

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

---

# MESA 9

### Comunicaciones de tipo PÓSTER

Moderador/a:

**Francisca Berisa Losantos**

*Coordinadora de Calidad. Sector Teruel*

**SALA 103**

**10 de JUNIO 11:30 horas**

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **125**

### **TÍTULO. PROTOCOLO DE DETECCIÓN DE RIESGO SOCIAL Y DEPENDENCIA EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO**

*Autores: ABAD RUIZ A, PALACIN ARIÑO C, BUERA AGRAZ J*

*ABAD RUIZ ALODIA . HOSPITAL DE BARBASTRO . EVSS (aabadr@salud.aragon.es)*

- OBJETIVOS.**
1. Captación del riesgo social asociado o no a la dependencia.
  2. Agilizar, dinamizar y facilitar el proceso de detección, valoración e intervención con pacientes susceptibles de incluir en el Programa de detección de Riesgo Social y a la Dependencia.
  3. Economizar tiempo de trabajo priorizando casos según criterio de inclusión

**MÉTODO.** 2008 estudio comparativo entre criterios de riesgo utilizados hasta el momento y la nueva propuesta. 2009 reunión de supervisoras para presentar nueva propuesta de criterios. Sesiones dirigidas a enfermeras con presentación power point explicando el protocolo paso a paso para incluir a los pacientes en situaciones de riesgo. Periodo de prueba con nueva propuesta. Recogida en cada planta de propuestas de modificación o inclusión de algún criterio nuevo que se hubiese valorado como adecuado a propuesta del personal de enfermería. Revisión de los criterios elaborando el listado definitivo

**RESULTADOS.** Elaboración de póster a colgar en cada control de las plantas de hospitalización, explicando nuevos criterios.

#### **DEPENDENCIA**

- 1- Enfermedad de carácter crónico discapacitante (EPOC, I.C, I. R...)
- 2- Enfermedad Terminal neoplásica o no neoplásica (por ejemplo, demencia en fase Terminal)
- 3- Minusvalía psíquica y/o demencia.
- 4- Pérdida de autonomía debida a edad avanzada sin patología.
- 5- ACV
- 6- Fractura de cadera.
- 7- Problemas de salud de aparición durante el ingreso hospitalario que requieren de continuidad de cuidados.
- 8- Otros

#### **RIESGO SOCIAL**

- 1- Mayor de 75 años que vive sólo.
- 2- Vive con esposa/o mayor y/o con problemas de autonomía.
- 3- Falta de apoyos en domicilio o apoyos insuficientes
- 4- Problemas de comunicación en población inmigrante.
- 5- Otra problemática asociada a la condición de inmigrante
- 6- Ausencia de familiares al ingreso o durante los dos primeros días de éste.
  - Menor en situación de riesgo.
- 7- Alcoholismo
- 8- Otra drogodependencia activa
- 9- Cuidador principal ingresado con o sin dependencia
- 10- Sospecha de maltrato o maltrato ( físico, psíquico o sexual)
- 11- Otros

**CONCLUSIONES.** Durante la puesta en marcha se ha objetivado un aumento en la captación de pacientes en riesgo. Diferenciar los criterios de riesgo a la dependencia y social ha favorecido que la derivación de pacientes a la Enfermera de Valoración y Trabajadora Social haya sido de manera más selectiva para ambas, optimizando en este aspecto su tiempo de trabajo

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **325**

### **TÍTULO. MEJORA DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA EN PORTADORES DE TRACCIÓN BLANDA POR FRACTURA DE FÉMUR EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO**

*Autores: DIAZ MARTINEZ N, ROMERO-MARCO D, MARTÍNEZ -MAESTRO A B, VILLAR- CARRASCO S, MENDIARA- BERBIELA Y, SANTORROMAN- JOVELLAR E, CALVO DE MORA M J, CAMPO-SIN A*

*DIAZ MARTINEZ NOEMI . HOSPITAL DE BARBASTRO . URGENCIAS (ndiazm@salud.aragon.es)*

#### **OBJETIVOS. Principal:**

Prevención de lesiones cutáneas en pacientes portadores de tracción blanda por fractura de fémur.

#### **Secundarios:**

Selección del tipo de vendaje más adecuado.

Creación de un procedimiento específico de tracciones blandas.

