

1ª JORNADA DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL LA PEDRERA



9
JUNIO
2023

EXPOSICIÓN DE TRABAJOS DEL 5 AL 9 DE JUNIO
EN EL ESPACIO DE EXPOSICIONES DE PLANTA BAJA

El viernes, 9 de junio, en el salón de actos del Hospital
La Pedrera se hará la entrega de premios a los 3 trabajos
más votados. ¡PARTICIPA! Vota a través del código QR





Afectación cutánea en pacientes post-infección por SaRS-CoV-2 en un Hospital de Atención a Pacientes Crónicos y de Larga Estancia (HACLE)

Moll Cervera, F; Carrió Lluésma, S; Mendoza Gil de Montes, M; Seguí Blasco, F; López Barrientos, MC; Navarrete Aguilar, MJ, Serrano Torregrosa, E.

Hospital La Pedrera, Denia (Alicante)

Introducción

En abril de 2020 el HACLE La Pedrera de Denia (Alicante) ingresó por primera vez a un paciente que había sufrido infección por SARS-Cov2 para cuidados post-hospitalización y rehabilitación. Desde esa fecha hasta Julio del 2021, 57 pacientes han sido atendidos con esta patología, siendo aproximadamente un 60% de los mismos los que presentaban algún tipo de afectación cutánea al ingreso, y, por tanto, se les identificó el diagnóstico de "Deterioro de la Integridad Cutánea".

Objetivos

El presente trabajo describe los distintos tipos de afectación cutánea que estos pacientes presentaban al ingreso en el HACLE o durante la estancia en el mismo, la localización de las lesiones y la evolución de las mismas hasta el momento del alta, según resultados obtenidos tras el Registro en el Programa Informático ORION-Clinic utilizados en hospitales de la red pública de la Consellería de Sanitat de la Comunidad Valenciana.

Metodología

Estudio descriptivo de los pacientes atendidos en el HACLE La Pedrera tras sufrir hospitalización en hospital de agudos por infección por SARS-Cov2 en cuanto a la presencia de lesiones cutáneas asociadas a la hospitalización.

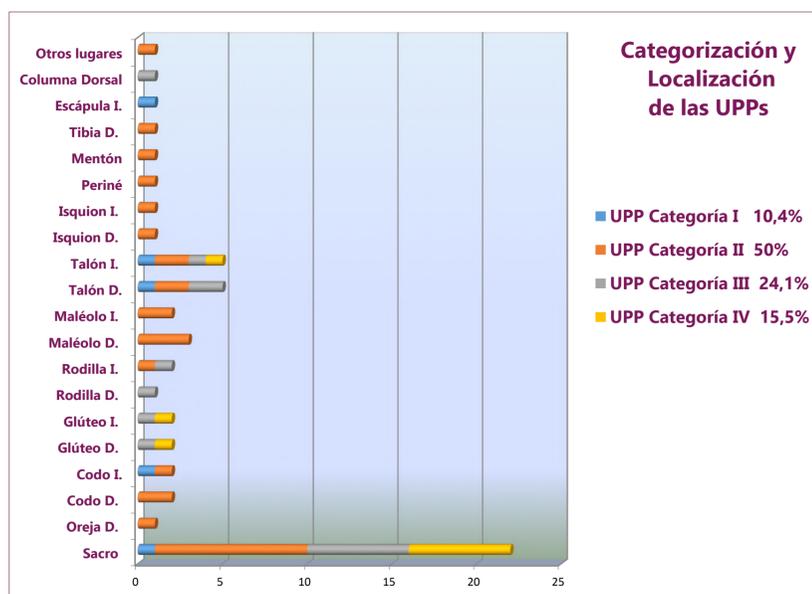
Resultados

Se ha atendido a un total de 57 pacientes (22 mujeres, 38.6%) con una edad media de 67.8 años (mediana de 70, rango 35-92 años).

La situación funcional previa a la infección según el Índice de Barthel era de autonomía funcional en 47 pacientes (82.5%), dependencia leve en 2 (3.5%), dependencia moderada en 7 (12.3%) y dependencia grave o total en 1 (1.7%).

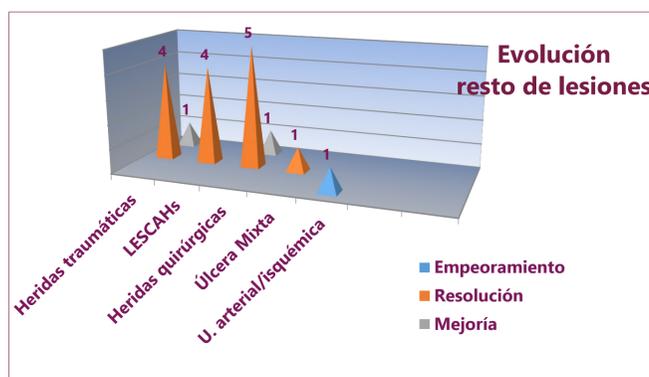
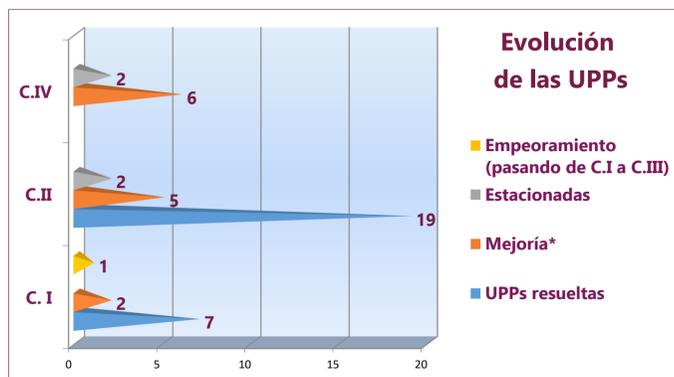
El tiempo medio de ingreso en el hospital de agudos, parámetro determinante en la presencia de UPPs fue de 55 días (mediana de 57, rango de 17-232 días) y el 63.2% de los pacientes habían precisado ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos.

En cuanto a la valoración del Estado de la Piel, 34 pacientes (59.6%) presentaron algún tipo de afectación al ingreso en el HACLE, 24 de los mismos (42.1%) presentó más de una lesión.



Durante la estancia hospitalaria, 8 pacientes presentaron lesiones de nueva aparición, un total de 11 lesiones: 7 UPPs (5 de C.I y 2 de C.II), 2 LESCAHs, 1 herida traumática y 1 UPP mixta.

