NS/NC : 14.39 %

3-. ¿HAS TENIDO ALGÚN TIPO DE INFECCIÓN UROGENITAL ? SI : 4.54 % No : 95.45 %

4-. ¿SI HAS TENIDO RELACIONES ÍNTIMAS? DE QUÉ TIPO. ANAL : 6.06 % VAGINAL : 11.36 % ORAL : 16.66 % NINGUNA : 82.57 %

5-1. ¿SI TIENES UNA ITS QUÉ SÍNTOMAS DE LOS SIGUIENTES ES EL MÁS FRECUENTE? Dolor abdominal : 18.18 %, Sangrado al defecar : 10.60 %, Fiebre : 12.87 %, Erupción dérmica : 16.66 %, Heridas en la boca : 23.48 %, Heridas en genitales: 21.96 %

CONCLUSIONES:

La experiencia por parte de los miembros del Centro de Salud ha sido muy positiva, percibiendo una participación activa tanto por parte de los alumnos como de sus tutoras.

Desde el IES han solicitado dar continuidad a este tipo de intervenciones en otros temas promotores de salud.

Se ha iniciado una relación entre C.S. y población adolescente.

C199/23 Consultas de enfermería: nueva forma de trabajar en salud, la enfermera un apoyo fundamental.

Primer Autor: *Laura Grima Campos*

Coautores: *Belen Fernandez Castro, Vanesa Calvo Sanz, Eva Enguita Quintana, Miriam Perez Perez, Concepción García Serrano*

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

- Mejorar la calidad asistencial del paciente oncológico
- Mejorar la práctica clínica enfermera.
- Describir la cartera de servicios de enfermería.
- Crear nuevos espacios en consultas de HDO.

MÉTODO:

Trabajamos de forma multidisciplinar, las subdirecciones de Gestión, Enfermería y Médica con las Consultas de HDO.

En 2018 llevamos a cabo el proyecto: “Diseños de Servicios para la mejora continua de la experiencia del paciente Oncológico”, siendo la base del diseño del Plan Funcional de HDO.

Este plan incluye: diseño de nuevos espacios, mejorar los circuitos de atención al paciente, incremento de recursos humanos y materiales, planificación de actividades enfermeras en base a la cartera de servicios, diseño de indicadores e inclusión de estándares en la historia clínica electrónica (HCE).

RESULTADOS:

Con el incremento de recursos hemos pasado de una a dos CE con agenda para atención programada y una a demanda, aumentando a tres enfermeras.

Se describe desde la cartera de servicios de la Comunidad Autónoma las intervenciones enfermeras.

Se rediseñan las agendas médicas y se crean las enfermeras.

En el circuito del paciente se incluyen las mejoras recogidas en el proyecto anterior.

Se protocolizó la interacción con otros servicios del hospital y con Atención Primaria.

Implantamos con informática un sistema para llamar al paciente a la consulta manteniendo su anonimato que requiere la integración con las nuevas agendas.

Se crearon estándares para HCE y así uniformizar la forma de trabajar facilitando el trabajo en equipo. Se han diseñados indicadores para evaluar el proyecto.

CONCLUSIONES:

El nuevo circuito permite optimizar el tiempo del paciente en el hospital, simplificando el recorrido y los procedimientos.

La creación de nuevas CE permite dedicar mayor tiempo a la acogida, reforzar la información recibida, aumentar el control y manejo de efectos adversos derivados del tratamiento y realizar un seguimiento personalizado.

C205/23 Proyecto de mejora en la movilización temprana en pacientes de Medicina Interna en el Hospital Clínico Lozano Blesa

Primer Autor: *Maria Sales Lamarca*

Coautores: *Israel Pedraza Garcia, Silvia Valle Blasco, Carol Cuesta Catalan, Teresa Aliaga Sevilla, Margarita Gracia Perez, Ana Isabel Sanz Lanzas, Aranzazu Martin Gros*

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Creación de proyecto de mejora y abordaje multidisciplinar enfocado a la movilización temprana en pacientes ingresados en planta de Medicina Interna con el fin de favorecer la asistencia al paciente para que puedan volver a su estado basal de movilidad previo al ingreso.

MÉTODO:

Creación de un grupo de trabajo Multidisciplinar (Médicos, Enfermeros, TCAES, Celadores), valorando carencias y necesidades para la mejora. Junto a PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DEL HOSPITAL, se elabora un estudio con evaluación del riesgo ergonómico por movilización de pacientes de forma manual: Método MAPO.

Se realiza un Corte Transversal en un día puntual en la Planta 12 de Medicina Interna, donde se evalúa la necesidad de personal, equipamiento de ayuda y disposición del espacio.

RESULTADOS:

Tras valoración se realizan cambios necesarios para la ejecución de este proyecto de mejora.

- Formación de personal en la correcta movilización del paciente mediante cursos teórico-práctico con duración mínima de 6 h.
- Contratación de celador para que este en la planta localizado y levantar a todos los pacientes mañana y tarde.
- Realización de una nueva hoja excel de apoyo para TCAES y Celadores.
- Uso de nuevos dispositivos de ayuda tales como sábanas deslizantes, disco giratorio..
- Cambios organizativos (Modificación de tratamientos para facilitar movilidad del paciente, reorganización pase médico..)
- Mejoría de comunicación mediante reunión multidisciplinar.
- Incluir familiares del paciente en el cuidado, ofreciendo información y formación cuando sea preciso a través de talleres de movilización de pacientes.

