

MESA 3

Comunicaciones de tipo ORAL

Moderador/a:

ANA LAX CACHO

Directora de Atención Primaria de SALUD

PROCESOS

SALA 115

15 de JUNIO 18:30 horas

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA
DE CALIDAD ASISTENCIAL**
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009

Tipo de Comunicación: **ORAL**

TÍTULO. IDENTIFICANDO LOS FACTORES QUE AUMENTAN O DISMINUYEN EL RIESGO DE INFARTO ENTRE LAS MUJERES DE ARAGÓN

Autores: Lukic A, Barcena M, Calvo I, Fustero MV, Moreno E, Millaruelo JM*

** ANTONELA LUKIC. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA (antonelalukic@yahoo.es)*

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS. Evaluar el grado de identificación de los factores que aumentan o disminuyen el riesgo de infarto entre las mujeres residentes en Aragón.

METODOLOGÍA. Encuesta telefónica semiestructurada a 1.068 mujeres 18 años residentes en Aragón, diseñada y realizada por un grupo de cardiólogos y médicos de atención primaria con el enfoque de género de la ECV. Muestreo por estratos (edad y nº habitantes por municipios) con error muestral global de $\pm 3\%$ para Aragón, nivel de confianza del 95.

RESULTADOS. Se presentan los datos (en porcentajes) de las mujeres que no han identificado de forma correcta las siguientes situaciones / factores relacionados con el riesgo de infarto.

Situación	No identifican que...	
	Aumentan riesgo	Disminuyen riesgo
Diabetes vs buen control DM	55,6	15,5
Tabaquismo vs abstinencia	5,5	1,9
Hipercolesterolemia vs control	6,9	5,0
HTA vs buen control HTA	2,7	1,7
Estrés	4,4	No preguntado
Obesidad vs perder peso	2,2	5,8
Sedentarismo vs ejercicio	11,5	7,5
Antec. familiares	22,3	No preguntado

CONCLUSIONES. Las mujeres aragonesas no identifican la diabetes como un FRCV. Además, hay una subestimación de riesgo asociado con el sedentarismo y antecedentes familiares. Estos datos sugieren necesidad de mayores actuaciones educativas y preventivas en estos campos.

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA
DE CALIDAD ASISTENCIAL**
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009

Tipo de Comunicación: **ORAL**

TÍTULO. PREVALENCIA DE LOS FRCV ENTRE LAS MUJERES DE ARAGON. RESULTADOS DE UNA ENCUESTA REALIZADA A 1068 MUJERES

Autores: Lukic A, Calvo I, Moreno E, Escosa L, Barcena M, Fustero MV et als.*

** ANTONELA LUKIC. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA (antonelalukic@yahoo.es)*

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS. Existen aún importantes carencias en el conocimiento de los FRCV desagregados por género y por comunidad autónoma para elaborar programas específicos de prevención. Estudiamos la prevalencia de FRCV entre las mujeres de Aragón.

METODOLOGÍA. Encuesta telefónica semiestructurada a 1.068 mujeres 18 años residentes en Aragón, diseñada y realizada por un grupo integrado por cardiólogos y médicos de atención primaria con el enfoque de género de la ECV. Muestreo por estratos (edad y nº habitantes por municipios) con error muestral global de $\pm 3\%$ para Aragón.

RESULTADOS. Un 27,2% de las mujeres encuestadas son fumadoras (49% son menores de 35 años y el 85% menores de 50 años, 74,9% tienen educación secundaria o superior y un 64% viven en poblaciones mayores de 10 mil habitantes). Un 47,9% de las encuestadas no hace deporte o lo hace de forma esporádica (62% son menores de 50 años, 60% con educación secundaria o superior, 69,7% de poblaciones mayores de 10 mil habitantes). Un 8,3% se identificaron como diabéticas, 21,7% hipertensas y un 21,7% hipercolesterolémicas. El 40,7% de las encuestadas reconocía sobrepeso o obesidad (42% son menores de 50 años y 43% tienen educación secundaria o superior). Un 20% tiene antecedentes familiares de CI y un 15% de ictus. Se detectó una prevalencia de CI de 2,3%, siendo mayor entre las mujeres mayores de 65 años. Prevalencia de ACV un 1,6%, siendo esta mayor entre las mujeres mayores de 65 años y en las que viven en poblaciones medianas (entre 2500 y 10 mil habitantes). Un 4% de las mujeres encuestadas han sido ingresadas por algún problema de corazón, predominantemente (56%) mujeres mayores de 65 años.