De los 57 pacientes ingresados, 4 fallecieron, 2 precisaron traslado a Hospital de Agudos y 2 más siguen ingresados en el HACLE. Los siguientes gráficos recogen la evolución de las lesiones cutáneas de los pacientes que han sido dados de alta:



Del resto de lesiones cutáneas, no se registra evolución bien porque el paciente ha fallecido, porque fue o porque sigue hospitalizado.

*Evidenciada por la clínica y por la Escala RESVESHS

Conclusiones

La mayor parte de los pacientes que ingresan en un HACLE tras la fase aguda de la infección por SARS-CoV-2 lo hacen en el programa de Convalecencia para iniciar y/o seguir con la rehabilitación funcional. Más de la mitad de estos pacientes presentan lesiones cutáneas, en su mayoría relacionadas con la presión tras un encamamiento prolongado, por lo que precisarán los cuidados de enfermería adecuados para el manejo de las mismas. Para algunos de estos pacientes se ha precisado una continuidad de cuidados por parte de enfermería de Atención Primaria una vez dados de alta, pues cuando el paciente ha adquirido un cierto nivel de autonomía (el índice de Barthel medio al alta es de 72,5 puntos) es dado de alta hospitalaria, siempre asegurando la continuidad de cuidados requeridos.

1ª JORNADA DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL LA PEDRERA

Participación de la Enfermera referente en Úlceras por Presión y Heridas Complejas (ErUPPsHC) en el Programa de Optimización de Uso de Antimicrobianos (PROA) en un Hospital de Atención a Pacientes Crónicos y de Larga Estancia (HACLE): Intervenciones durante el 2020.

Moll Cervera, F; Navarro Catalá, D; Carrió Lluesma, S; Serat Pérez, C; Manrique Blaquez, R; Gomis Mascarell, MT; Vicente Mas, J

INTRODUCCIÓN

La eficacia de los antimicrobianos en la reducción de la morbilidad y la mortalidad está de sobra demostrada. Con el tiempo, los microorganismos pierden su sensibilidad natural a estos agentes a través de la creación de resistencias. Los PROA han sido definidos como la expresión de un esfuerzo mantenido de una institución sanitaria por optimizar el uso de antimicrobianos. El año 2015 iniciamos el PROA del Hospital La Pedrera, y ya desde el inicio, la ErUPPsHC formó parte activa del grupo de trabajo.

OBJETIVO

Destacar la importancia de la participación de la ErUPPsHC en el grupo de trabajo multidisciplinar del PROA mediante la evaluación de las intervenciones realizadas por el programa, en especial aquellas relacionadas con UPPs, heridas y/o infecciones cutáneas

MATERIAL Y MÉTODO

El grupo PROA en el HACLE La Pedrera está formado por un equipo multidisciplinar de médico internista, farmacéutica, microbióloga, médico preventivista y ErUPPsHC. Se establece una metodología de trabajo consistente en una reunión semanal durante la que se revisan todas las prescripciones de antimicrobianos: dosis, vía de administración, pauta posológica, indicación del tratamiento, resultados de microbiología (muestra, microorganismos y antibiograma) y duración del tratamiento. Tras esa revisión, se comunica al médico prescriptor las intervenciones/ recomendaciones emitidas por el grupo. Se revisan los datos recogidos por el PROA durante el año 2020 relacionadas con afectación cutánea y las funciones que la ErUPPsHC desarrolla en la emisión de recomendaciones sobre una posible optimización antimicrobiana en estas prescripciones.

RESULTADOS: PROA 2020.

- 35 reuniones
- 750 líneas de prescripción revisadas
- 90 líneas de prescripción (12%) relacionadas con afectación de la piel y/o anexos (UPPs, heridas, celulitis, osteomielitis con heridas abiertas).
- 42 recomendaciones emitidas, 13 de ellas (33.3%) relacionadas con tratamientos para afecciones anteriormente nombradas. 2 recomendaciones no fueron aceptadas.

CONCLUSIONES

El personal de enfermería, como administrador de tratamiento, juega un papel importante en la toma de decisiones sobre la gestión del mismo, y, más específicamente sobre la optimización del uso de antimicrobianos. La ErUPPsHC con su conocimiento clínico de las lesiones debe:

- Documentar la presencia de antecedentes de alergias.
- Indicar y asegurar la técnica adecuada para la toma de muestras biológicas.
- Asegurar la indicación del tratamiento según resultados de laboratorio.
- Fomentar el cambio de vía IV a oral en la desescalada.
- Realizar el seguimiento clínico de la lesión y participar en la decisión de posibles cambios de tratamiento o vía, dosis o momento de administración.
- Fomentar la excelencia en los cuidados de las UPPs y heridas complejas para así evitar la aparición de infecciones en la medida de lo posible.

Intervenciones en afecciones cutáneas



EXPERIENCIA DE USO DE LEVETIRACETAM SUBCUTÁNEO EN PACIENTES PALIATIVOS

Más-Sesé G (1). Martin-Bautista D (1). Navarro-Catalá A (2)
1. Unidad de Neurología. 2. Servicio de Farmacia. Hospital la Pedrera. Denia

INTRODUCCIÓN

Los pacientes en situación final de vida presentan, en ocasiones, síntomas de difícil manejo. En lesiones del sistema nervioso central pueden aparecer crisis epilépticas de difícil control, con un deterioro de la calidad de vida en fases finales de la enfermedad. La vía de elección para el tratamiento de este síntoma en cuidados paliativos suele ser la vía oral, pero ciertas circunstancias pueden imposibilitar su uso, siendo necesario recurrir a otras vías alternativas, como la vía subcutánea.

OBJETIVO

Presentamos la experiencia de uso de levetiracetam subcutáneo (LEV sc) en pacientes paliativos con crisis epilépticas atendidos en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes atendidos en el HLP, que han recibido levetiracetam vía subcutánea. Se describen los datos demográficos, diagnóstico y número de crisis pre y post tratamiento.

RESULTADOS

Se han tratado 6 pacientes en el periodo desde Julio de 2016 a Diciembre de 2019 (Tabla 1).

El inicio del tratamiento subcutáneo vino motivado por la imposibilidad para administración vía oral, y la dificultad para canalizar un acceso venoso.

La administración fue intermitente, cada 12 horas, diluyendo el fármaco en 100 cc de suero fisiológico, y mediante un sistema de palomilla subcutánea con aguja de tamaño 22 G, colocado en hemiabdomen inferior y rotando el sitio de inyección (Fig 1 y 2).

La dosis administrada fue la misma que la que tomaba el paciente previamente. Uno de los pacientes presentó irritación cutánea en el sitio de administración reduciéndose la dosis diaria y administrándola de forma continua, sin más incidencias.