CONCLUSIONES:

Con todas estas actuaciones lo que se quiere conseguir es que los pacientes al alta, salgan del hospital con la misma autonomía que tenían previa al ingreso, se quiere disminuir días de hospitalización, úlceras por presión, polimedicación, así como enfermedades nosocomiales y trastornos derivados de la inmovilización (desorientación, delirium.).

C206/23 Guía práctica de técnicas de cuidados para pacientes ingresados en Hospitalización a Domicilio.

Primer Autor: *Manuela Alquézar Civera*

Coautores: *David Oyola Carmona, Marta Gonzalez Guijarro, Natalia Moreno Parra, M^a Rosa Anglés Herrero, Cristina Abella Perez, Sonia García Guallar, Natalia Bañolas Redón*

Centro: Hospital de Alcañiz

Resumen:

OBJETIVOS:

- Realizar una guía de técnicas y cuidados para el paciente/cuidador principal en la que queden reflejadas las distintas técnicas y tratamientos que se delegan en el domicilio.
- Dotar al paciente/cuidador de una herramienta de información indispensable para sus cuidados en el domicilio.
- Aumentar la confianza del paciente/cuidador principal.

MÉTODO:

- Identificar las técnicas de enfermería más habituales y que más problemas presentan:
Control de glucemias y administración de insulinas, oxigenoterapia y nebulizaciones, administración de medicación por vía subcutánea, manejo de sonda vesical..
- Realizar una guía informativa de realización de las citadas técnicas y otras, que resuelvan las posibles dudas que surjan en el domicilio.

RESULTADOS:

- El 100% de los pacientes que ingresaron en el periodo a estudio recibieron la guía de cuidados y el cuestionario de valoración.
- Se recogieron el 96,5% de los cuestionarios al alta.
- El 79% de los pacientes considera "muy adecuada" para su ingreso la información contenida en la guía.
- El 20,5% de los pacientes considera "adecuada" para su ingreso la información contenida en la guía.
- El 0,5% no contesta.
- El 93% de los pacientes considera que le ha sido de "muchacha" utilidad para su proceso.
- El 6% la considera "bastante" útil y el 1% poco o nada útil.
- A la pregunta si han podido resolver su duda utilizando la guía y sin necesidad de llamar al servicio, un 99,5% de los pacientes lo ha conseguido, el 0,5% restante ha precisado consultar telefónicamente la duda.

CONCLUSIONES:

Con la utilización de la guía de cuidados se percibe la reducción de las llamadas telefónicas para resolver dudas al servicio, disminuyendo además desplazamientos del personal a los domicilios. Se observa por parte del cuidador una mayor seguridad, habilidad y conocimientos para la realización de los cuidados en el domicilio.

C207/23 Aumentando la eficiencia en la elaboración de medicamentos huérfanos: Luspatercept

Primer Autor: Rocío Bello Calvo

Coautores: Oumayma Boujediane Derrous, Irene Aguiló Lafarga, Cristina Vicente Iturbe, Ángel Escolano Pueyo, Ana Peñas Fernández, Carlos Ignacio Díaz-Calderón Horcada, Elena Herranz Bayo

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Luspatercept, fármaco huérfano no comercializado en España, está indicado para el tratamiento de anemia asociada a β -talasemia y síndromes mielodisplásicos (SMD). El objetivo es evaluar el impacto económico generado tras descartar la adquisición de la presentación de 75 mg de luspatercept, pasando a adquirir únicamente la de 25 mg.

MÉTODO:

Estudio observacional retrospectivo unicéntrico que incluyó a todos los pacientes en tratamiento con luspatercept para anemia dependiente de transfusiones secundaria a Síndrome Mielodisplásico o secundaria a β -talasemia entre noviembre de 2022 (fecha en la que se pasó a adquirir únicamente la presentación de 25 mg) y abril de 2023. Se analizaron todas las preparaciones de luspatercept, dosificado por peso, elaboradas en nuestro Servicio de Farmacia. Las variables analizadas fueron: diagnóstico, sexo, peso, dosis, pauta, número de administraciones, impacto económico usando viales de 25mg, impacto económico usando viales tanto de 25mg como de 75mg y estimación del ahorro. Fuente datos: módulo DPA Farmatools®. Recogida y análisis datos: Excel.

RESULTADOS:

Durante los 6 meses de estudio, se elaboraron un total de 32 preparaciones para 5 pacientes, con un promedio de $6,4 \pm 3,3$ preparaciones para cada paciente. 4 de ellos padecían anemia dependiente de transfusiones secundaria a SMD y uno secundaria a β -talasemia. 3/5 eran hombres, la media de peso fue de $64,42 \pm 10,64$ kg y 4 de ellos recibieron la dosis máxima para su patología, pautada según peso.

Dado que cada vial de 25mg reconstituido aporta un exceso en contenido de aproximadamente 7,33mg, para conseguir las dosis pautadas se usaron un total de 106 viales de 25mg, en comparación con los 40 viales de 25mg y 32 viales de 75mg que se hubiesen empleado antes de la implementación de la acción evaluada. Se ahorraron un promedio de $1991,52 \pm 693,26$ € por administración. Por lo tanto, el ahorro que supuso frente a la antigua combinación durante los 6 meses estudiados se estima en 48.717,02€.