CONCLUSIONES. Detectamos una alta prevalencia de factores de riesgo en general y entre las mujeres jóvenes con alto nivel educativo. Especialmente alarmante el tabaquismo, 5 puntos por encima de la media nacional.

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA
DE CALIDAD ASISTENCIAL
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009**

Tipo de Comunicación: **ORAL**

TÍTULO. PLAN DE MEJORA PARA LA DISMINUCIÓN DE EPISIOTOMÍAS PROFILÁCTICAS Y HUMANIZACIÓN DEL PARTO NORMAL EN EL SECTOR BARBASTRO

Autores: Satue EE, Fenes M, Remacha MJ, Amaro E, Adillon A, Gonzalez ME et als.*

**ELOISA ELSA SATUE SALAMERO. HOSPITAL DE BARBASTRO (esatues@salud.aragon.es)*

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS. La realización de episiotomías profilácticas sistemáticas ha sido práctica habitual en la atención al parto normal en los hospitales públicos de nuestro país. Actualmente, siguiendo las recomendaciones de la OMS, se está trabajando para restringir el uso de esta práctica a los casos estrictamente necesarios y adaptarnos a las estrategias de actuación de la SEGO y Sistema Nacional de Salud.

Objetivos:

Humanizar la atención al parto

Disminuir prácticas rutinarias innecesarias en la atención al parto.

Estabilizar la tasa de cesáreas

Mejorar la Continuidad Asistencial entre Niveles Asistenciales.

Promover la coordinación, formación y motivación de los profesionales .

Mejorar la satisfacción e información a los usuarios

METODOLOGÍA. En 2007 se inició un Plan de mejora de Calidad de atención al parto normal en el cual se realizaron reuniones con los ginecólogos, las matronas de Atención Primaria y hospitalarias con objeto de establecer actuaciones conjuntas.

Por otra parte, para adaptarnos a las nuevas estrategias de Atención al parto normal y disminuir la incidencia de complicaciones se impartieron sesiones de formación para el personal médico y de enfermería implicado en la atención al parto.

En 2008, además, se elaboró un "Protocolo de Parto Normal" en colaboración con anestesia y enfermería de materno-infantil en el que se recogen y mejoran aspectos en los que se venía trabajando desde 2005: contacto "piel con piel", cohabitación y la ayuda a las madres a iniciar la lactancia materna, cesárea humanizada...

RESULTADOS. En 2007 se atendieron 605 partos: tasa de cesareas de 19.33%, partos instrumentados: 6,94% y partos sin episiotomía profiláctica: 30,49%, de los que se complican el 59,5%.

En el año 2008, tras la puesta en marcha del Plan de Mejora, se atienden 629 partos: tasa de cesáreas de:20,66%, partos instrumentados 9,2% y partos sin episiotomía profiláctica 45,6%, de los que se complican un 64%.

En cuanto a las complicaciones observadas, el 85% son complicaciones leves, tanto en 2007 como 2008.

La estancia media en nuestro hospital en el parto no complicado es de 2,5 días. Y en el parto complicado de 3,5 días.

El incremento de la tasa de cesáreas y partos instrumentados son dos problemas que deberemos analizar conjuntamente con los Facultativos del Servicio y proponer medidas correctoras.

CONCLUSIONES. Como consecuencia de todo este proceso de mejora multidisciplinar en 2009, el sector de Barbastro ha recibido el galardón de "Hospital Amigo de los Niños".

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA
DE CALIDAD ASISTENCIAL
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009**

Tipo de Comunicación: **ORAL**

TÍTULO. DESPLIEGUE DEL MAPA DE PROCESOS 061 ARAGÓN : FORMACIÓN DE EQUIPOS DE PROCESO

Autores: Dominguez E, Cano MI, Clemente E, Castillo AB, Resa MA, Miralves B*

** ESTHER DOMINGUEZ PLO. SEDE CENTRAL (calidad061@salud.aragon.es)*

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS. En el año 2004 fruto de la implantación del Sistema de Gestión de la Calidad, el Equipo Directivo en colaboración con el Dpto. de Calidad procede al establecimiento de un sistema para el control de todas las actividades mediante la planificación, diseño, desarrollo, validación y control de sus procesos con el fin de satisfacer las necesidades y expectativas de los distintos grupos de interés, elaborando el primer Mapa de Procesos consistente en 26 procesos.