La duración media de administración de LEV sc fue 9,5 días (rango: 3-16) y el número de dosis total administradas fue de 103. Ningún paciente presentó crisis comiciales tras el inicio del tratamiento por vía subcutánea (Tabla 2)

Tabla 1. Características clínicas de los pacientes

Paciente	Edad	Sexo	Diagnóstico	Tipo de epilepsia	Tiempo de tratamiento con LEV previo al inicio subcutáneo
1	60	Mujer	Enfermedad de Alzheimer avanzada y Síndrome de Down	Parcial	2 años y 6 meses
2	70	Mujer	Glioblastoma grado IV	Generalizada	3 meses
3	64	Varón	Glioblastoma grado IV	Parcial	13 meses
4	50	Varón	Meningioma anaplásico	Generalizada	6 años y 2 meses
5	50	Mujer	Glioblastoma grado IV	Generalizada	2 años y 23 meses
6	67	Varón	Metástasis Linfoma no Hodgkin T	Generalizada	8 meses



Fig 1. Palomilla subcutánea

Tabla 2. Respuesta clínica tras el inicio de levetiracetam subcutáneo

Paciente	Nº crisis pre LEV sc	Nº crisis post LEV sc	Días tratamiento	Dosis /12 horas	Cambio de dosis	Reacciones adversas
1	7 en 15 días	Ninguna	16	1.500	No	No
2	2 en 3 meses	Ninguna	11	500	No	No
3	10 en 30 días	Ninguna	4	1.000	No	No
4	1 cada 15 días	Ninguna	3	1.500	No	No
5	1 en 3 meses	Ninguna	12	1.500	Sí (2000 mg/día infusión continua)	Eritema cutáneo
6	1 en 6 meses	Ninguna	11	500	No	No



Fig 2. Posicionamiento del sistema

CONCLUSIONES

Las crisis epilépticas pueden aparecer hasta en un 70% de los pacientes con lesiones cerebrales o enfermedad degenerativa. El Levetiracetam es un fármaco ampliamente utilizado por su perfil de seguridad y tolerabilidad. En nuestra serie, todos los pacientes quedaron libres de crisis y solo hubo un evento adverso leve que se resolvió. En nuestra experiencia el LEV sc se muestra como una alternativa segura y eficaz en pacientes con crisis epilépticas que se encuentren en situación de final de vida.

ATENCIÓN PALIATIVA EN PACIENTES INGRESADOS CON DIAGNÓSTICO DE DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO EN UN HOSPITAL DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA. ESTUDIO RETROSPECTIVO

J. Vicente Mas⁽¹⁾, G. Más Sesé⁽²⁾, M.T. Gomis Mascarell⁽¹⁾, D. Martín Bautista⁽²⁾, M.V. Pérez Pomares⁽²⁾, M.C. Mafé Nogueroles⁽¹⁾, D. Rueda Gordillo⁽¹⁾ y E. Díaz Guardiola⁽¹⁾

(1) Medicina Interna, (2) Unidad Daño Cerebral. Hospital la Pedrera. Dénia (Alicante).

1. INTRODUCCIÓN

El daño cerebral adquirido (DCA) es causa de discapacidad y muerte en el adulto. En pacientes con secuelas graves y alto grado de dependencia puede ser necesaria una Atención Paliativa y una Planificación Anticipada de Decisiones (PAD). Existen pocos estudios publicados sobre cuidados paliativos en DCA.

2. OBJETIVO

Analizar la atención prestada a pacientes con DCA y discapacidad grave ingresados en un Hospital de Media-Larga Estancia.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes atendidos entre Mayo 2018-Diciembre 2019 con DCA y dependencia grave. Se describen las características clínicas, funcionalidad, terapias recibidas, valoración de necesidades paliativas y destino

4. RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES (n=48)	
Sexo (Hombres/Mujeres)	29/19
Edad (Media)	75.4±8.8
Charlson (Mediana)	1 (IQR 0-2)
Criterios de Pluripatología	13/48
I. Barthel al ingreso (Mediana)	0 (IQR 0-0)
-El 62.5% fueron remitidos para tratamiento Neuro-Rehabilitador con objetivo recuperador	
-Ningún paciente había registrado voluntades anticipadas al ingreso	

ETIOLOGIA DAÑO CEREBRAL	
ICTUS ISQUÉMICO	34/48
ICTUS HEMORRÁGICO	12/48
TÓXICO-METABÓLICA	1/48
INFECIOSA	1/48

PROBLEMAS 2º A DCA IDENTIFICADOS AL INGRESO	
Inmovilismo	46/48
Afasia	27/48
Disfagia	46/48
Alteración Cognitiva	35/48
-El 50% presentaban Úlceras por presión	
-El 39.1% de los pacientes con disfagia eran portadores de sonda de gastrostomía	
-El 8% se encontraba en Situación de Estado Alterado de Conciencia	

SÍNTOMAS PRESENTADOS	
Dolor	12/48
Disnea	5/48
Ansiedad	1/48
Ánimo deprimido	10/48
Agitación	6/48

En 35,4% de pacientes se valoró con la familia la necesidad de atención paliativa. Solo se realizó planificación anticipada de decisiones (PAD) en 4 pacientes.

AL ALTA	
I. Barthel al alta (Mediana)	0 (IQR 0-0)
Días de estancia (Mediana)	84.5 (IQR 51.25-148.25)

ACUERDO ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (29.1%)	
No colocar Sonda nasogástrica/Gastrostomía	3/48
No administración de tratamiento intravenoso	4/48
No administrar tratamiento antibiótico en caso de complicación infecciosa	2/48
Tratamiento exclusivamente sintomático	4/48
Limitación exploraciones complementarias	5/48
No trasladar a Hospital de Agudos en caso de complicación no tratable en HACLE	11/48
Orden de no reanimar en caso de PCR	12/48



La mortalidad acumulada al ingreso y en los 6 primeros meses tras el ingreso fue del 37,5%

5. CONCLUSIONES

El DCA es causa de dependencia grave y de mortalidad. En los pacientes que presentan gran dependencia cobra gran importancia la atención paliativa principalmente orientada al control sintomático y a la planificación consensuada de terapias y cuidados..

