

## **COMUNICACIONES “MESA 5”**

**TÍTULO:**

Mejora de la gestión e informatización del almacén de medicamentos y material sanitario.

**AUTORES:**

**Lueza C**, Torres E, Valdivia F, Ayala B, Bajén R, Ledo P. Centro de Salud Binefar.

**OBJETIVOS:**

Conocer los fármacos y material sanitario, disponible en el almacén y las caducidades en todo momento. Elaborar el pedido bimensual con facilidad. Evitar pedidos especiales, por desabastecimientos y garantizar el suministro para una atención eficaz a los pacientes. Facilitar el trabajo de los profesionales, mejorando la distribución de recursos.

**METODOS:**

Periodo: años 2003-2005

Se elaboran normas básicas de funcionamiento en el centro de salud relativas al almacén.

Se realiza una Gestión informatizada del almacén con impresión automática de los pedidos según programa informático, así como una actualización del pacto de pedido y listado de productos.

Se facilita el control de movimientos con un lector de código de barras y un etiquetado de productos.

Coordinación con los informáticos de AP, para introducir mejoras en el programa informático.

Se realiza un Registro informatizado de caducidades.

Se establecen turnos entre todos los profesionales del EAP para organización y mantenimiento del almacén.

**RESULTADOS:**

Existe un cumplimiento de los turnos establecidos por los profesionales.

Se han etiquetado el 100% de los productos del almacén.

Disminución del 30% de pedidos especiales en el primer semestre del 2005.

Se ha realizado un registro de entradas al programa "almacén", a través del albarán electrónico de pedido bimensual, y a través de pedidos especiales, existiendo un conocimiento del stock. Se han controlado las caducidades de los productos sanitarios en sala urgencias, maletín de emergencias, carro de paros.

**CONCLUSIONES:**

La gestión de medicamentos y productos sanitarios en un centro de salud es esencial para ofrecer una atención eficaz a los pacientes. Sin personal auxiliar encargado a ese fin resulta complicado para un EAP rural con elevada demanda, dispersión geográfica y mucho movimiento de material y medicamentos.

Es necesaria una buena coordinación con el almacén central, con Gerencia AP, con personal informático que haga posible el desarrollo del proyecto.

**TITULO:**

COMITÉ DE EVALUACIÓN DE NUEVOS MEDICAMENTOS DE ARAGON

**AUTORES:**

**Aza MM**, Labarta C, Celaya C, Lallana MJ, Buisán MJ, Elfau M, Garjón J.

**OBJETIVO:**

- Crear un Comité Autonómico multidisciplinar para evaluar el lugar que ocupan las nuevas moléculas en la terapéutica frente a las alternativas disponibles, difundir su procedimiento de trabajo, iniciativas formativas y las publicaciones realizadas.
- Colaborar con los Comités de otras Comunidades Autónomas para evaluar la aportación terapéutica de los nuevos medicamentos a la oferta farmacéutica disponible en cada momento.
- Analizar el grado de satisfacción con la información de medicamentos realizada en este Comité respecto al contenido, formato, periodicidad, vía de acceso a la información e incorporar sus sugerencias a las nuevas ediciones.

**METODOLOGÍA:**

- 6 reuniones anuales del Comité.
- Procedimiento normalizado de trabajo (PNT).
- Participación en el Comité Mixto de Evaluación de nuevos Medicamentos (CMENM) junto con Andalucía, País Vasco, Instituto Catalán de la Salud y Navarra.
- Encuesta anónima a todos los facultativos de AP y AE de Salud sobre el contenido, formato, periodicidad y vía de acceso a las publicaciones.
- Sesiones descentralizadas en los centros de salud de Aragón.