**MÉTODO.** Se realizó un estudio prospectivo con pacientes que sufrieron una fractura de fémur, que precisaran en su tratamiento la colocación de una tracción blanda hasta la intervención quirúrgica. Si la fractura se produjo de febrero a mayo de 2009 se les aplicó vendaje con venda de crepe y los que la sufrieron entre julio y octubre se les aplicó el vendaje del kit de tracción.

Se elaboró una hoja de registro de enfermería cumplimentada en Urgencias y planta de Traumatología hasta el día de la intervención de los pacientes en estudio.

Se analizaron los datos obtenidos comparando la aparición de lesiones cutáneas según tipo de vendaje aplicado. Se realizó una encuesta entre el personal de las unidades implicadas que atiende a estos pacientes

Se diseñó un procedimiento específico del manejo de paciente con tracción blanda.

Se realizó una guía visual práctica como herramienta de apoyo en los talleres realizados en las unidades.

**RESULTADOS.** En el periodo de estudio se registraron 57 fracturas que precisaron tracción blanda: 12 hombres y 45 mujeres. El rango de edad oscilaba entre los 57 y 99 años, con una edad media de 84.73

Al 57.89% de los pacientes se les aplicó vendaje con crepé, al resto 42.10% el vendaje del kit.

En el 73.5% de los casos el periodo de espera antes de la intervención fue = a 4 días.

Un 21% de los pacientes desarrollaron lesiones cutáneas, de diferente tipo, hasta el día de la intervención.

Analizada la población no se encontró diferencias significativas ( $p = 0.05$ ) entre la aplicación de un material u otro y la aparición de lesiones.

**CONCLUSIONES.** Al no haber diferencias significativas entre la aparición de lesiones cutáneas y el tipo de vendaje utilizado, se valoraron las preferencias de la enfermera respecto a su facilidad de utilización, confortabilidad, y aparición de complicaciones, decidiendo la utilización protocolizada de la venda de crepé.

La existencia de un procedimiento y una guía visual evitará la variabilidad en la práctica, favoreciendo la prevención de lesiones y el aprendizaje del personal de nueva incorporación.

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **367**

### TÍTULO. CALIBRACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UN ACELERADOR LINEAL DE ELECTRONES PARA USO CLÍNICO

*Autores: FONT GOMEZ JA, MENGUAL-GIL MA, ANDRES-REDONDO M, GANDIA-MARTINEZ A, FERRER-GRACIA CL, BERTOLIN-RICART E, DOMINGUEZ-PEREZ I, YANGUAS E*

*FONT GOMEZ JOSE ANTONIO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA (jafont@salud.aragon.es)*

**OBJETIVOS.** Un acelerador lineal de electrones (ALE) es una unidad emisora de radiación para terapia donde, a diferencia de las unidades de cobalto, no dispone de material radiactivo alguno. La radiación se crea a partir de la aceleración de electrones producidos previamente en un filamento incandescente.

Una vez que la empresa instaladora (Siemens en el caso del HUMS) realiza las pruebas de aceptación en presencia del Servicio de Radiofísica, a éstos últimos les queda un largo camino previo a poderse tratar al primer paciente en Radioterapia. Es necesaria la adecuación del sistema a la práctica clínica lo cual lleva un tiempo de entre cuatro y siete meses habitualmente.

**MÉTODO.** Durante un periodo de cinco meses el Servicio de Radiofísica del HUMS ha realizado la calibración para la puesta en funcionamiento del ALE para uso clínico de pacientes en Radioterapia.

El proceso de calibración consiste en determinar, con exactitud generalmente submilimétrica, todos los parámetros de interés de la unidad para que en el futuro el Servicio de Radiofísica pueda calcular las dosis de una forma virtual– con la ayuda del sistema de planificación de tratamientos (SPT) – que posteriormente recibirán los pacientes en su tratamiento real.

La calibración se puede dividir en las siguientes fases:

- Determinación del estado de referencia inicial del equipo (ERI), que es la base de los futuros controles de calidad obligatorios por la legislación vigente
- Toma de datos geométricos y dosimétricos del acelerador para el modelado del SPT
- Modelado del SPT
- Verificación in situ del comportamiento del SPT, es decir, que los datos que genera el SPT con pacientes virtuales sean reproducibles en el acelerador

Para conseguir estos propósitos el material empleado ha sido:

- Cuba de agua con movimientos mecanizados para simular paciente virtual
- Detectores de radiación tipo cámaras de ionización
- Detectores de radiación tipo semiconductor
- Electrómetros

**RESULTADOS.** Se ha determinado el ERI del equipo y, a partir de él, se ha establecido el procedimiento de controles de calidad obligatorios según legislación (diario, semanal, mensual y trimestral).