En el año 2006 el Equipo Directivo en colaboración con el Dpto. de Calidad realizó la primera revisión del Mapa de Procesos añadiendo un nuevo proceso como consecuencia de la ampliación del alcance del sistema obteniendo en diciembre de este mismo año la certificación de su Sistema de Gestión de la Calidad según la norma ISO 9001.

En el año 2008 derivado de la revisión estratégica anual en la que se revisaron los resultados obtenidos de la autoevaluación EFQM correspondiente al año 2007, el Equipo Directivo establece un Plan de Mejora bianual en el que una de las áreas priorizadas es la de desplegar la sistemática de la gestión por procesos con los siguientes objetivos:

1. Asegurar la consistencia del sistema
2. Asegurar una base suficiente para su gestión
3. Aumentar la participación, autonomía e implicación de los profesionales
4. Garantizar el seguimiento y mejora de los procesos

METODOLOGÍA. Formación de un equipo de mejora para el desarrollo de las siguientes actividades:

1. Revisar el mapa de procesos
2. Revisar la descripción de los procesos
3. Formar equipos de proceso y designar a los gestores de proceso
4. Establecer una sistemática de seguimiento de la gestión por procesos

- RESULTADOS.**
1. Revisión del mapa de procesos por los miembros de la Comisión de Calidad (julio 2008)
 2. Revisión de las fichas de proceso por el personal del Dpto. de Calidad y el Equipo Directivo (noviembre 2008)
 3. Nombramiento de los gestores y miembros de los equipos por el Equipo Directivo (diciembre 2008)
 4. Formación de los miembros de los equipos en gestión por procesos (enero 2009)
 5. Constitución de los equipos de proceso (febrero 2009)
 6. Revisión de la documentación de referencia e indicadores por los equipos de proceso (primer semestre de 2009)

CONCLUSIONES. El despliegue de la sistemática de la gestión por procesos ha permitido sentar las bases para el seguimiento y mejora de los mismos que otorgue una mayor capacidad de decisión a los gestores y equipos fomentando la participación de los profesionales e incorporando la mejora continua en todos los niveles de la organización.

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA
DE CALIDAD ASISTENCIAL**
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009

Tipo de Comunicación: **ORAL**

TÍTULO. ELABORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores: Santorroman E, Otto P, Sanjoaquin AC, Laborda AB, Zamora A, Arevalo AI et als.*

** ESTHER SANTORROMAN JOVELLAR. HOSPITAL DE BARBASTRO (esantorroman@salud.aragon.es)*

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS. Dentro del contrato programa de la Dirección de enfermería con las unidades de hospitalización se evalúa como indicador de seguridad de pacientes el índice de caídas. Debido a la ausencia en nuestro hospital de un protocolo preventivo, la falta de uniformidad en el contenido y cumplimentación del registro existente e incidencia muy dispar en las caídas declaradas; se plantea como objetivo principal el abordaje preventivo de las caídas mediante la elaboración de un Proyecto de Mejora de Calidad.

Objetivos secundarios: Conocer la magnitud de las caídas en nuestro hospital. Establecer criterios que permitan identificar el perfil tipo del paciente con riesgo y medidas preventivas. Modificar el registro y formar al profesional en su uso. Educar al paciente y familia en la prevención de caídas.

METODOLOGÍA. Revisión bibliográfica y realización de un estudio analítico retrospectivo de las caídas declaradas en 2007.

Definición de factores de riesgo, búsqueda y adopción de una escala de riesgo de caídas y creación del nuevo registro. Elaboración de un díptico formativo-informativo para el paciente y familia.

Presentación general del Protocolo y divulgación en todas las unidades del hospital.

RESULTADOS. Se estudiaron pacientes con registro de caídas, durante 2007, con una incidencia del 7.3 por mil. Lugar más frecuente de caída :la habitación (94.6%). Causas más frecuentes del entorno: el fallo de apoyo, suelo mojado y tropiezo con obstáculo; respecto al paciente: tropezón/deslizamiento, mareo/lipotimia y agitación/desorientación. En un 52.8% no hubo lesiones y las caídas se produjeron con independencia de estar solo o acompañado

Se definieron los factores de riesgo adoptando aquellos reflejados por la Nanda en la etiqueta "riesgo de caídas" y se adoptó como escala de medición de riesgo la de Downton.