6. BIBLIOGRAFÍA

- Holloway RG, Arnold RM, Creutzfeldt CJ, Lewis EF, Lutz BJ, McCann RM, et al., American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, and Council on Clinical Cardiology. Palliative and end-of-life care in stroke. A statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2014;45:1887-916.
- Biacchiere D, Gubitz G, Dupere D, McLeod D, Phillips S. Evaluating an organized palliative care approach in patients with severe stroke. Can J Neuro Sci. 2009;36:731-4.
- Eimil-Ortiz M. Cuidados paliativos en el ictus agudo. Revisión. Med Palliat. 2018;25(1):30-41

email: pepvimas76@gmail.com

El presente estudio fue presentado en el 41º Congreso de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) - Virtual 23-27 Noviembre de 2020 Publicado en Rev Clin Esp. 2021;221 (Espec Congr 2):435

EXPERIENCIA DE UN HACLE EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR SARS-CoV2

Manuel Vallalta Morales, María Teresa Gomis Mascarell, Josep Vicente Mas, Diego Rueda Gordillo, Elena Díaz Guardiola, Mayka Mafé Nogueroles, Pedro Martínez Avilés.
Servicio Medicina Interna. Hospital La Pedrera. Dénia.

OBJETIVO

Conocer las características y evolución de los pacientes con infección por SARS-Cov 2 atendidos en un hospital de crónicos y larga estancia (HACLE).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo de los pacientes atendidos en un HACLE tras sufrir infección por SARS- Cov2. El hospital tiene cuatro programas asistenciales: convalecencia, daño cerebral, CUIDA/larga estancia y cuidados paliativos. El primer paciente ingresó en abril de 2020; se han valorado todos los casos hasta junio de 2021.

RESULTADOS

Ingresaron un total de 57 pacientes (22 mujeres, 38,6%) con una edad media de 67,8 años (mediana 70 años, rango 35-92 años). La situación funcional previa a la infección era de autonomía funcional en 47 pacientes (82,5%), dependencia leve (índice Barthel mayor de 60) en 2 pacientes (3,5%), dependencia moderada (índice de Barthel 35-60) en 7 pacientes (12,3%) y dependencia grave o total (índice de Barthel inferior a 35) en un paciente (1,7%). El tiempo medio de ingreso en hospital de agudos fue de 55 días (mediana 57, rango:17-232días). El 63,2% de los pacientes habían requerido ingreso en UCI, de los que 94'4% habían requerido ventilación mecánica invasiva y el 75% habían precisado de traqueostomía.

Febrero de 2021 presentó el pico máximo de ingresos con **13** pacientes seguidos de marzo de 2021 con **11** ingresos. Por programa asistencial ingresaron **40** pacientes en programa de Convalecencia, **9** pacientes en programa de CUIDA/Larga estancia, **5** pacientes en programa de Paliativos y **3** pacientes en programa de Daño Cerebral tras presentar un evento cerebro-vascular isquémico asociado. Treinta y cuatro pacientes presentaban algún tipo de alteración de la integridad cutánea de los que 20 (35,1%) presentaban úlceras por presión grado 3 o mayor. Cuarenta y nueve pacientes (86%) presentaban puntuación en MNA inferior a 8 (desnutrición) y el resto presentaban MNA inferior a 11 (riesgo de malnutrición). La estancia media en el HACLE fue de 55 días (mediana 51, rango 6-139).

26 pacientes presentaban alteraciones radiológicas pulmonares, doce pacientes un patrón radiológico sugestivo de fibrosis, veinticuatro pacientes presentaban insuficiencia respiratoria al ingreso y de ellos 8 la mantuvieron al alta.

Cuatro pacientes ingresaron con traqueostomía y tres se pudieron decanular. El índice de Barthel medio al ingreso fue de 34 puntos y el índice de Barthel medio al alta de 72,5 puntos. En programa de Convalecencia el índice de Barthel medio al ingreso fue de 44 puntos y al alta de 85 puntos. El nivel medio de albúmina al ingreso fue 3,1g/dl y al alta 3,5g/dl. Cuatro pacientes fallecieron durante el ingreso hospitalario (3 pacientes ingresados en SEAT en programa de Paliativos y otro paciente ingresado en CUIDA con una isquemia irreversible de MMII y complicaciones infecciosas bacterianas de repetición). Dos pacientes precisaron traslado a Hospital de agudos, uno por neumotórax y otro por colecistitis aguda litiásica.

CONCLUSIONES

La mayor parte de pacientes que precisan ingreso en un HACLE tras la fase aguda de la infección por SARS-Cov2 lo hacen en el programa de Convalecencia y su pronóstico funcional es bueno. Es muy frecuente la desnutrición y la presencia de UPP.

El presente estudio fue presentado en el 42º Congreso de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) - Santiago de Compostela 24-26 Noviembre de 2021

Publicado en Rev Clin Esp. 2021;222 (Espec Congr 2):920

DISFAGIA EN PACIENTES CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO: SUPLEMENTOS NUTRICIONALES ORALES MODERADAMENTE ESPOSOS EN LA PREVENCIÓN Y RECUPERACIÓN DE LA DESNUTRICIÓN

M. Mafé (Medicina Interna), G. Más (Neurología), D. Navarro (Farmacia), A. Belda (Logopeda), F. Moll (DUE)
J. Buhigues (DUE Nutrición), S. Vilar (Enfermería), M. Pérez (Rehabilitación).
Hospital la Pedrera. NUTRICIA S.R.L. (Advanced Medical Nutrition)

INTRODUCCIÓN

El daño cerebral adquirido o sobrevenido es una lesión de cualquier origen que ocurre de forma aguda en el encéfalo, causando en el individuo previamente sano, un deterioro neurológico, que condiciona un menoscabo de su capacidad funcional y de su calidad de vida previas, que en ocasiones, puede ser permanente. Las personas que padecen disfagia pueden tener alterada la eficacia de la deglución y, por lo tanto, la capacidad para alimentarse e hidratarse de manera óptima, pudiendo aparecer cuadros de desnutrición y deshidratación. La disfagia es un síntoma frecuente en personas que han sufrido daño cerebral y la desnutrición es una complicación habitual de la disfagia.

OBJETIVO

Determinar el cambio en el estado nutricional, de acuerdo con la puntuación en el MNA-SF, que se produce entre el ingreso y el alta del hospital de los pacientes con daño cerebral adquirido (DCA) y disfagia, que presentan desnutrición o están en situación de riesgo de presentarla, que reciben un suplemento oral nutricional (SON) completo, moderadamente espeso, durante su estancia hospitalaria, por recomendación del equipo médico responsable en su práctica clínica habitual.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un diseño observacional, prospectivo, descriptivo de una cohorte, abierto, llevado a cabo en el Hospital la Pedrera, de acuerdo con la práctica médica habitual, concebido para conocer la evolución del estado nutricional de los pacientes con DCA y disfagia que reciben un SON completo, moderadamente espeso, durante su estancia en el hospital. El estado nutricional de los pacientes se evaluará al ingreso y al alta del hospital (o transcurridos 60 días desde el ingreso, lo que ocurra primero) para establecer los cambios en el estado nutricional que puedan acontecer con la utilización de un SON en la situación clínica de DCA, disfagia y desnutrición o riesgo de desnutrición.