CONCLUSIONES:

La correcta selección de las presentaciones a adquirir de luspatercept, basada en el exceso en contenido de una de ellas, permite optimizar la utilización del fármaco, con un notable impacto económico. Esta medida podría ampliarse a otras preparaciones elaboradas desde los Servicios de Farmacia favoreciendo la sostenibilidad del sistema sanitario.

C209/23 Riesgo cardiovascular. Cálculo con SCORE-2

Primer Autor: *Ignacio Ezpeleta Ascaso*

Coautores: *Noelia Terrén Marco, Sandra Dueñas Jollard, Cristina Carrasco Carbó, Sabrina Gil Navarro, M^a Teresa Iguacel Acín, José Manuel Álvarez Zárate*

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Determinar el riesgo cardiovascular del personal del sector II con motivo de la vigilancia individual la salud periódica

Determinar el riesgo cardiovascular del grupo mayor de 64 años que prolonga vida laboral

Conocer el estado de salud respecto a las variables : obesidad, tensión arterial y tabaco.

MÉTODO:

Estudio transversal, descriptivo a partir de datos obtenidos en el programa de vigilancia de la salud MEDTRA y registros internos de la Unidad básica de Prevención de riesgos laborales Zaragoza II ,con motivo de la ejecución del proyecto ecalidad aprobado por al Dirección del centro para el año 2023 "Manejo del riesgo cardiovascular en la vigilancia de la salud. Adecuación a Guías Europeas"

Estudio de las variables: edad, sexo, obesidad, hipertensión arterial(HTA) y clasificación del riesgos cardiovascular utilizando la herramienta SCORE-2 de la Guía ESC 2021 sobre la prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología.

RESULTADOS:

Durante el primer cuatrimestre de 2023, se han realizado 121 procedimientos de vigilancia individual ,20 correspondían a personas mayores de 64 años. Respecto a la variable sexo el 67,5% eran mujeres y 32,5% hombres. El índice de masa corporal fue: 58,3% normopeso, 25% sobrepeso y 16,6% obesidad; en el grupo de mayores de 64 años 31,5% normopeso, 42,1% sobrepeso, 26,4% obesidad. Registro de tensión arterial: óptima 49,9%, normal 35,5% y alta 23,9%. En los mayores de 64 años: 60% normal y 40% alta. El 80% era no fumador y en los mayores de 64 años el 89,5% no fumaba. El resultado del calculo del riesgos cardiovascular con SCORE-2 es: 89,2% bajo-moderado, 8,2% moderado, 2,47% alto; en Iso mayores de 65 años:47,3% bajo-moderado, 36,8% moderado y 15,7% alto.

CONCLUSIONES:

El porcentaje de hábito tabáquico es inferior en los dos grupos al de la población general.

SCORE-2 permite calcular el riesgo cardiovascular en mayores de 65 años y nos permite incidir en la promoción de la salud el colectivo que prolonga vida laboral o se acoge a la jubilación activa.

C210/23 Constitución de grupo de atención comunitaria en el Centro de Salud Universitas

Primer Autor: *Beatriz Ventura Laborda*

Coautores: *Paula García Buen, Juan Castro Pueyo, Javier Anía Melón, Elena Lobera Lahoza*

Centro: Centro de Salud Universitas

Resumen:

OBJETIVOS:

El objetivo principal es:

- Impulsar el servicio de Atención Comunitaria en el EAP y mejorar la orientación comunitaria del mismo.

Como objetivos secundarios:

- Publicación de la agenda comunitaria.
- Realizar un análisis y mapeo de activos de la situación actual de la zona básica de salud (ZBS)
- Fomentar el trabajo en equipo en el CS.

MÉTODO:

Para el cumplimiento de los objetivos se ha utilizado una metodología cualitativa, mediante la observación de la situación actual de las relaciones del Centro de Salud con los activos de la zona básica de salud (ZBS), así como, un análisis de problemas y deficiencias detectadas y la posterior puesta en marcha de posibles soluciones.

El 17 de marzo de 2022 se constituye el grupo de atención comunitaria y se realiza la primera acta oficial. A partir de entonces se realizan sesiones de una hora mensuales con objetivos delimitados, concisos y reales.

Uno de los primeros fue la creación de la Agenda Básica de Atención Comunitaria, y a continuación, el mapeo de activos de salud en la ZBS.

A día de hoy, se forma parte de múltiples proyectos.

RESULTADOS:

Desde la creación del grupo de atención comunitaria, son varios los objetivos que se han ido cumpliendo.

- El 3 de noviembre de 2022 se publica en la web de la Estrategia de Atención Comunitaria de Aragón la Agenda Comunitaria Básica del centro de salud Universitas.
- Respecto al mapeo de activos de la ZBS, los resultados fueron plasmados en la entrada del centro.
- Actualmente, el centro de salud está trabajando en otro proyecto de mapeo de activos del barrio de las delicias, con un perfil más comunitario.