**RESULTADOS:**

- Elaboración anual de 12 hojas de evaluación de nuevos medicamentos (Pharmakon) y de 4 Boletines de Información Terapéutica desde su creación en el año 2003 y difusión nominal a todos los facultativos del Salud y publicación en la Extranet del Salud.
- Participación en el Comité Mixto y adaptación del PNT (Octubre 2005).
- Resultados de la encuesta:
  - Índice de respuesta: 19,2 % en AP y del 5,8 % en AE.
  - En AP, un 90% de los facultativos reciben estas publicaciones desde hace más de 6 meses y en AE un 20%. En AE un 69% reciben el primer ejemplar junto a la encuesta.
  - Valoración global positiva: 93% en AP; 80% en AE.
  - Utilidad: 93% en AP; 53% en AE.
  - Lenguaje y formato adecuados: 96% en AP; 85% en AE.
  - Solicitan archivo específico para estas publicaciones: 76%.
  - Vía de consulta preferida: correo personalizado (81%) ; Intranet/Internet (37%).
  - Nº sugerencias recibidas: 219.

**CONCLUSIONES:**

- ✓ Se ha creado una estructura multidisciplinar en Aragón que proporciona a los facultativos información objetiva y evaluada sobre los nuevos medicamentos.
- ✓ La utilización de un PNT conjunto para los 5 comités autonómicos permite aumentar la transparencia y rigurosidad de este proceso y reducir su variabilidad.
- ✓ Los profesionales han valorado las publicaciones del Comité como interesantes, útiles y de calidad. Las diferencias encontradas entre AP y AE pueden venir influenciadas por el distinto tiempo que llevan recibiendo estas publicaciones los profesionales.

**TÍTULO:**

CICLO DE MEJORA EN UN PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN UN CENTRO DE SALUD RURAL.

**AUTORES:**

Hijos LA, **Ara D**, Mendoza M, Martínez-Sánchez R, Gracia-Trujillo E, Jiménez-Sender M

**OBJETIVO:**

Después de la realización de un estudio retrospectivo mediante un audit, (19 criterios relativos a la calidad científico-técnica), se propusieron las medidas correctoras las relativas a solucionar los problemas estructurales (revisión de esfigmomanómetros, manguitos de obesos, esfigmomanómetros electrónicos), y procesales (realización de analítica, microalbuminuria, fondo de ojo y reconocimiento específico). Por lo tanto, el objetivo es realizar la reevaluación del programa de HTA.

**METODOLOGÍA:**

Sobre los pacientes incluidos en programa de hipertensión arterial se realizó un muestreo sistemático de 62 historias ( $\alpha=0.95; e=0.12$ ). Las fuentes de datos utilizadas fueron la historia clínica, registro de formación continuada y la encuesta sobre adhesión al tratamiento. Para el análisis de los datos y comparación con los datos de la primera evaluación se usaron gráficos de Pareto, de estrella e histogramas de cumplimiento.

**RESULTADOS:**

La cobertura del programa fue 959 pacientes (un 4% más que en la evaluación inicial). Al comparar los datos se obtuvo una mejora del 24.81% en el cómputo de todos los criterios. El cumplimiento de los criterios agrupados era superior al 65% en todos los casos excepto en resultados, destacando la mejora obtenida en estructura, proceso formación continuada y proceso-seguimiento. En el análisis de los subcriterios, destacar que en criterios de bajo cumplimiento (40.3%, mejora de 12,1%) como los relativos a la analítica ya al reconocimiento médico observamos una mejora del 39.25% y del 22,24%, respectivamente.

**CONCLUSIONES:**

Queremos resaltar que el buen resultado obtenido refleja la efectividad de las medidas propuestas. Considerando que el nivel de calidad alcanzado es óptimo debemos realizar la monitorización de este programa. Para lo cual en primer lugar, crearemos un criterio específico y posteriormente realizaremos un muestreo para la aceptación de lotes (LQAS).

**TÍTULO:**

CON BANDERA, PERO SIN PATRIA: UNA APROXIMACIÓN AL UNIVERSO SIMBÓLICO DEL SUPERVISOR DE TARDES/NOCHES.

**AUTOR:**

**Ángel Orduna Onco.**

**OBJETIVO:**

El Supervisor General de Tarde/Noche, figura conocida, pero difícil de definir y, en ocasiones, cuestionada, recorre el hospital, solitario y errante, con bandera pero sin patria. Así, el objetivo de este estudio es mostrar el lado más humano del Supervisor de T/N, aproximándonos a su universo simbólico identificando elementos conceptuales que configuran su forma de pensar, sentir y entender su trabajo.