Los resultados del estudio estarán dados por el número de pacientes con parámetros nutricionales medidos al ingreso, a los 30 días y al alta del hospital (o transcurridos 60 días desde el ingreso, lo que ocurra primero), así como por aquellos en quienes se haya establecido la tolerabilidad, grado de satisfacción, adherencia, preferencias por las características del SON y calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

RESULTADOS

Pendiente de resultados estadísticos procesados

CONCLUSIONES

Pendiente de resultados estadísticos procesados

No presentado a ningún congreso ni publicado

DEMORAS DEL ALTA POR MOTIVOS NO CLINICOS

PEDRO CERVERA (Farmacéutico), VICENT MARS (Psicólogo), NURIA GOIG (Trabajadora Social)
Hospital La Pedrera. Denia (Alicante)

INTRODUCCIÓN

Las altas Demoradas por Motivos No Clínicos (DMNC) se definen como aquellas situaciones en la que el paciente sigue ocupando una cama de agudos o no agudos a pesar de que clínicamente no precisa estos cuidados. En hospitales de agudos se asocian a determinadas patologías, en pacientes mayores y con necesidades complejas. No conocemos ningún estudio que analice la prevalencia en instituciones sanitarias de cuidados intermedios.

RESULTADOS

En el periodo de estudio ingresaron 1047 pacientes; 100 experimentaron DMNC de 125 días de media, produciendo una pérdida potencial de 12.535 días útiles de hospitalización.

Los pacientes con DMNC ingresaron con mayor frecuencia en el programa de Larga Estancia (ULE) y presentaban un grado de dependencia y riesgo sociofamiliar mayor que los que no demoraron su estancia. Su destino mayoritariamente fue una residencia sociosanitaria (tabla 1). No se aprecian, sin embargo, diferencias estadísticamente significativas respecto a la edad, sexo, diagnóstico al alta o polifarmacia. En la escala de Gijón, el porcentaje de pacientes que vivían solos, carecían de hijos o vivían alejados y los que carecían de ingresos o percibían pensiones no contributivas era doble en los pacientes con demoras (54,2% vs 21% y 23,6% vs 13,5% respectivamente); multiplicaba por cuatro los que no salían del domicilio y/o no recibían visitas (20,8% vs 6%) y por ocho los que estaban pendiente de ingreso en residencia geriátrica o con cuidados permanentes y los que no disponían de una vivienda adecuada (19,5% vs 2,9% y 13,9% vs 2,1%, respectivamente) (Tabla 2).

	Total 1047	PUA 100 (9,6%)	No PUA 947 (90,4%)	p-valor
Programa al ingreso				
CONV	240	11 (11%)	229 (24, 2%)	<0,01
UCPA	155	8 (8%)	147 (15,6%)	
UDC	441	38 (38%)	403 (42,6%)	
ULE	211	43 (43%)	168 (17,7%)	
Destino al Alta				
Domicilio	650	24 (24%)	626 (66,2%)	<0,01
Residencia sociosanitaria	150	62 (62%)	88 (9,3%)	
Otro Hacle	4	0 (0%)	4 (0,4%)	
Exitus	229	14 (14%)	215 (22,7%)	
Otros	14	0 (0%)	14 (1,5%)	
Barthel (n=1110; 95,1%)				
Totalmente dependiente	365 (32,9%)	57 (49,6%)	308 (31%)	<0,01
Dependencia Grave	129 (11,6%)	17 (14,8%)	112 (11,3%)	
Dependencia Moderada	121 (10,9%)	8 (7%)	113 (11,4%)	
Dependiente Leve	389 (35%)	26 (22,6%)	363 (36,5%)	
Independiente	106 (9,5%)	7 (6,1%)	99 (9,9%)	
Gijón (n=827; 79%)				
Normal o riesgo social bajo (<10)	426	10 (11,4%)	416 (56,3%)	<0,01
Existe riesgo social (10-14)	305	39 (44,3%)	266 (36%)	
Riesgo social elevado (>14); problema social	96	39 (44,3%)	57 (7,7%)	

Los datos se expresan como número de pacientes (%).

Para la comparación entre grupos se ha utilizado la prueba de chi-cuadrado

Tabla 1

	Total (n=1047)	PUA (n=100)	No PUA (n=1147)	p-valor
Gijón Familia				
Vive con familia sin dependencia física/psíquica	248 (35,2%)	14 (19,4%)	234 (37%)	<0,01
Vive con cónyuge de edad similar	121 (17,2%)	6 (8,3%)	115 (18,2%)	
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	73 (10,4%)	6 (8,3%)	67 (10,6%)	
Vive solo y tiene hijos próximos	91 (12,9%)	7 (9,7%)	84 (13,3%)	
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	172 (24,4%)	39 (54,2%)	133 (21%)	
Gijón Economía				
Más de 1.5 veces el salario mínimo	52 (7,4%)	0 (0%)	52 (8,2%)	<0,01
Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	288 (40,9%)	18 (25%)	270 (42,7%)	
Desde salario mínimo hasta pensión no contributiva	263 (37,3%)	37 (51,4%)	226 (35,7%)	
LISMI-FAS. - Pensión no contributiva	55 (7,8%)	11 (15,3%)	44 (7%)	
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior	47 (6,7%)	6 (8,3%)	41 (6,5%)	
Gijón Vivienda				
Adecuada a las necesidades	403 (57,2%)	23 (31,9%)	380 (60%)	<0,01
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa	222 (31,5%)	31 (43,1%)	191 (30,2%)	
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado	8 (1,1%)	1 (1,4%)	7 (1,1%)	
Ausencia de ascensor, teléfono	49 (7%)	7 (9,7%)	42 (6,8%)	
Vivienda inadecuada	23 (3,3%)	10 (13,9%)	13 (2,1%)	
Gijón-Relaciones				
Relaciones sociales	388 (55%)	18 (25%)	370 (58,5%)	<0,01
Relación social solo con familia y vecinos	195 (27,7%)	26 (36,1%)	169 (26,7%)	
Relación social solo con familia o vecinos	69 (9,8%)	13 (18,1%)	56 (8,8%)	
No sale del domicilio, recibe visitas	32 (4,5%)	9 (12,5%)	23 (3,6%)	
No sale y no recibe visitas	21 (3%)	6 (8,3%)	15 (2,4%)	
Gijón Apoyos				
Con soporte familiar y vecinal	553 (78,4%)	35 (48,6%)	518 (81,8%)	<0,01
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	32 (4,5%)	4 (5,6%)	28 (4,4%)	
No tiene soporte	88 (12,5%)	19 (26,4%)	69 (10,9%)	
Pendiente de ingreso en residencia geriátrica	27 (3,8%)	12 (16,7%)	15 (2,4%)	
Tiene cuidados permanentes	5 (0,7%)	2 (2,8%)	3 (0,5%)	