Se definieron las tres fases de la prevención de Caídas, se diseñó un registro de caídas y se elaboró un tríptico para paciente y cuidadores.

Se realizó una presentación general en el hospital y talleres específicos en todas las unidades.

CONCLUSIONES. La elaboración de este protocolo consensuado con todas las unidades, va a permitir conocer la magnitud real del problema y detectar las posibles deficiencias del circuito preventivo.

Al elaborar el protocolo se han detectado nuevas áreas de mejora : el abordaje de las Conteciones Físicas como medida preventiva, y un procedimiento específico para la unidad de Materno-Infantil.

La implicación del paciente y familia en la prevención es fundamental durante el ingreso y al alta.

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA
DE CALIDAD ASISTENCIAL**
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009

Tipo de Comunicación: **ORAL**

TÍTULO. MEJORAR EL SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EN TERAPIA ANTICOAGULANTE ORAL

Autores: Bernues G, Gracia MA, Cabañuz M, Salas P, Tremps J*

** GUILLERMO BERNUES SANZ. CS LAFORTUNADA (gbernues@salud.aragon.es)*

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS. El EAP de Lafortunada detectó (2006) la oportunidad "Seguimiento del paciente en TAO", que enlazaba con la Cartera de Servicios del SALUD, incidiendo en la seguridad, el seguimiento clínico, los derechos y la satisfacción de los pacientes.

En la evaluación EFQM de 2007, se detectaron puntos críticos: baja cobertura, falta de implicación, e indicadores de resultados por debajo de objetivos.

Se rediseñaron las actividades.

Objetivos:

Conseguir que los pacientes en T.A.O., mantengan el rango de INR. Conseguir la participación de todo el equipo en su control y seguimiento.

Minimizar las complicaciones (hemorragia, trombosis)

Además se pretende aumentar la sensibilización, conocimientos y manejo terapéutico eficaz por parte de los profesionales, pacientes y familiares,

METODOLOGÍA. Seguimiento longitudinal, a lo largo del año 2008, de los pacientes en TAO con control en nuestro Centro de Salud.

Los profesionales del EAP, medicina y enfermería, realizamos el seguimiento de los pacientes con TAO de forma programada, en consulta y domicilio, mediante terminales (P.O.C.), y apoyo de aplicación informática.

El EAP, participa en el "grupo de trabajo ACO" de Sector junto a otros C. S., la dirección de sector y el servicio de hematología de nuestro Hospital de referencia.

Presentación del ciclo de mejora al EAP, seleccionando los responsables del seguimiento.

Talleres y sesiones de formación.

Se definieron los indicadores y los estándares, realizado dos evaluaciones de seguimiento y medición de indicadores (junio y diciembre de 2008), monitorizando el proceso durante todo el periodo.

RESULTADOS. A lo largo del año, se fueron adscribiendo profesionales del EAP y pacientes que cumplían criterios de inclusión en el Programa.

A 30 Junio:

% de pacientes con INR en rango: 75% (st >70%), %de profesionales que hacian el seguimiento TAO era del 91% (st >90%)

% de pacientes con hemorragia 6,25 %(st <10%) , % de pacientes con trombosis 0 %(st <10%)

A 31 de diciembre:

% de pacientes con INR en rango: 84,21% (st >70%), %de profesionales que hacian el seguimiento TAO era del 91% (st >90%)

% de pacientes con hemorragia 4,54 %(st <10%) ,% de pacientes con trombosis 0 %(st <10%)

CONCLUSIONES.

El seguimiento de este tipo de pacientes desde Atención Primaria, ha mejorado el control del INR, la accesibilidad, el aumento de los conocimientos y la implicación de enfermos, familiares y profesionales, repercutiendo de forma positiva en la adherencia y el manejo del tratamiento, minimizando las complicaciones inherentes al uso de dicumarínicos.