**METODOLOGÍA:**

Estudio basado en la realización de entrevistas abiertas, grupales, a 16 Supervisores Generales del Hospital San Jorge de Huesca y Miguel Servet y Clínico de Zaragoza. Los textos obtenidos han sido analizados “deconstruyéndolos”, primero, en conceptos operacionales (posiciones de los sujetos y objetos que aparecen en el texto, funciones que desempeñan y cualificaciones que se les atribuyen) para re-construir después una interpretación apoyada en ese proceso de “objetivación”.

**RESULTADOS:**

El Supervisor General se encuentra en una posición de proximidad y confianza con el personal de base. Así, reconoce al personal, obtiene información y detecta problemas organizativos. Siendo, probablemente, la persona más y mejor informada del hospital, no se le pide, sin embargo, esta información. Por esto, y por otras razones, los Supervisores de Tardes/Noches se sienten “desaprovechados”. Su trabajo es comprendido y reconocido por el personal de base, pero no por Adjuntos de Enfermería, Subdirectores y Directores.

**CONCLUSIONES:**

- ✓ El Supervisor de T/N es un profesional experimentado, comprometido con su profesión y con el centro en el que trabaja, con una identidad cultural y profesional dispersa, capaz de crear y de reinventar cada día su cometido.
- ✓ Desde la perspectiva del modelo de calidad EFQM podríamos concluir que las Direcciones de Enfermería tienen un área de mejora en las relaciones, comunicación y reconocimiento de sus Supervisores Generales.

**TÍTULO:**

EL TELÉFONO DE MI CENTRO DE SALUD YA NO COMUNICA.

**AUTORES:**

**Lafuente O**, López – Barrachina R, Quintín J, Pico V, Trigo M, García – Orea MA

**OBJETIVOS:**

1. Mejorar la accesibilidad del usuario facilitando la obtención de cita mediante contacto telefónico.
2. Aumentar la satisfacción del usuario dando respuesta a una expectativa repetidamente expresada: “no tener que llamar por teléfono al centro de salud varias veces para pedir cita porque comunican o no cogen el teléfono”.

**METODOLOGÍA:**

.El Servicio Aragonés de Salud valoró el problema de la saturación de las líneas telefónicas de los centros de salud, especialmente en determinados tramos horarios, llegando a la conclusión de la necesidad de establecer una central de citas a la que fueran desviadas automáticamente las llamadas de los usuarios, cuando al quinto tono no pueden ser atendidas en su centro. En dicha central se tendría acceso a las agendas de los profesionales y se podría concertar directamente la cita con el usuario, asignando día y hora. Se optó por una solución informática basada en tecnología web, se definieron los requisitos organizativos y técnicos imprescindibles para iniciar un proyecto piloto (informatización de los centros de salud, centralitas telefónicas digitales disponibles en los centros de salud y sobrecarga comprobada en las líneas telefónicas) y se eligieron cuatro centros que en conjunto recogían 150.432 tarjetas sanitarias (12% del total de Aragón). Si la evaluación de resultados así lo aconsejaba, se establecería una estrategia de extensión al resto de los centros de Aragón.

**RESULTADOS:**

En febrero de 2004 comenzó el proyecto piloto, y durante el periodo de evaluación hasta finales de 2004 se obtuvieron los siguientes resultados: 172.470 llamadas recibidas y 135.040 citas realizadas, suponiendo un 78.3% de llamadas resueltas con cita desde la Central de Citas. A 22 de agosto de 2005 había 677.955 tarjetas sanitarias informatizadas, lo que constituye que el 56% de la población de Aragón puede acceder a la Central de Citas.

**CONCLUSIONES:**

1. Se ha mejorado la accesibilidad telefónica de los usuarios.
2. Se considera que se ha conseguido dar respuesta a las expectativas de los usuarios respecto a atender con prontitud sus llamadas telefónicas para obtener cita con su médico de familia o pediatra. Queda pendiente su constatación en la próxima encuesta de opinión que se realice a usuarios de centros de salud.
3. Se ha reducido el número de usuarios que acuden al mostrador de los centros para obtener cita, lo cual reduce la espera de los usuarios que acuden al mostrador por otros motivos y facilita que reciban una atención más personalizada.
4. Se ha decidido extender el servicio al resto de los centros de salud.