Los datos se expresan como número de pacientes (%)

Para comparación entre grupos se usa la prueba de Chi-cuadrado

Tabla 2

CONCLUSIONES

La DMNC en nuestro hospital es tan frecuente o más que las referida en hospitales de agudos y son responsables del 12% de la estancias. En nuestro caso, a pesar de que las causas pueden ser múltiples, no parecen estar asociadas a la edad, el sexo o la situación clínica origen del ingreso, y sí a la situación de dependencia o la falta de apoyo sociofamiliar del paciente.

COMPLICACIONES MÉDICAS DEL ICTUS EN FASE SUBAGUDA

Teresa Ronda Serrat (1). Gemma Más Sesé (2)

1. Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia. 2. Unidad de Neurología. Hospital la Pedrera. Denia

INTRODUCCIÓN

El ictus supone la segunda causa de muerte en la población (la primera en mujeres), la primera causa de discapacidad adquirida en el adulto y la segunda causa de demencia. La mejora del tratamiento en fase aguda ha mejorado la supervivencia y el número de personas que se benefician de tratamiento neurorrehabilitador en la fase subaguda. Esta fase no está exenta de complicaciones que pueden impedir la mejora del paciente. La frecuencia de las complicaciones médicas durante este periodo está poco estudiada y su conocimiento puede ayudar a prevenirlas e instaurar tratamientos precoces.

OBJETIVO

Conocer las complicaciones más frecuentes del ictus en la fase subaguda en pacientes ingresados en un HACLE para recibir tratamiento neurorrehabilitador

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes con ictus atendidos en fase subaguda, en el Hospital la Pedrera, e incluidos en un programa de Neurorrehabilitación integral en el año 2020. Se ha realizado revisión de historias clínicas y se describen las características de los pacientes y del ictus, las complicaciones médicas surgidas durante el ingreso, estancia media, situación funcional al ingreso y al alta y destino al alta.

RESULTADOS

139 pacientes (63,3% varones). Edad media: 69,32 años.

Factores de riesgo vascular más frecuentes: Sobrepeso (65.2%), HTA (64%), Tabaquismo (48.2%). Un 25.9% de los pacientes tenían antecedentes de Fibrilación Auricular/Flutter.

108 pacientes habían sufrido ictus isquémico (77,7%) siendo la etiología más frecuente Embólica (24.5%).

El tiempo medio de evolución al ingreso fue de 25,73 días (DE= 24,2). El 86.3 % de los pacientes presentaban un grado de afectación neurológica moderada, grave o muy grave (NIHSS>5). En la Figura 1 se detallan algunas variables consideradas de riesgo para el desarrollo de complicaciones y su frecuencia de aparición.

Se registraron 275 complicaciones en 103 pacientes (74.1%). Las más frecuentes fueron el Dolor por hemiplejia (36%), las Infecciones urinarias (25.2%), las Caídas (20.1%) y las deposiciones diarreas (16.5%). En la Tabla 2 se describen con más detalle todas las complicaciones.

A pesar de la presencia de complicaciones, al alta, un 45.3% de los pacientes presentaba un grado de dependencia "Leve" o "Total autonomía", frente al 12.9% que presentaban esta condición al ingreso (Figura 2).

La estancia mediana fue de 74 días. El destino más frecuente al alta fue Domicilio (74.2%), seguido de Centro Residencial (10.1%). 4 pacientes (2.8%) tuvieron que ser derivados a un hospital de agudos para realización de más exploraciones o para mejor manejo de sus complicaciones médicas. Un 9,3% (13 pacientes) fueron exitus siendo los motivos más frecuentes las complicaciones respiratorias y la hipertensión intracraneal (Tabla 3)

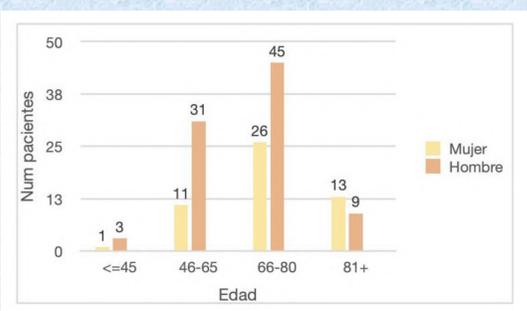


Figura 1. Distribución por edad y sexo

VARIABLE	N	%
DISFAGIA	104	74,8%
MALNUTRICIÓN	92	66,2%
O2 SUPLEMENTARIO	35	25,2%
SONDA VESICAL	22	15,8%
UPP	20	14,4%
PORTADOR DE SNG/PEG	16	11,5%
TRAQUEOSTOMÍA	2	1,4%

Tabla 1. Variables de riesgo para el desarrollo de complicaciones médicas.

TIPO COMPLICACIÓN	NUM	%
Genitourinario		
- Infección Tracto Urinario	36	25.2%
- Retención Urinaria	19	13.7%
- Hematuria	4	2.8%
- Pielonefritis	2	1.4%
Osteomuscular		
- Dolor lado pléjico	50	36 %
- Caída	28	20.1%
- Espasticidad severa	10	7.2%
Sistema Digestivo		
- Deposiciones Diarreas	23	16.5%
- Hemorragia Digestiva Alta	5	3.6%
- Elevación Transaminasas	5	3.6%
- Vómitos	3	2.2%
- Ileo paralítico	2	1.4%
- Peritonitis	1	0.7%
- Colecistitis	1	0.7%
- Sangrado estoma PEG	1	0.7%
Respiratorias		
- Infección Bronquial	12	8 %
- Infección vía aérea superior	6	4.3%
- Neumonía nosocomial	5	3.6%
Cardiovascular		
- Arritmia	4	2.8%
- Derrame pleural	2	1.4%
- Isquemia arterial	2	1.4%
- Trombosis Venosa Profunda	2	1.4%
- Tromboflebitis	2	1.4%
- Crisis Hipertensiva	2	1.4%
- Infarto agudo de Miocardio	1	0.7%
- Angor	1	0.7%
- Intoxicación Digitalica	1	0.7%
Sistema Nervioso		
- Cefalea	8	5.8%
- Ictus	5	3.6%
- Hidrocefalia	2	1.4%
- Hipertensión intracraneal	2	1.4%
- Crisis epilépticas	2	1.4%
Otras		
- Ulceras por presión de novo	21	15.1%
- Síndrome febril no filiado	2	1.4%
- Hipertiroidismo	2	1.4%
- Fungemia	1	0.7%