Actualmente el grupo de Atención Comunitaria ha realizado múltiples avances y gracias a éstos, se han obtenido algunos resultados hasta la fecha:

- Creación de la Agenda Comunitaria básica e inicio de formación de la Agenda Comunitaria Avanzada.
- Realización de cursos RCP por parte de MIR (Médicos Internos Residentes) en colegios de la Zona Básica de Salud.
- Creación de la Escalera Comunitaria.
- Realización de la Semana sin Humo.
- Propuesta de realización sesión alimentación en Centro de Mayores "Terminillo".

Entre otros..

CONCLUSIONES:

- La atención comunitaria es crucial en la atención primaria.
- Requiere trabajo multidisciplinario y conocimiento del entorno para alcanzar objetivos.
- A menudo se descuida, pero es esencial para la continuidad asistencial.
- Los equipos de atención comunitaria son claves para realizar un trabajo real enfermería familiar y comunitaria.

C212/23 Rompemos la brecha digital en Monzón Rural: descargamos y aprendemos a manejar la APP de Salud Informa.

Primer Autor: *Adolfo Lanao Martin*

Coautores: *Carmen Puyuelo Blecua, Raquel Ibañez Molero, Monserraat Silles Esforzado, Miren Arantazazu García Colinas, Carlos Baila Guallarte, Natalia Buil Lanau, Maria Dolores Loncán Margalejo*

Centro: Centro de Salud de Monzón Rural

Resumen:

OBJETIVOS:

Objetivo principal:

Incrementar el número de usuarios que manejan la APP Salud Informa en la zona básica de salud de Monzón Rural.

Objetivos específicos:

Diseñar un taller de descarga y uso de la APP.

Conseguir un número de participantes adecuado.

Los usuarios perciben la utilidad de la APP como herramienta para citarse.

MÉTODO:

Coger cita en el Centro de Salud Monzón Rural puede ser una odisea para los vecinos de los pueblos que lo conforman ya que la línea de teléfono está casi siempre ocupada y cogerla de forma presencial implica desplazarse hasta la localidad de Monzón, donde está el servicio de admisión.

Método: Desde el Consejo de Salud los alcaldes plantean el problema del teléfono saturado. Posteriormente se estudia el problema en la reunión de Equipo. Después el equipo acuerda enseñar a los usuarios a pedir cita con la APP. Se diseña una sesión donde guiar en la descarga y uso de la APP. Se presenta el proyecto en Consejo de Salud, es bien recibido, los ayuntamientos colaborarán difundiendo la sesión y cediendo espacios.

RESULTADOS:

Se crean 2 indicadores de alcance:

Porcentaje de sesiones realizadas = $N.º \text{ sesiones realizadas} / N.º \text{ sesiones propuestas} \times 100$

Porcentaje de sesiones que alcanzan el mínimo de participación exigido = $N.º \text{ de sesiones que alcanza el mínimo de participantes exigido} / N.º \text{ de sesiones} \times 100$

Y 1 indicador de impacto:

Porcentaje de participantes que perciben como útil la APP Salud Informa = $N.º \text{ de participantes que reciben como útil la APP} / N.º \text{ de participantes total}$.

Se realiza una encuesta anónima al final. Los asistentes consideran útil la APP como herramienta para coger cita ya que en una escala Likert de 5 puntos donde 3=bastante, 4=mucho y 5=muchísimo, sólo 3 de los 39 participantes que hasta la actual fecha han respondido la encuesta han puntuado con 3, el resto ha puntuado 4 o 5.

Además, el 100% declararon que se ven capaces de utilizar la APP.

En cuanto a número de participantes: todas las sesiones han llenado el aforo al 100%.

A fecha de entrega de la comunicación faltan 2 sesiones por dar ya que las sesiones se han agendado a propuesta de los ayuntamientos.

CONCLUSIONES:

Valoración global: todos los usuarios que han participado consideran útil la APP y se ven capaces de usarla.

Innovación: el proyecto nace de escuchar las necesidades sentidas a través del Consejo de Salud, se ahorró tiempo al no realizar encuestas para descubrir necesidades. En un 2º Consejo se expuso el proyecto y se aprobó por los ayuntamientos.

C213/23 Infección latente tuberculosa (ILT) al inicio de formación sanitaria especializada

Primer Autor: *Ignacio Ezpeleta Ascaso*

Coautores: *Noelia Terrén Marco, Cristina Carrasco Carbó, Sandra Dueñas Jollard*

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Se estima que el 25% de la población ILT. Nos planteamos en este estudio:
Conocer la prevalencia de ILT al inicio de la formación sanitaria especializada.
Conocer antecedentes de vacunación BCG, conocer los casos con test Mantoux positivos.
Conocer la aceptación de la aceptación de TILT.

MÉTODO:

Estudio transversal descriptivo a partir de los registros en el programa MEDTRA. Para el personal sanitario los protocolos establecen la indicación de una determinación basal de Mantoux y seguimiento según riesgo de exposición. Igualmente conocer el estado inmunitario del personal sanitario que atiende a pacientes vulnerables es una estrategia de seguridad. Con motivo de la vigilancia individual de la salud inicial, recogemos las siguientes variables: origen geográfico, antecedente de vacunación BCG, resultado de la prueba de Mantoux, realización de test IGRA, estudio radiológico y TILT realizadas.