**TITULO:**

ACTIVIDAD DE LA UNIDAD SOCIOSANITARIA DE VALORACIÓN: RESULTADOS DE LOS PRIMEROS OCHO MESES DE EXISTENCIA.

**AUTORES:**

**Gamboa B**, Navarro P, Del Campo MP.

**OBJETIVO:** Analizar los resultados del periodo inicial de implantación de la Unidad Sociosanitaria de Valoración.

**METODOLOGÍA:**

Se realiza un estudio retrospectivo (Junio 2003 a marzo 2004) explotando los datos de la base de datos de la Unidad realizada en ACCESS. La actividad de la unidad se prioriza sobre una población diana de ancianos ingresados en tres servicios principalmente: Traumatología, Neurología y Medicina Interna.

Se pretende conseguir el mantenimiento del anciano en su domicilio el mayor tiempo posible y en las condiciones de salud mejores, meta asistencial de la Geriátrica. Los objetivos secundarios establecidos son: garantizar una atención integral, proporcionar una asistencia continuada, organizar una asistencia progresiva, facilitar la formación continuada y docencia de otros profesionales y realizar investigación.

La Unidad está constituida por geriatra, enfermera y trabajadora social. La metodología de trabajo es la valoración geriátrica exhaustiva y las tareas se reparten entre los profesionales y por competencias. La valoración permite realizar unas recomendaciones en cuyo seguimiento la Unidad se ofrece a participar.

**RESULTADOS:** Se han atendido 822 interconsultas (99.39% desde hospitalización). El 86% se solicitaba valoración para gestión del alta y en 3.5% para seguimiento. Los servicios más demandantes son los servicios diana establecido. La demanda tiene un comportamiento estacional. La media de interconsultas diarias fue de 4. El principal destino es un centro hospitalario de apoyo con un 39.52% de la muestra y en segundo lugar Atención Primaria (25.52%. Se han reducido estancias innecesarias (1340 + 1124,5) Comparado con el mismo periodo del año 2003 los servicios presentan una reducción de la estancia media salvo en mayores de 75 años con fractura de fémur y mayores de 85 ingresados en Medicina Interna.

**CONCLUSIONES:**

1. Los cambios poblacionales y de la morbilidad en edades avanzadas de la vida obliga a plantear otros modelos de intervención que mejoren resultados asistenciales.
2. La demanda a la Unidad ha sido cuantiosa en su inicio a pesar del desconocimiento de la mayoría de los profesionales.
3. La difusión de la Unidad y sus funciones ha sido inadecuada en los medios empleados y en la receptividad de los servicios.
4. Los hospitales sin Servicio de Geriátrica adolecen de la metodología necesaria para responder a todas las demandas del anciano enfermo.
5. El trabajo interdisciplinar es un arma potente de trabajo con beneficios marginales difícilmente cuantificables.
6. En esta primer etapa un gran grupo de casos derivados han tenido como única demanda la información sobre recursos sociales. La Unidad entiende ante la inexistencia de problema médico no abordado, la posibilidad de alta hospitalaria son otras demandas ajenas al ámbito sanitario las que entorpecen el alta ocasionando estancias inadecuadas. Existiendo Unidad de Trabajo Social en el Centro estos casos no debían haber llegado a nosotros ¿o se hace innecesaria una Unidad de Trabajo social en el Hospital?

**TITULO:**

Establecimiento de un sistema de monitorización de los cuidados de enfermería mediante indicadores de Calidad. Ciclo PDCA a propósito de la prevalencia de úlceras.

**AUTORES:**

**Jiménez L**, Garcia-Mata JR, Vela M<sup>a</sup> L.  
*Hospital Universitario Miguel Server.*

**OBJETIVO:**

Identificar el nivel de calidad de los cuidados, compararnos con los estudios de otros Hospitales, y diseñar las posibles áreas de mejora.