Tabla 2. Prevalencia de complicaciones médicas por sistemas

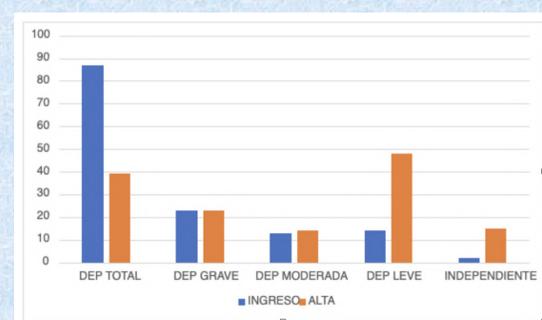


Figura 2. Situación funcional al ingreso y al alta

CAUSA	NUM PAC	% TOTAL
INFECCIÓN RESPIRATORIA	4	2.8%
OTRAS INFECCIONES	3	2,1%
HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL	2	1.4%
PARADA CARDIACA: MUERTE SÚBITA	1	0,7%
FALLO RENAL	1	0,7%
INFARTO ESPLÉNICO MASIVO	1	0,7%
CUADRO CONFUSIONAL PROLONGADO	1	0,7%

Tabla 3. Causas de éxitus

CONCLUSIONES

Un 74.1% de los pacientes sufrieron algún tipo de complicación a lo largo del ingreso. Las más frecuentes fueron el dolor y las infecciones urinarias. La frecuencia de complicaciones respiratorias fue más baja que en otras publicaciones, pero fueron la causa principal de éxitus, por lo que es fundamental una adecuada prevención y actuación precoz. La población atendida presentaba un grado severo de afectación funcional, siendo más susceptibles de sufrir complicaciones, pero, a pesar de ello, un elevado porcentaje de pacientes han conseguido una mejora funcional relevante durante el ingreso.

Conocer las complicaciones mas frecuentes puede ayudar a diseñar protocolos y actuaciones preventivas, para conseguir reducir su aparición.

Este estudio fue presentado como Trabajo de Fin de Grado de Medicina de Teresa Ronda Serrat, en la Universidad Católica de Valencia, siendo defendido en Junio de 2022 ante el tribunal y obteniendo la calificación de Sobresaliente



ESTUDIO PAUSATE: PREVALENCIA Y ADECUACIÓN DEL USO HOSPITALARIO DE ANTIMICROBIANOS EN ESPAÑA

Colaboradores: Navarro Catalá A, (1) Vicente Mas J,(2) Gomis Mascarell MT (2)
1.Servicio de Farmacia. 2. Unidad de Medicina Interna. Hospital la Pedrera. Denia

INTRODUCCIÓN

El uso inadecuado de antimicrobianos en los hospitales es un hecho que asumimos como cierto, aunque es difícil de cuantificar por las dificultades metodológicas y prácticas que conlleva su medida y por la falta de estandarización de su evaluación. Diversos estudios sitúan el uso hospitalario inadecuado de antimicrobianos entre el 16 y 70%. Las consecuencias del uso excesivo o inapropiado de antimicrobianos son el incremento del riesgo de efectos adversos, el fracaso terapéutico con afectación potencial sobre la morbilidad y mortalidad, la selección de microorganismos resistentes y el aumento de costes.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio multicéntrico, nacional, transversal sobre el 10% de los pacientes ingresados en los hospitales participantes un día del mes de abril de 2021. La participación de los hospitales fue voluntaria y la selección de la población aleatoria. De la población se disgregó la muestra de estudio, constituida por los pacientes que recibían el día del corte al menos un antimicrobiano perteneciente a los grupos J01, J02, J04, J05AB, J05AD y J05AH del Sistema de Clasificación ATC. Sobre la muestra de estudio, el farmacéutico realizó un registro y evaluación de la adecuación del tratamiento antimicrobiano siguiendo una metódica propuesta y validada por el Grupo de trabajo de Atención Farmacéutica al Paciente con Enfermedad Infecciosa de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. La metódica de evaluación consideró cada una de las dimensiones que conforman la prescripción del antimicrobiano e incluyó un algoritmo para calificar la prescripción global como adecuada, mejorable, inadecuada y no valorable.

RESULTADOS

Participaron 103 hospitales y se revisó el tratamiento de 3.568 pacientes, de los que 1.498 (42,0%) recibieron terapia antimicrobiana, 424 (28,3%) en combinación. La prevalencia de los antimicrobianos más frecuentes fue: amoxicilina-clavulánico 7,2%, ceftriaxona 6,4%, piperacilina-tazobactam 5,8% y meropenem 4,0%. Respecto a la adecuación del tratamiento la prescripción, fue considerada adecuada en el 34% de los casos, mejorable en el 45%, inadecuada en el 19% y no valorable en el 2%. Las dimensiones que más influyeron en la calificación de la prescripción como mejorable fueron el registro en la historia clínica, la elección del agente, la duración del tratamiento y la monitorización de la eficacia y seguridad, y como inadecuada la indicación de antimicrobiano.

CONCLUSIONES

Los resultados del estudio PAUSATE reflejan que el 45% de las prescripciones de antimicrobianos son mejorables y el 19% inadecuadas. En el análisis por dimensiones, la que obtiene un mayor margen de mejora es el registro en la historia clínica, que resulta insuficiente en el 34% de las prescripciones. La metódica utilizada permite conocer la prevalencia y adecuación del uso de antimicrobianos, paso previo para diseñar y emprender acciones de mejora y medir el impacto de su implantación en el marco de los programas de optimización del uso de antimicrobianos.

OBJETIVO

Conocer la prevalencia y el grado de adecuación del uso de antimicrobianos en los hospitales españoles mediante una revisión sistemática transversal realizada por farmacéuticos.

Figura 1. Distribución y tamaño de los hospitales participantes.