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA
DE CALIDAD ASISTENCIAL**
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009

Tipo de Comunicación: **ORAL**

TÍTULO. RESULTADOS A LARGO PLAZO DE LA ANGIOPLASTIA CORONARIA. DIFERENCIAS ENTRE SEXOS

Autores: Calvo I, Hernandez-Antolin R, Mauri J, Vizcayno MJ, Rodriguez-Leon O, Tovar-Martin A et als.*

** ISABEL CALVO CEBOLLERO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (icalvoc@gmail.com)*

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS. Aunque los resultados angiográficos de la angioplastia coronaria (ACTP) son superponibles en ambos sexos, la tasa de complicaciones intrahospitalarias incluida la mortalidad parece ser mayor en mujeres. El objetivo del presente trabajo es analizar si existen diferencias en el seguimiento a largo plazo

METODOLOGÍA. Se analizaron las ACTPs realizadas en 3 hospitales españoles de diferentes áreas geográficas (Zaragoza, Madrid y Barcelona) en 2003-2004. El seguimiento se obtuvo de forma prospectiva mediante cuestionario estandarizado (muerte, infarto, nueva revascularización), en consulta, llamada telefónica o informes médicos. Los análisis univariados de supervivencia se llevaron a cabo mediante curvas de Kaplan-Meier y los multivariados mediante regresión múltiple de Cox (incluyendo aquellas variables que en el análisis univariado presentaron $p < 0,1$). Se calcularon las HR de las variables que demostraron ser predictores independientes

RESULTADOS. De 4198 pacientes sometidos a ACTP se obtuvo seguimiento en 3701 (88% en ambos sexos). Tiempo de seguimiento: media 783+452 días, mediana 861 días (365-1139), sin diferencias entre sexos. La supervivencia libre de eventos mayores fue menor en las mujeres [81% vs 85% al año, 76 % vs 81 % a los 2 años, 72% vs 78% a los 3 años. Solo la edad, la diabetes, la diálisis, la angina inestable como indicación, la enfermedad multivaso y el grado de revascularización y la afectación del tronco coronario izdo resultaron predictores independientes de muerte y evento combinado. El sexo no fue predictor independiente

CONCLUSIONES. Aunque existen diferencias entre hombres y mujeres ya desde el procedimiento, estas diferencias se acentúan con el tiempo, lo que implica también un peor pronóstico tardío de las mujeres sometidas a ACTP. Sin embargo el peor pronóstico tardío está condicionado por la edad y por variables de riesgo más comunes en las mujeres y no con el hecho de ser mujer

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA
DE CALIDAD ASISTENCIAL**
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009

Tipo de Comunicación: **ORAL**

TÍTULO. SEGUIMOS EN EL CAMINO DE LA ISO-9001. RESULTADOS 2008

Autores: Hijos LA, Ordas O, Figueras C, Andres MJ, Abadía I, Rubio L et als.*

** LUIS ALFONSO HIJOS LARRAZ. CS GRAÑEN (lhijos@salud.aragon.es)*

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS. Desde el CS Grañén (Huesca), y como en el año anterior, recordamos que las actividades que realizamos tienen varios orígenes: el seguimiento del Contrato de Gestión y el Programa de Ayuda a las Iniciativas de Mejora en Calidad. El objetivo perseguido es diverso, destacando:

- 1.-GxP, ligada a la certificación ISO 9001.
- 2.-Monitorización de las áreas priorizadas en los años anteriores.
- 3.-Nuevos ciclos de mejora.
- 4.-Seguimiento Contrato de Gestión

METODOLOGÍA. Mediante reuniones específicas de calidad y actividades de Grupos de Trabajo en Calidad realizamos actividades como monitorización, priorización...y en la gestión por procesos el desarrollo de los procesos seleccionados para este EAP

RESULTADOS. El análisis de situación respecto a los puntos marcados:

- 1.- En el acercamiento a la certificación ISO 9001 se siguió la planificación realizada por los servicios centrales. El EAP ha decidido continuar en el camino hacia dicha acreditación.
- 2.-Con respecto al seguimiento de los proyectos de años anteriores:
 - Programa HTA: Monitorización mediante muestreo para la aceptación de lotes (LQAS) realizado en Junio del 2008: 10/57, aceptamos el lote. Se realizó una valoración del grado de control de la TA siendo óptimo en el 53,7 %.
 - Evaluación del riesgo cardiovascular en el paciente crónico: por el mismo sistema; aceptamos el lote de Junio del 2008: 18/80.
 - Valoración de la formación continuada: realizando el corte a 1 de abril de 2008, se observa que los estándares de calidad relativos a la cantidad, planificación y satisfacción fueron alcanzados. La asistencia media es de 8,36 profesionales por sesión siendo inferior al año anterior.
 - Acogida al personal de nueva incorporación: En la monitorización de este proceso en un 76,19 % se registró el proceso de acogida. La mayoría del nuevo personal 66,6% fueron DUE. La encuesta fue realizada por el 81.25% del personal que entró en dicho proceso.
- 3.-Nuevos ciclos de mejora
 - Proceso de incentivación personal EAP. (proceso apoyo: coordinación).El método de incentivación se considero adecuado en un 56,25 % (mejora de 8,63 respecto 2006). El grado de conocimiento de los criterios es alto y el método se consideró altamente transparente (93,75%) y participativo (87,50%).
 - Plan de necesidades: El plan de reposición y adquisición de material y su priorización fue remitida a GAP.
- 4.-En el análisis de la autoevaluación destacar el bajo cumplimiento de los siguientes indicadores: consejo de Salud, vacunación antigripal y la atención al fumador