**METODOLOGÍA:**

Definición de las unidades de Hospitalización con pacientes en riesgo de padecer efectos adversos(úlceras por presión).  
Realización de cortes de prevalencia, con periodicidad cuatrimestral.  
Definición de los indicadores según las propuestas de Joint Commission on Health Care Organizations, y en la totalidad de los pacientes ingresados en la fecha del estudio.  
Actuación en las distintas áreas de mejora.

**RESULTADOS:**

Se han monitorizado 31 unidades de Hospitalización, realizándose el estudio a 2.700 pacientes aproximadamente cada año, con una prevalencia de úlceras producidas en el hospital del 3,49% en 2003, 3,29% en 2004, y 2,65% en la evaluación realizada en el primer y segundo cuatrimestre de 2005.  
El Hospital, ha adquirido material especializado en la prevención, en las unidades con pacientes de mayor riesgo de padecer este efecto adverso.  
Se han realizado tres talleres prácticos de prevención, tres jornadas abiertas a todo el personal de enfermería de prevención y cura de úlceras, y un curso de 12 horas de duración ( epidemiología, prevención y cura ), y al mismo tiempo se ha elabora un protocolo de prevención y cura de úlceras por parte de AP-AE, unificando criterios en los cuidados.

**CONCLUSIONES:**

La aplicación del ciclo de mejora de la calidad e implantación de actividades de sensibilización, formación y protocolización, nos ha permitido obtener una disminución en la prevalencia de úlceras producidas en el Hospital.

**TITULO:**

VÍA CLÍNICA (VC) DE NEUMONECTOMÍA: ¿MODA O HERRAMIENTA ÚTIL DE TRABAJO PARA EL CIRUJANO TORÁCICO?.

**AUTORES:**

**Royo Crespo I**, Rivas de Andrés JJ, Martínez Vallina P, García Tirado J, Embún Flor R, García Mata JR.

**OBJETIVO:**

Las VC son planes asistenciales desarrollados de forma sistemática, para contribuir a la toma de decisiones en patologías concretas de curso clínico predecible. Aúnan los conceptos de efectividad y eficiencia bajo la condición de Medicina Basada en la Evidencia. Implican la coordinación de las distintas dimensiones de la calidad asistencial: aspectos de interés para los profesionales sanitarios (coordinación entre profesionales, optimización de recursos, calidad científico-técnica), para los enfermos y familiares (información, seguridad, ajuste de expectativas), así como para los gestores (eficiencia, gestión de costes).

Se elige la VC de Neumonectomía por ser la técnica que más recursos consume y con mayor morbimortalidad postoperatoria, dentro de la especialidad de Cirugía Torácica.

**METODOLOGÍA:**

Se revisa el cumplimiento de 12 indicadores durante los 3 años de implantación, establecidos por el grupo interdisciplinar (Cirugía Torácica, Anestesia, Cuidados Intensivos, Enfermería) que diseñó la VC de Neumonectomía.

**RESULTADOS:**

Durante este periodo se realizaron 75 neumonectomías. El 94.6% (71) fueron varones. En el 96% (72) se cumplimentó la vía correctamente. Cumplió la VC un 58.6% (44) del total de las neumonectomías. Indicadores estudiados y resultados: 1º Ingreso el día previo a la intervención: 100%. 2º Alta al 7º día postquirúrgico o antes: 70.02%. 3º Colocación de catéter epidural (CE) en quirófano: 52%. 4º Analgesia por CE en UCI: 37.7%. 5º Extubación en quirófano: 80.9%. 6º Estancia no superior a 48 horas en UCI: 81.5%. 7º Retirada de sonda vesical a las 24 horas: 23.8%. 8º Profilaxis tromboembólica: 100%. 9º Protección gástrica: 100%. 10º Profilaxis antibiótica: 71.8%. 11º Retirada drenaje torácico antes de 48 horas: 98.4%. 12º Rx tórax y hemograma al 6º día: 100%.

**CONCLUSIONES:**

Los indicadores que dependen de los cirujanos torácicos son los que obtienen mejor cumplimiento. Tampoco se ha observado una mejora a los largo de estos 3 años en los indicadores que dependen de otros Servicios. A pesar de estos inconvenientes el Grupo de Mejora de Cirugía Torácica califica la experiencia como muy positiva y piensa diseñar nuevas VC.