Se han tomado los datos necesarios para el modelado del SPT y, a partir de él, se ha establecido el procedimiento de control de calidad obligatorio del SPT.

**CONCLUSIONES.** De acuerdo a la legislación vigente, se ha realizado la calibración del ALE previa a su uso clínico. Se han establecido procedimientos de las diferentes fases con especial atención a las Seguridades y Condiciones de Funcionamiento.

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **306**

### TÍTULO. INTERACCIONES EN EL PACIENTE ANCIANO POLIMEDICADO

*Autores: GALINDO SERRANO I, BURGASE C, CLAVER P, ESCRICHE R, DIEZ I*

*GALINDO SERRANO IZARBE . CS PERPETUO SOCORRO . ATENCION PRIMARIA (izarbegalindo@gmail.com)*

**OBJETIVOS.** Detectar y analizar las interacciones farmacológicas en los pacientes polimedcados de edad igual o mayor a 75 años.

Revelar la presencia de fármacos de Beers

**MÉTODO.** Estudio descriptivo, se revisaron las cartillas de largo tratamiento de ancianos polimedcados de 75 años o más. Se recogieron las variables: edad, sexo, nº y principios activos, nº y descripción de interacciones, nº y descripción de fármacos Beers.

Las interacciones se analizaron según BOT Salud.

El análisis de los datos se realizó mediante SPSS

**RESULTADOS.** El 83% de cartillas presentó 1 o más interacciones (media 3'44)

27'6% sufrió interacción de carácter teórico.

5'7% tuvo interacción de carácter poco importante

35'6% presentó interacciones potencialmente importantes.

74'7% reflejó interacciones de carácter importante

Los fármacos más frecuentemente detectados en las interacciones son: IECA's, ARA-II, acenocumarol y diuréticos de asa.

12'6% de las cartillas contenía 1 o más fármacos BEERS

**CONCLUSIONES.** La mayoría de las cartillas presentaba 1 o más interacciones, las más frecuentes han sido de carácter importante.

El número de fármacos por paciente fue elevado.

Escasa prevalencia de fármacos BEERS.

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **127**

### **TÍTULO. ESTABLECIMIENTO Y MEJORA DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE UNA UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

*Autores: GARCIA GARCIA I, MELUS-PALAZON E, BARTOLOME-MORENO CB, CLERENCIA-CASORRAN C, LAFUENTE-LAFUENTE A*

*GARCIA GARCIA INMACULADA . UNIDAD DOCENTE MFYC ZARAGOZA 1 . UNIDAD DOCENTE SECTOR ZARAGOZA I (cbartolomem@hotmail.com)*

**OBJETIVOS.** Con la puesta en marcha de la Unidad Docente MFyC del Sector Zaragoza I, se hace necesaria la elaboración de un Protocolo de actuación, que sirva como guía sustancial de procedimientos y actuaciones a tener en cuenta, no sólo por cada uno de los miembros del equipo que componen esta Unidad Docente a nivel de trabajo diario, sino también para todas aquellas personas que, implicadas de una manera u otra, establezcan una relación profesional o contacto con esta Unidad Docente

**MÉTODO.** Elaboración del plan administrativo entre todos los actores implicados (Jefe de estudios, técnico de salud, administrativo, tutores, residentes) como medida para facilitar la consecución de su objetivo principal.

Enero 2010: Búsqueda bibliográfica y redacción preliminar.

Febrero 2010: Revisión externa.

Marzo 2010: Redacción definitiva y publicación.

Abril 2010: Implementación.

Mayo 2010: evaluación indicadores y propuestas de mejora

**RESULTADOS.** Se han estudiado los siguientes indicadores:

Subproceso acreditación de centros y tutores: Acreditación de centros: 1/1; reacreditación de centros: 1/1.

Subproceso publicaciones: Solicitud depósito legal publicaciones: 6/6

Subproceso sesiones clínicas: Convocatorias vía página web: 10/10; Asistentes a sesiones clínicas: 6/6.