RESULTADOS:

Durante el bienio 2021-2021 la unidad básica de prevención de riesgos laborales revisó 302 personas que iniciaron la formación sanitaria especializada en el ámbito del hospital Universitario Miguel Servet. Procedían de cuatro regiones geográficas que agrupan 26 países. En 20 casos constaba vacunación BCG. El test de Mantoux resultó positivo en 16 casos, de ellos 5 habían recibido la BCG cuando mínimo 24 años antes. Dos casos vacunados con BCG tuvieron resultado de IGRA positivo y se les calificó como TILT. Las pruebas de imagen solicitadas, de acuerdo a protocolo, no mostraron lesiones compatibles con TBC. Dos personas accedieron a realizar TILT.

CONCLUSIONES:

La región geográfica centroamericana agrupó una mayor prevalencia de ILT en este estudio. La determinación del test IGRA permitió evitar TILT innecesarias en los casos con antecedente de BCG y mantoux positivo. La aceptación de TILT fue baja. Procedería el seguimiento y reevaluación según exposición profesional.

C214/23 Check list durante el pase de planta en el servicio de cirugía general y digestiva del HUSJ.

Primer Autor: *Damia Perello Llabres*

Coautores: *Begoña Ayala López, Luca Ponchiatti, Raúl Latorre Tomey, Alba Hernández Arzoz, Marta Allué Cabañuz, Cristina Gálvez Rodríguez, Susana López Bescós*

Centro: Hospital Universitario San Jorge (Huesca)

Resumen:

OBJETIVOS:

- Elaborar un registro de fácil y rápida cumplimentación, que permita obtener una información de calidad.
- Crear un registro que permita una recogida de datos objetiva. Mejorando la seguridad del paciente, la eficacia y la calidad asistencial.
- Mejora la comunicación necesaria para aplicar una atención y unos cuidados de calidad en los pacientes.

MÉTODO:

Mediante una encuesta previa se deciden cuáles son los aspectos a mejorar durante el pase de planta. Posteriormente se repite el mismo cuestionario al mes y a los seis meses para conocer la evolución.

La elaboración de la check list se realiza de manera conjunta con el equipo de enfermería para destacar y tener en cuenta los aspectos más importantes para la seguridad del paciente. Durante el pase de planta, los pacientes con estancias superiores a un día se les asigna una check list con el motivo de ingreso.

Entre los ítems de la check list se encuentra: Motivo de ingreso, antecedentes, estado del paciente (RCP, paliativo, trabajo social), constantes, tratamiento, necesidades a dispositivos externos, interconsultas y necesidades al alta.

RESULTADOS:

Se realizó una encuesta al mes de realizar el pase de planta estructurado donde el 78% de los facultativos (enfermería, residentes y adjuntos) de la planta de cirugía general estaban satisfechos sobre el pase de planta estructurado; el 80% reconocían una mejoría en cuanto a la comunicación entre el médico y enfermería; 90% reconoce que se revisa el tratamiento farmacológico de cada paciente durante el pase de planta y el 85% reconoce que el pase de planta estructurado ha supuesto una mejoría en cuanto a calidad asistencial para los pacientes.

CONCLUSIONES:

- Dado que la check list se ha instaurado recientemente, se necesita cierto tiempo de adaptación por parte de ambas partes.
- La mejora en la comunicación y las directrices se ve reflejada en las encuestas, sin embargo, es necesario realizar una encuesta a largo plazo para validar dichos resultados y que la calidad asistencial se vea reflejada.

C216/23 Desarrollo de un programa para la gestión, elaboración y administración segura del medicamento en el paciente ambulante

Primer Autor: Irene Aguilo Lafarga

Coautores: Elena Herranz Bayo, Oumayma Boujediane Derrous, Rocío Bello Calvo, Ana Peñas Fernández, Oihana Pascual Martínez, María José Agustín Ferrández, Mónica Izuel Rami

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Desarrollar e implantar un programa para la gestión del paciente ambulante, integrado en la historia clínica electrónica, que permita la prescripción, validación, elaboración y administración segura de los medicamentos. Incorporar la trazabilidad completa del medicamento, la gestión del stock del fármaco y la reserva de huecos en hospital de día.

MÉTODO:

Se constituyó un grupo de trabajo para definir las características de la nueva herramienta, así como la elaboración de un pliego de prescripciones técnicas. Se estableció un calendario junto con las fases del proyecto y se fijó un plan de pruebas de la aplicación para su desarrollo y validación. Se definieron indicadores para evaluar el estado del proyecto y el impacto de su implantación.

RESULTADOS:

A fecha del 31 de enero de 2023 se había elaborado el plan de implantación y formación de todos los profesionales implicados en el manejo de la nueva herramienta y su puesta en marcha. Se logró el objetivo marcado de 5 de los 8 indicadores: 1) publicación del pliego de prescripciones técnicas para el programa; 2) elaboración de un documento con los ítems a validar funcionalmente en cada módulo de la aplicación; 3) 75,81% de los protocolos de tratamientos oncohematológicos activos en el programa; 4) 100% de la información técnica del medicamento correctamente cumplimentada; y 5) 21,08% de los profesionales implicados formados en el uso de la herramienta.

Aunque la solución entregada cumplía con los requisitos mínimos para la implantación, solo un 2,34% de las elaboraciones del servicio de farmacia se realizaban utilizando el nuevo programa.