**TÍTULO:** PROGRAMA DE ACOGIDA DE NIÑOS/AS INMIGRANTES DE LA ZONA BÁSICA DE SALUD DE CASETAS.

**AUTORES:**

**Sáez de Adana ME**, Labat MS, Medrano L, Orós P, Pueyo MT.  
Equipo de Atención Primaria de Casetas, Zaragoza.

**OBJETIVOS:**

1. Captación precoz de los niños inmigrantes que residen en la ZBS de Casetas.
2. Evaluación y resolución de las necesidades sociosanitarias que puedan presentar previamente a su atención normalizada en el CS Casetas.
3. Atención normalizada de estos niños.

**METODOLOGÍA:**

Formación de un equipo multidisciplinar integrado por 2 pediatras, 1 enfermera, 1 trabajadora social y 1 auxiliar administrativa. Diseño de un protocolo de actuación común.

Desarrollo del programa en 2 fases:

1. Fase de diagnóstico de la situación. Diseño de indicadores de evaluación.
2. Fase de consolidación del programa, basado en los resultados obtenidos en la fase anterior.

Se considera que un niño está normalizado y por tanto que ha completado el programa cuando se han logrado las siguientes actuaciones:

1. Apertura de la historia clínica.
2. Solicitud de T.I.S. en el CS Casetas.
3. Visita programada de acogida en la consulta de pediatría.
4. Calendario vacunal actualizado y registrado en una ficha vacunal.
5. Entrega del libro de salud cumplimentado.
6. Acudir a la consulta programada en el plazo de un año desde la visita de acogida.
7. Escolarización del niño (según su edad).

Evaluación – recaptación periódica.

**RESULTADOS:**

Mejoría de la atención inicial del niño inmigrante respecto a la coordinación de las actuaciones.

**1.Fase de diagnóstico de la situación 1/9/2003** (9 meses): Población susceptible con TIS: 109; Población mínima estimada susceptible: 157. Excluidos: 23,5 %; Pendientes de inclusión: 14,1 %; Incluidos: 62,4 % (Normalizados: 22 %, No normalizados con correcto seguimiento: 46 %, No normalizados con incorrecto seguimiento: 32 %).

**2.Fase de consolidación del programa 1/6/2004** (15 meses): Población susceptible con TIS: 164 (8,63% de las TIS pediátricas); Población mínima estimada susceptible: 218. Excluidos: 22,5 %; Pendientes de inclusión: 23,8 %; Incluidos: 53,7 % (Normalizados: 30 %, No normalizados con correcto seguimiento: 23 %, No normalizados con incorrecto seguimiento: 47 %). **Indicadores:** Efectividad sobre la población estimada susceptible: 50,92 %, Efectividad sobre la población incluida: 52,99 %.

**Evaluación-recaptación 1/9/2005** (en curso): Población susceptible con TIS: 281 (13,93 % de las TIS pediátricas); Población mínima estimada susceptible: 303.

**CONCLUSIONES:**

El programa permite normalizar la asistencia de más del 50 % de los niños incluidos sin dificultad. Permite recaptar fácilmente pacientes por actividades pendientes y con diferentes sistemáticas. Parece estar disminuyendo el % de niños extranjeros captados que no tenían la TIS solicitada. La evaluación – recaptación es un proceso difícil de realizar dentro del horario asistencial. Una agenda de consultas programadas flexible y con escasa demora, junto con la tenacidad de los profesionales al afrontar las dificultades han sido las claves de su desarrollo.

**TÍTULO:**

PRINCIPALES RESULTADOS TRAS LA PUESTA EN MARCHA DE UN PROCESO DE ASIGNACION DE CAMAS CENTRALIZADO.

**AUTORES:**

**BROTO A**, TELLO C, SERRANO MA, LOPEZ-BARRACHINA R, ORTEGA MT, SANZ JC.

**OBJETIVO:**

Mejorar la gestión de ingresos desde Urgencias minimizando el número de ingresos ectópicos.