Subproceso Comisiones: Actas comisiones de docencia: 4/4; Actas comisiones evaluación: 1/1

Subproceso formación continuada (cursos): Hojas de firmas de asistencia a cursos de residentes 8/10; Hojas de valoración de los cursos: 10/10; Acreditación en los cursos para tutores: 3/3

Subproceso formación continuada (guardias): Formulario evaluación guardias: 6/6

Subproceso formación continuada (rotaciones): Formularios evaluación servicios: 26/27

**CONCLUSIONES.** Se ha desarrollado un plan administrativo de una unidad docente integrado en el plan de calidad de la Unidad Docente. Con él se ha conseguido la promoción y fomento del óptimo desarrollo de las múltiples actividades específicas que se tienen que desarrollar en una Unidad Docente como acreditaciones de centros y tutores todos los procesos administrativos relacionados tanto con residentes como con tutores, todas las actividades derivadas de la formación

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **219**

### **TÍTULO. OPTIMIZACIÓN DE LOS RECURSOS: GESTIÓN DE LA DEVOLUCIÓN DE NUTRICIONES PARENTERALES EN UN SERVICIO DE FARMACIA**

*Autores: GOMEZ BARAZA C, AGUSTIN MJ, GÓMEZ-TIJERO N, CAÑAMARES I, SERRANO MC, DE LA LLAMA N, SEBASTIÁN M, ABAD R*

*GOMEZ BARAZA CRISTINA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . FARMACIA (cristigb83@hotmail.com)*

**OBJETIVOS.** Ante el aumento de nutriciones parenterales (NP) devueltas al laboratorio de farmacia se quiso analizar las características de las NP con el propósito de optimizar el trabajo en el área de farmacotecnia reduciendo la preparación de medicamentos (% nutriciones parenterales preparadas innecesarias) y mejorar la gestión de los recursos (minimizar la repetición de formulaciones en el laboratorio).

**MÉTODO.** Los datos se obtuvieron del laboratorio del Servicio de Farmacia. Para ello se preparo una hoja de recogida de datos donde se anotaron las variables de cada nutrición a medida que eran devueltas, durante los meses de Enero a Diciembre del 2009.

Las variables analizadas fueron el tipo de nutrición (central o periférica), el servicio hospitalario implicado, la forma de devolución, el motivo y el coste económico que ello supuso.

**RESULTADOS.** Los servicios implicados fueron principalmente UCIs (23.64%), oncología (13.04%), cirugía general (11.68%), medicina interna (11.68%), urología (11.41%) y otros (28.52%).

Se devolvieron un total de 368 nutriciones (2.51% respecto al total de preparadas), lo que supuso una tasa aproximada de 1 devolución/día, de las cuales el 67.93% eran NP centrales y el 29.07% periféricas (en el 2.98% no se registró el dato). Los motivos de las devoluciones fueron en el 32.33% por paso a vía oral, 11.41% por éxitus, 7.60% por cambio en la NP, 4.35% por alta del paciente, 4.07% por cambio de vía, y 6.52% por otras causas (pierde vía, paciente crítico...). En el 33.42% no se registró el dato. La forma de notificar la devolución fue por escrito (46.19%), por teléfono (38.31%) y en un 15.48% de los casos se informó a través del celador. De las nutriciones devueltas y que no se perdió el dato se aprovecho el 32.06%. El importe aproximado de las nutriciones devueltas al servicio de Farmacia fue de 12.000 €.

**CONCLUSIONES.** La recogida de datos ha facilitado la identificación de los servicios más implicados en las devoluciones de NP y los motivos de estas, lo que nos va a ayudar a la hora de poder establecer medidas correctoras para optimizar el funcionamiento en el área de farmacotecnia y minimizar el gasto de recursos innecesarios.

Asimismo se ha observado una elevada tasa de datos no registrados debida a una cumplimentación incompleta de la hoja de recogida, lo cual sugiere la necesidad de elaborar un sistema de registro de devoluciones que incluya campos cerrados prefijados

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **290**

### TÍTULO. PROCEDIMIENTOS DE CIRUGÍA AMBULATORIA EN ARAGÓN 2009

*Autores: HERNANDEZ-DIAZ R, REGALADO-ITURRI A, CLEMENTE-ROLDÁN E, MISIEGO-PERAL A, ZAPATERO-GONZÁLEZ D, ARRIBAS-MONZÓN F, BELTRÁN-PERIBÁÑEZ J, CASTAÑO-LASAOSA JI*

*HERNANDEZ-DIAZ ROGELIO . DIRECCION DE COORDINACION ASISTENCIAL . SERVICIOS CENTRALES (rhermandez@aragon.es)*

**OBJETIVOS.** Existen evidencias de que la Cirugía Ambulatoria (CA) es segura, eficiente, que genera alta satisfacción y optimiza los costes y reduce estancias con respecto a otro tipo de ingresos quirúrgicos para estos procedimientos. El índice de sustitución (IS) fue incluido en el Contrato Programa del año 2009. Se calcula a partir de un listado de procedimientos susceptibles de ser realizados por CA.