CONCLUSIONES. La continuidad en el plan de apoyo a iniciativas de mejora de la calidad es un buen instrumento ya que es utilizada para garantizar la identificación de nuevas áreas de mejora, para la realización de los ciclos de mejora ya iniciados y para fomentar el seguimiento del contrato gestión. Destacamos que debe ser el mecanismo motivacional que nos permita integrar la GxP, ligada a la certificación ISO 9001 en la gestión de la calidad del EAP

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA
DE CALIDAD ASISTENCIAL
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009**

Tipo de Comunicación: **ORAL**

TÍTULO. CONTACTO PRECOZ EN CESÁREAS. SITUACIÓN EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO.

Autores: Lalaguna P, Defior S, Lumbierres C, Minguez J, Calvo MJ, Bustillo M*

** PAULA LALAGUNA MALLADA. HOSPITAL DE BARBASTRO (plalaguna@salud.aragon.es)*

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS. El contacto piel con piel (CPP) tras el parto y el amamantamiento precoz favorece el establecimiento y la duración de la lactancia. En las cesáreas, existen dificultades añadidas porque la separación madre-recién nacido es lo habitual, lo que además obligaba a ingresar a los recién nacidos hasta la llegada de la madre a la planta. Por todo ello, pretendemos modificar esta práctica e iniciar el CPP en quirófano para:

- favorecer el establecimiento y duración de la lactancia en cesáreas
- facilitar la participación de los padres en el parto, evitando la separación madre-hijo
- mejorar el grado de satisfacción de las madres y padres
- disminuir los ingresos en la unidad neonatal

METODOLOGÍA. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de todos los partos ocurridos entre junio y noviembre de 2008. A continuación, se seleccionaron a las mujeres que habían tenido un parto en ese período mediante cesárea y se les pasó una encuesta telefónica en la que se recogían datos sobre: cómo se realizó CPP, tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la primera toma, tipo de lactancia al alta, grado de satisfacción de los padres (valorado en una escala de 1 a 5, siendo el 5 máximo grado de satisfacción) y cualquier sugerencia que pudieran aportar.

RESULTADOS. Durante el periodo de estudio hubo 317 partos, de los cuales 69 (21.7%) fueron cesáreas. Se han incluido 63 casos. El tipo de anestesia fue general o epidural con sedación en 13 (21%) y epidural en 50 (79%), de éstas, en 39 (78%) se hizo CPP en quirófano (tiempo medio de 15±10 min). Estuvieron en la sala de reanimación con la madre 13 de los 63 recién nacidos (20.6%). El padre tuvo al niño en CPP en 38 casos (76%). No se separaron de la madre 9 niños (1,3%) y 12 se ingresaron por diversas causas. El tiempo medio hasta la primera toma fue 138±65 min. La lactancia al alta fue materna exclusiva en 44 (69.84%), en 7 artificial (11,11%) y 12 tomaron algún suplemento de LA (19%). Todas las madres que realizaron CPP lo valoraron como una experiencia muy positiva y los padres expresaron su satisfacción por sentirse partícipes (puntuación media 4,5 sobre 5)

CONCLUSIONES. El CPP es posible también en las cesáreas, disminuyendo el tiempo de separación madre-hijo y favoreciendo la participación de los padres. Aunque la valoración ha sido positiva, consideramos que el inicio de la lactancia sigue siendo tardío por lo que debemos poner los medios necesarios para acortar este tiempo. Es necesaria la formación, motivación y colaboración de todos los servicios para conseguir la finalidad deseada.