CONCLUSIONES:

La solución informática entregada no cubrió las necesidades descritas en el pliego de prescripciones técnicas por lo que se espera que, con la nueva versión pendiente de entrega, se implante en el menor tiempo posible.

C218/23 Colirios de suero autólogo: Circuito de elaboración y control de esterilidad microbiológico

Primer Autor: *Eva Queipo García*

Coautores: *Andrea Pinilla Rello, Borja Cuallado Sancho, Berta M^a Pilar Vela Iglesia, María Sanchez Latorre, Lidia Andreu Martin, Patricia Roda Torne, Yolanda Aguilar Gascon*

Centro: Hospital de Alcañiz

Resumen:

OBJETIVOS:

Los colirios de suero autólogo (CSA) son elaborados en los Servicios de Farmacia Hospitalaria (SFH) en condiciones estériles. El objetivo de este estudio es describir el circuito de elaboración y de control de esterilidad microbiológico al que son sometidos los CSA para garantizar la calidad y esterilidad del preparado.

MÉTODO:

Estudio descriptivo del proceso de elaboración de CSA y su control de esterilidad en un hospital secundario. Cuantitativamente se registraron los CSA elaborados entre 20/02/2023-20/04/2023 y se recogieron los siguientes datos: número de pacientes a los que se les dispensó CSA, número de lotes elaborados, número de colirios elaborados por lote y resultados del control de esterilidad microbiológico.

RESULTADOS:

El circuito consta de las siguientes etapas: 1. En cada prescripción de CSA se solicita una extracción de sangre del paciente, esta se centrifuga para la separación del plasma. 2. Los tubos centrifugados se envían al SFH para la elaboración de los colirios en condiciones asépticas en cabina horizontal. 3. Una vez elaborado el lote, se toman dos alícuotas de la preparación y se envían en eppendorf al Servicio de Microbiología (SM). 4. El SM siembra cada alícuota (1-2 gotas) en agar Chocolate PolyViteX™ (BioMérieux): siembra en aislamiento por estría múltiple, incubación en estufa 35±2°C con atmósfera de 5% CO₂. 5. La lectura se realiza a las 48 horas de incubación y el resultado se notifica por informe de laboratorio. 6. El paciente acude al SFH a recoger el CSA, el técnico responsable comprueba el resultado del cultivo, y en caso negativo se dispensa. Entre 20/02-20/04 se elaboraron 42 lotes de CSA, con una media de 13,7 colirios por lote, haciendo un total de 1165 CSA elaborados para 12 pacientes. Todos los lotes obtuvieron resultados negativos en los cultivos de control microbiológico.

CONCLUSIONES:

El circuito de elaboración y control microbiológico de los CSA garantiza los requisitos de esterilidad que requieren las preparaciones oftalmológicas y aporta seguridad a la preparación. El siguiente objetivo es actualizar este proceso en base a la nueva guía publicada por la SEIMC para el Control de Esterilidad de los Productos Farmacéuticos.

C220/23 Análisis de las intervenciones farmacéuticas que apoyan la prescripción médica para mejorar la calidad asistencial

Primer Autor: *Oumayma Boujediane Derrous*

Coautores: *Rocio Bello Calvo, Maria Del Pilar Olier Martinez, Irene Aguiló Lafarga, Ana Lopez Perez, Carlos Ignacio Diaz-Calderon Horcada, Ana Peñas Fernandez, Elena Herranz Bayo*

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Analizar las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas sobre la prescripción electrónica asistida (PEA) durante el año 2022.

Valorar las intervenciones consideradas de mayor relevancia clínica.

MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizaron las IF realizadas en 2022 registradas en el software Farmatools® tras revisar la prescripción y el perfil farmacoterapéutico del paciente. Variables registradas: datos demográficos del paciente, servicio hospitalario, fármaco implicado, motivo de IF y vía de comunicación al destinatario. Se consideraron intervenciones de especial relevancia clínica la prescripción de medicamentos en paciente alérgico, ajuste posológico por insuficiencia renal, error de dosificación e interacciones.

RESULTADOS:

Durante un periodo de 12 meses se registraron 682 IF (media 1.9 intervenciones al día). Se realizaron 126 IF en el servicio de Medicina Interna, 81 Cirugía Ortopédica y Traumatología, 27 en Cardiología, 41 en Urología, 47 en Neumología, 27 en Digestivo, 27 en Oncología Médica, 27 en Urgencias, resto de servicios <20. Las intervenciones se realizaron sobre 207 fármacos distintos. Los grupos terapéuticos implicados con más frecuencia fueron las heparinas (18.8 %), hierro (antianémicos) (10,1 %), AINES (8.6 %), antiinfecciosos sistémicos (8,1%), Vitamina D y análogos (3.2%) y soluciones electrolíticas de potasio (2.2%). Las IF se comunicaron principalmente de forma escrita (79.4 %) y en menor medida de forma telefónica (20.6 %). Los motivos principales de las IF fueron la conciliación del tratamiento domiciliario (%20.3), alergia a medicamentos (12.3 %), ajuste posológico por insuficiencia renal (11.4 %), dosificación excesiva (10.8 %), dosificación insuficiente (7.5 %), duplicidad terapéutica (7.3 %) y no ajustarse a prescripción de protocolo (6.5 %).