Las tasas de CA en Aragón son bajas respecto a otras Comunidades Autónomas.

El objetivo de este trabajo es describir la situación para 2009 del IS en los procedimientos más frecuentes susceptibles de realización por CA en el Servicio Aragonés de Salud (SALUD)

**MÉTODO.** El IS es el cociente entre el número de intervenciones realizadas por CA respecto al total de intervenciones para ese mismo procedimiento.

Se analizaron los IS de los procedimientos realizados por CA en cada hospital para 2009 y se compararon entre los hospitales y con los IS del SNS en 2005 en aquellos procedimientos con información disponible

**RESULTADOS.** Los procedimientos más frecuentes el año 2009 fueron:

1.Cataratas: El IS en 2009 fue para Aragón 77,1%. En el año 2005 en España el IS superaba el 90%. 5 hospitales aragoneses superan el 90%, mientras que el Clínico Universitario (34,3%), San Jorge de Huesca (46,7%), y Alcañiz (71,2%) son los centros con menores índices.

2.Biopsia cerrada de próstata: EL IS en Aragón fue 76,2%. Cuatro hospitales superaron el 90%, mientras que el Miguel Servet (83,1%), Barbastro (79,6%), Hospital Clínico (27,6%) y Alcañiz (0%) están muy por debajo del resto de índices.

3.Hernia inguinal unilateral: En Aragón se obtuvo un IS de 11,5%. Este índice se queda lejos del obtenido para el total del SNS en el año 2005, que era del 38,3%. Hay una amplia variabilidad entre los centros, mientras que varios no realizan prácticamente ninguna intervención por CA, otros hospitales alcanzan un 31,2% (Barbastro) o un 49,3% (Royo Villanova)

**CONCLUSIONES.** -Pese al aumento de la utilización de CA como procedimiento de elección en determinados servicios con respecto a los obtenidos en años anteriores, todavía existe un amplio margen de mejora al comparar los IS de Aragón con los de otras Comunidades o el global nacional.

-Existe una gran variabilidad entre los servicios y será necesario investigar qué factores pueden influir en la decisión de que la CA sea el procedimiento de elección para estas intervenciones

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **297**

### **TÍTULO. CREACIÓN DE UNA BASE DE DATOS CENTRALIZADA PARA LA GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN DE UN SERVICIO DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA**

*Autores: HERRERO ALONSO A, LANZUELA-VALERO, MENDEZ-VILLAMON, FERNANDEZ-DEL RIO, VAZQUEZ-SANCHO, CUARTERO-CONEJERO, ARANDA-JIMENEZ, AGUAVIVA-MORA*

*HERRERO ALONSO ARTURO . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . RADIOTERAPIA (maherreroa@salud.aragon.es)*

**OBJETIVOS.** Facilitar el acceso a la información para la gestión de pacientes en el acelerador lineal de electrones y en el equipo de radioterapia superficial.

Optimizar recursos para poder atender a un mayor número de pacientes.

Centralizar la información haciéndola accesible desde cualquier punto del servicio.

**MÉTODO.** Elaboración de una base de datos de Access a medida del servicio que contempla todas las etapas del proceso de tratamiento tanto en ALE como en RT superficial.

Dicha base se ha ido confeccionando a medida para cubrir la necesidad de acceder a la información de forma ágil por parte de los diferentes profesionales.

**RESULTADOS.** Acceso a la información común por parte de todos los profesionales.

Emisión de distintos documentos, informes y consultas que mejoran la eficiencia y agilidad del servicio.

Evitar duplicidad de registros con la colaboración de todo el personal.

**CONCLUSIONES.** Con este programa se ha conseguido mejorar la coordinación y la eficiencia por parte de todo el servicio de Radioterapia.

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **271**

### TÍTULO. LA ATENCIÓN EN EL DOMICILIO DESDE LOS CENTROS DE SALUD MENTAL DE ARAGÓN

Autores: AZON BELARRE JC, BERGES USAN P

AZON BELARRE JOSE CARLOS. USM CINCO VILLAS. USM CINCO VILLAS (carlosazon@yahoo.es)

**OBJETIVOS.** - Tener una imagen realista de la atención que se está dando a los pacientes afectados de un Trastorno Mental Grave desde los Centros de Salud Mental en el domicilio.