**MÉTODO:**

Se revisó un periodo de 4 años para redistribuir el número de camas valorando la presión asistencial urgente y programada por servicios. Se elaboró una Guía de Procedimiento de Gestión de camas centralizando en Admisión la gestión integral de ingresos urgentes, programados y traslados interhospitalarios.

**RESULTADOS:**

En el periodo de Noviembre de 2004 a febrero de 2005 se han gestionado por el Servicio de Admisión 3267 ingresos procedentes de Urgencias. El tiempo medio desde la solicitud de ingreso hasta la adjudicación de la cama fue de 184 minutos. En 1881 el tiempo de asignación fue inferior a 1 hora. El tiempo medio desde la adjudicación hasta el ingreso fue de 141 minutos; en 1879 el ingreso se produjo en la primera hora desde la asignación. Porcentaje de pacientes ectópicos: 19,8 %. El porcentaje de ectópicos para el mismo periodo en el año anterior era del 43,3%.

**CONCLUSIONES:**

La reasignación de las camas hospitalarias junto con la gestión integral de las camas desde Admisión ha permitido disminuir el número de paciente ingresados ectópicos y mejorar la disponibilidad de camas para programación.

## **TÍTULO:**

ACTUACIÓN ANTE EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA" DE ZARAGOZA.

## **TÍTULO:**

**Mozota Duarte J**, Trenc Español P, Rivas Jiménez M, Suárez Pinilla MA, Callao J.

## **OBJETIVO:**

- Conocer la carga de trabajo que supone y la actuación ante el SCA en Urgencias, evaluando si nuestra práctica clínica se ajusta a los estándares.
- Elaborar guías para que nuestra actuación sea lo más adecuada al conocimiento científico.

## **METODOLOGÍA:**

1º.- Llevamos a cabo un estudio transversal en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital de pacientes que acuden con dolor torácico, clasificándolos según las diversas causas, entre ellas el SCA.

2º.- Analizamos cómo actuamos en nuestro Servicio de Urgencias ante: el Síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) y el Síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST), mediante un estudio transversal.

3º.- Se ha elaborado un protocolo de actuación ante el SCA.

## **RESULTADOS:**

Pacientes que acuden con dolor torácico a urgencias: 40% dolor torácico no filiado, el 22,5% son síndromes coronarios agudos, el 15% dolor osteomuscular, el 5% origen neumológico, el 5% crisis de ansiedad y el 10% otros. Destino de estos pacientes tras la valoración en el SU: el 35% de los pacientes ingresa en el Hospital (el 58 % lo hacen en Cardiología, el 25% en UCI, el 12% en Medicina Interna y el 4% en otros Servicios), el 64% es dado de alta a domicilio (de ellos el 13% con consulta preferente para un especialista) y el 1% son altas voluntarias.

Características de pacientes con SCACEST: 80% hombres y 20% mujeres. Edad media 63,53 años (de hombres 60,6 y de mujeres 75,1). Tiempo desde inicio de los síntomas hasta acudir a urgencias: 90 minutos. Tiempo puerta-ECG: 5,35 minutos (90%<10 minutos). Tiempo puerta-aguja: 33,8 minutos (36%<30 minutos). Realización de fibrinólisis: 70%.

Características pacientes con SCASEST: 66% hombres y 34% mujeres. Edad media 70 años (de hombres 71 y de mujeres 69). Riesgo cardiovascular: alto 72 %, medio 23 % y bajo 11%. Tiempo puerta-ECG: 9 minutos. Diagnóstico urgencias: SCA probable 52%, IAM no Q 30%, SCASEST 15% y angor estable 2%. Diagnóstico al alta: IAM no Q 28 %, angor inestable 17%, SCASEST 34%, dolor no coronario 7%, dolor no filiado 6%, angor estable 4% e IAM con onda Q 2%.

## **CONCLUSIONES:**

Gran cantidad de pacientes son dados de alta tras descartar patología coronaria aguda.

Los pacientes con SCA suelen tener elevado riesgo cardiovascular.

La asistencia se ajusta a estándares de calidad (tiempo puerta-ECG), aunque hay camino para la mejora (tiempo puerta- aguja).