CONCLUSIONES:

Las IF mejoran la seguridad, optimizan la terapia y mejoran la calidad asistencial, estando las heparinas y las soluciones de potasio (medicamentos de alto riesgo) entre los fármacos con más IF. Las IF consideradas de mayor relevancia clínica supusieron el 46.3% de todas las IF registradas minimizando los riesgos asociados al uso de medicamentos.

C221/23 Uso de antibióticos por vía subcutánea

Primer Autor: *Diego Mathias Klaas Fábregas*

Coautores: *Alberto Gabarre Latorre, Susana Isabel Pérez Sarasa, Enery Lozano Rustarazo, María José Martínez Ferri, Miren Arantzazu García Colinas*

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Determinar en base a la evidencia científica actual qué antibióticos pueden administrarse por vía subcutánea (s.c.) de manera segura y sin que disminuya su eficacia. Divulgar las recomendaciones a través de la web FARMASALUD. Mediante la toma de decisiones compartidas, educar a pacientes y/o familiares en su administración cuando proceda.

MÉTODO:

Enero – mayo 2023.

Revisión bibliográfica en MEDLINE/PubMed, Tripdatabase, UpToDate y google scholar (últimos 5 años; idiomas: español, francés e inglés) sobre el uso de la vía s.c. con antibióticos en cualquier población.

Revisión y aprobación de las recomendaciones en el Grupo de Trabajo de Enfermería para el Uso racional del medicamento y productos sanitarios del SALUD.

Elaboración de infografías para profesionales y pacientes. Programa CANVA.

Difusión de la infografía en la web de Farmasalud (en las intranets del SALUD y de los sectores), de manera que se incorporen en el arsenal de medicamentos susceptibles de ser administrados vía subcutánea, siempre mediante la toma de decisiones compartida con pacientes y/o familiares.

RESULTADOS:

La experiencia clínica en la utilización de la vía s.c. para la administración de antibióticos es escasa, si bien, en nuestro entorno, especialmente en Francia tienen amplia experiencia. En España, ninguno de los antibióticos disponibles en el mercado está aprobado para ser administrado por vía s.c. en ficha técnica.

Los antibióticos sobre los que se tiene más experiencia de uso vía s.c. son ceftriaxona, cefepima, ceftazidima, ertapenem, ampicilina, tobramicina y teicoplanina.

Se han elaborado infografías (profesionales y pacientes), para su divulgación a través de la web de uso racional del medicamento Farmasalud, con información completa sobre estos antibióticos para que los profesionales sanitarios del SALUD puedan incorporarla a su práctica clínica, acompañando a los pacientes/cuidadores a que tomen una decisión informada de acuerdo a las alternativas terapéuticas, valores y preferencias.

CONCLUSIONES:

La administración de antibióticos por vía s.c. es muy útil cuando no se consideran convenientes otras vías y/o el paciente/cuidador puede participar en su manejo. Su utilización es fuera de indicación de ficha técnica.

Es necesario elaborar y divulgar información basada en la evidencia, práctica y visual para pacientes y profesionales.

C222/23 Implantación del protocolo de caídas del Hospital San José.

Primer Autor: Amaia Ramon Martin

Coautores: Raquel Gracia Piquer, Ana Maria Sangüesa La Cruz, Begoña Esteban Marqués, Maria Del Mar Soguero Perez, Maria Elena Castro Vilela

Centro: Hospital San José (Teruel)

Resumen:

OBJETIVOS:

General:

- Implantar un protocolo de prevención de caídas en el Hospital sociosanitario unificando criterios de prevención y actuación.

Específicos:

- Identificar pacientes con riesgo de caídas.
- Elaborar Plan de Cuidados de enfermería y tríptico con recomendaciones y prevención de caídas.

MÉTODO:

Se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar pertenecientes a la Comisión de Seguridad Clínica del hospital. Tras analizar la incidencia de caídas notificadas en nuestro centro a través del Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP); en 2019 (63,3%), 2020 (66,6%) y 2021 (65,5%), elaboramos un protocolo de caídas. Se realizó corte previo y tras implantarlo en nuestro centro, cortes trimestrales. Analizando los indicadores: pacientes ingresados con escala Downton registrada en HCE en las primeras 24h, pacientes con escala Downton>3 si disponían de plan de cuidados y si habían sufrido una caída durante el ingreso registrada en HCE y SINASP.

RESULTADOS:

Se realizó un corte previo a la implementación del protocolo para ver desde que punto se partía (junio 2022) y después de la implementación se realizaron dos cortes más (noviembre 2022 y febrero 2023). Para los cortes, se eligió un día al azar donde se valoraron todos los pacientes ingresados a esa fecha.

Los resultados fueron los siguientes: En el corte previo a la implementación en junio de 2022: los pacientes ingresados con escala Downton en las primeras 24h fueron el 100%, pacientes ingresados con escala Downton>3 fueron 74,4%, pacientes ingresados con plan de cuidados 0% y pacientes ingresados que sufrieron una caída durante el ingreso 5,1%.