- Valorar qué tipo de profesionales se encargan más habitualmente de esta tarea y por qué.
- Valorar el apoyo que se realiza desde las Unidades de Acompañamiento o desde unidades específicas de Atención Comunitaria

**MÉTODO.** El método utilizado ha sido mediante entrevistas telefónicas a un profesional por cada Centro de Salud Mental de Aragón de forma que todos estén representados

**RESULTADOS.** - Falta un gran número de enfermeras y trabajadores sociales en los CSM de Aragón ya que son, fundamentalmente, las que se encargan de las visitas a los domicilios.

- La mayoría de las intervenciones a domicilio son en situación de urgencia, ya que si no, la presión asistencial no permite realizar esta actividad.
- Falta presencia de Unidades de Acompañamiento de referencia para la mayoría de CSM, y las que existen son concertadas y/o privadas.
- No todas las enfermeras de los CSM son especialistas, y además, los tipos de contratos impiden, en algunos casos, salidas fuera del propio Centro de Salud.
- No existe personal auxiliar de clínica, para realizar tareas de apoyo en los domicilios, en los CSM.
- Existe una sola Unidad de Atención Comunitaria en todo Aragón

**CONCLUSIONES.** - Se debe regular los tipos de contratos y que las enfermeras sean especialistas.

- Hay que aumentar el número de enfermeras y trabajadores sociales, además de dotar de la figura de auxiliar de clínica a los CSM para poder realizar intervenciones en los domicilios no sólo de urgencias.
- Se deben crear más Unidades de Atención Comunitaria en la Comunidad, aunque fuera una por sector

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **266**

### **TÍTULO. ESTUDIO SOBRE EL SUELO PELVICO. PROLAPSOS E INCONTINENCIA DE ORINA. VALORACION A LOS TRES AÑOS. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET**

*Autores: SANZ DE MIGUEL E, SUBIRON VALERA AB, LUQUE CARRO R, SABATER ADAN B, JUSTE PINA A, VIÑERTA SERRANO E, SANZ HERNANDEZ C, SALVIA VERGE D*

*SANZ DE MIGUEL ENCARNA . CS SANTA ISABEL . MATRONA (en\_carrascosa@hotmail.com)*

**OBJETIVOS.** Analizar A LOS TRES AÑOS postparto las ventajas y desventajas de la aplicación de episiotomía según un protocolo restrictivo (limitada a indicación fetal o materna), o sistemático (prevención de desgarros perineales).

**MÉTODO.** Estudio experimental, prospectivo, randomizado y aleatorizado en el H. Universitario Miguel Servet de Zaragoza desde abril de 2004 a diciembre de 2005 en su primera fase, y a los 3 años del parto en su 2ª fase . Entrevista telefónica exhaustiva.

**Criterios de inclusión:** primigestas, feto único, a término, presentación cefálica, parto eutócico.

**Análisis estadístico con SPSS 11.0 para windows.** Significación estadística  $P < 0,005$ .

**Se estudian a 3 años:** Incontinencia orina, tipo y frecuencia. Incontinencia fecal o a gases. Satisfacción en las Relaciones Sexuales. Prolapso postparto. Ejercicios de Kegel.

**RESULTADOS.** Hacen ejercicios de Kegel el 54.52% :199 mujeres, 89 del grupo control, 110 del selectivo (chi2 de Pearson 0,031)

83 mujeres presentan algún tipo de incontinencia de orina(IO), 50 de ellas menos de una vez a la semana, no habiendo significación estadística en los grupos estudiados. Tampoco hay diferencias en la IO, hayan o no tenido partos posteriores.

Hubo 9 casos con algún tipo de prolapso genital, 2 en el grupo restrictivo, 7 en el grupo control. De ellos, 8 se producían en el grupo que sí presentaron gestaciones posteriores y 1 en el grupo de 180 de no gestaciones posteriores ( $x^2 = 0,04$ ). En cuanto a las relaciones sexuales, 284 mujeres presentan igual satisfacción que antes del parto, 26 mayor, y 44 peor (1 mujer no tiene RS). No significación estadística en estos resultados.

**CONCLUSIONES.** El uso liberal de episiotomía no protege de las alteraciones del suelo pélvico, relaciones sexuales ni de la IO a los 3 años del parto.