En los cortes tras la implementación de noviembre 2022 y febrero 2023: los pacientes ingresados con escala Downton en las primeras 24h fueron el 97.2% y 100% respectivamente, pacientes ingresados con escala Downton >3 fueron 86.1% y 82.8%, pacientes ingresados con plan de cuidados 16,1% y 24,1% y pacientes ingresados que sufrieron una caída durante el ingreso 0% en los dos cortes.

CONCLUSIONES:

Las caídas son un problema de salud pública por la frecuencia y consecuencias, especialmente en nuestra población geriátrica. En nuestro centro son el EA más notificado, por lo que la implantación del protocolo de prevención ha conseguido identificar a todos pacientes con riesgo de caídas y poder evitarlas durante el ingreso.

C223/23 Informando a los pacientes de la unidad de trastornos respiratorios del sueño.

Primer Autor: *Luisa Margarita Cabrera Pimentel*

Coautores: *Marta Gómez Gonzalvo, Sergio Alarcón Sisamón, María Aguado Agudo, Maria Teresa Martin Carpi*

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

- Identificar las preguntas mas frecuentes en la consulta telefónica de la unidad de trastornos respiratorios del sueño (UTRS).
- Objetivar la aceptabilidad de la información remitida para la realización de las pruebas diagnóstico-terapéuticas de la UTRS.
- Crear apoyo informativo para la consulta telefónica de la UTRS.

MÉTODO:

La UTRS realiza consulta telefónica y presencial. Realizamos explicaciones a los pacientes de pruebas, diagnostico y plan de tratamiento, Es mucha información, por lo que nos vemos en la necesidad de identificar las interrogantes más frecuentes de los pacientes. Además, la unidad realiza pruebas domiciliarias para el plan diagnóstico-terapéutico de los trastornos respiratorios, siendo las citaciones vía correo postal y llamada telefónica por lo que desde el 2022 se crea panfletos explicativos de dichos procedimientos.

Analizamos las preguntas más frecuentes de los pacientes citados en la consulta telefónica desde febrero hasta abril 2023. Además, preguntamos el nivel de aceptabilidad de los panfletos explicativos de las pruebas realizadas

RESULTADOS:

Durante los 3 meses de estudio, se citaron 408 pacientes, siendo las preguntas más frecuentes de los pacientes: 1- cuantas horas necesito el tratamiento con CPAP (83%). 2- como contacto con la empresa de terapia respiratoria domiciliaria (81%). 3- Cuales son las medidas de higiene del sueño (67%). 4- Hasta cuando tengo que estar con el dispositivo CPAP/BIPAP (73%).

Los panfletos explicativos de la realización de la prueba diagnóstico-terapéutica que se remiten con la citación, tienen una aceptabilidad del 100%.

CONCLUSIONES:

- A pesar de que la consulta telefónica para los trastornos respiratorios del sueño está validada, precisa apoyo informativo para algunas interrogantes.
- Los panfletos explicativos de las pruebas, tiene buen nivel de aceptabilidad por parte de los pacientes.
- Tenemos la necesidad de crear más apoyo informativo para la consulta de la UTRS.

C224/23 Aceptación de la vacunación COVID y dosis de refuerzo en trabajadores del sector Zaragoza II

Primer Autor: *Ignacio Ezpeleta Ascaso*

Coautores: *Sandra Dueñas Jollard, Noelia Terrén Marco, Sabrina Gil Navarro, M^a Teresa Iguacel Acín, Cristina Carrasco Carbó*

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Resumen:

OBJETIVOS:

Determinar las coberturas vacunales en proceso de vacunación 2021 en los trabajadores del sector Zaragoza II.

Conocer la aceptación de la dosis de refuerzo 2022 en Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE)

Detectar aspectos de mejora para incentivar la vacunación de COVID.

MÉTODO:

Estudio descriptivo transversal con datos de los registros de historia clínica electrónica (HCE) y el programa de gestión de vigilancia de la salud MEDTRA, categorización de las dosis administradas por nivel asistencial y categoría profesional agrupadas en Medicina, Enfermería, otro personal sanitario, TCAE, celadores y otro personal no sanitario.

Analizar la evolución del proceso con el modelo "5C" (confianza, constricciones, complacencia, criterio y corresponsabilidad social) del EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL (ECDC).

RESULTADOS:

La cobertura con pauta completa COVID durante el año 2021 en el sector Zaragoza II fue del 94,03%. La campaña se realizó en el mes de febrero y marzo de 2021 y coincidió con una ola. La dosis de refuerzo del último trimestre de 2022 alcanzó una cobertura del 47,38% y el contexto epidemiológico era de incidencias más bajas. El descenso medio entre ambas ofertas vacunales es del 51% en AE y del 40,5% en AP. Por categorías profesionales en AE hay un mayor descenso en TCAE 56,8% y Enfermeras 51%; la categoría que menos desciende la vacunación es Medicina 40,14%. En AP las categorías que mayor descenso tuvieron fueron Celadores 58% y Otro personal sanitario 45%. El menor descenso se dio en Medicina 27%.

CONCLUSIONES:

La dosis de refuerzo tuvo un descenso muy importante. De acuerdo con el modelo 5C pensamos que la complacencia o baja percepción del riesgo ha tenido peso específico en este descenso. Para futuras ofertas debemos insistir en la corresponsabilidad social para alcanzar inmunidad grupal y en la confianza, seguridad y eficacia de la vacuna.