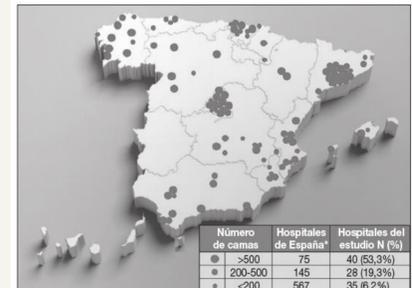


Tabla 3. Grado de adecuación por dimensiones y prescripción global

Dimensión	Grado de adecuación (%)			
	Adecuada	Mejorable	Inadecuada	Dudosa
Indicación de antimicrobiano	88%		8%	4%
Elección del agente	71%	23%	3%	3%
Momento de la primera dosis	86%		6%	8%
Dosis y frecuencia de administración	87%	7%	4%	2%
Vía de administración	89%	9%	1%	1%
Duración del tratamiento	69%	19%	2%	10%
Monitorización de eficacia y seguridad	75%	17%	4%	4%
Registro en la historia clínica	53%		34%	13%
Prescripción global	34%	45%	19%	2%

Tabla 2. Prevalencia del uso de los antimicrobianos más prescritos

Antimicrobiano*	Prevalencia		Antimicrobiano*	Prevalencia	
	N	(%)		N	(%)
Amoxicilina-clavulánico	258	7,2%	Cloxacilina	19	0,5%
Ceftriaxona	230	6,4%	Gentamicina	19	0,5%
Piperacilina-tazobactam	207	5,8%	Imipenem	17	0,5%
Meropenem	141	4,0%	Variconazol	17	0,5%
Levofloxacino	117	3,3%	Amikacina	15	0,4%
Cefazolina	106	3,0%	Anfotericina B	15	0,4%
Ciprofloxacino	87	2,4%	Fosfomicina	14	0,4%
Cotrimoxazol	87	2,4%	Teicoplanina	14	0,4%
Linezolid	75	2,1%	Anidulafungina	13	0,4%
Vancomicina	64	1,8%	Colistimetato	13	0,4%
Fluconazol	62	1,7%	Posaconazol	13	0,4%
Metronidazol	47	1,3%	Cefepime	12	0,3%
Aciclovir	45	1,3%	Ganciclovir	11	0,3%
Daptomicina	38	1,1%	Remdesivir	11	0,3%
Azitromicina	34	1,0%	Cefotaxima	10	0,3%
Cefuroxima	34	1,0%	Ceftazidima-avibactam	10	0,3%
Ertapenem	30	0,8%	Aztreonam	9	0,3%
Ampicilina	26	0,7%	Caspofungina	9	0,3%
Clindamicina	26	0,7%	Valganciclovir	8	0,2%
Ceftazidima	21	0,6%	Ceftarolina	7	0,2%

*Incluye vías de administración oral, parenteral e inhalada.

GESTIÓN DE ALERTAS DE PRODUCTOS SANITARIOS EN UN HOSPITAL DE ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS Y LARGA ESTANCIA DURANTE UN AÑO

Navarro Catalá A., Pons Ordines MJ., Morera Guitart J.
Servicio de Farmacia, Servicio de Suministros, Dirección Médica



OBJETIVOS

Describir la gestión de las alertas de productos sanitarios recibidas en 2019 en un Hospital de Atención a Pacientes Crónicos y Larga Estancia (HACLE) de gestión pública (90 camas). El servicio encargado de la gestión y adquisición del mayor porcentaje de productos sanitarios es suministros, en su mayoría a través de compra centralizada, siendo farmacia, responsable de una gestión minoritaria. A finales de 2018, el director médico designó como responsable de vigilancia de productos sanitarios a la farmacéutica del hospital en cumplimiento del RD 1591/2009, de 16 de octubre por el que se regulan los productos sanitarios.

MATERIALES Y MÉTODOS

En 2019 se registraron todas las alertas que la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios notificó al responsable de vigilancia. Se recogió la siguiente información: fecha, referencia, producto afectado, motivo de afectación, medidas adoptadas, difusión de la alerta y otra información de interés. Se realizó un circuito de coordinación interna con el responsable de suministros.

RESULTADOS

12 Alertas recibidas sobre 19 productos sanitarios. Afectados: 4 Alertas difundidas: 6

ALERTA	PRODUCTO SANITARIO	MOTIVO	AFECTADO	DIFUSIÓN
2019/109	Sistema de cierre (en Endoscopios)	Defecto de fabricación	NO	
2019/110	Cabezas femorales y cavidades articulares de cerámica	Restos que pueden provocar abrasión	NO	
2019/303	Tubos de alimentación	Orificios tubos con fabricación incorrecta	NO	
2019/303	Tubos Levin / Tubos Levin para rayos X	Orificios tubos con fabricación incorrecta	NO	
2019/303	Sondas Nelaton	Orificios tubos con fabricación incorrecta	SI	SI
2019/303	Catéter rectal	Orificios tubos con fabricación incorrecta	NO	
2019/303	Sondas Ryles	Orificios tubos con fabricación incorrecta	NO	
2019/303	Catéteres de aspiración	Orificios tubos con fabricación incorrecta	NO	
2019/303	Tubos estomacales / Tubos estomacales para rayos X	Orificios tubos con fabricación incorrecta	NO	
2019/303	Kits médicos	Orificios tubos con fabricación incorrecta	NO	
2019/158	Válvula de aspiración para utilización en endoscopia	Advertencias de seguridad-prevenir rotura	NO	
2019/369	Máscara de Fototerapia Anti Acné	Acontecimientos adversos oculares	NO	
2019/457	Desfibriladores externos automáticos (DEA)	Sin certificado CE válido	SI	SI
2019/482	Cápsula de Termómetro infrarrojo, para aplicación móvil	Sin certificado CE válido	NO	
2019/561	Dispositivos intrauterinos (DIUs) (varios modelos)	Posible rotura de los brazos horizontales	NO	SI
2019/597	Termómetros	No se garantiza que la T esté dentro del rango	SI	SI
2019/616	Espuma desinfectante prod.sanitarios	Posible contaminación bacteriana	NO	
2019/657	Medidores de glucosa	Agotamiento acelerado de la batería del medidor	SI	SI
2019/695	Aplicación para iOS de medidores glucosa	Fallo recepción alertas por los usuarios	NO	SI

CONCLUSIONES

Las alertas de productos sanitarios informan de problemas en el funcionamiento que han causado o pueden causar un riesgo para la salud de los pacientes/usuarios, aquí la importancia de llevar a cabo una gestión óptima de las mismas y minimizar problemas de seguridad. Por otro lado, la función de responsable de vigilancia de productos sanitarios es una buena oportunidad para el desarrollo de la farmacia hospitalaria

Intervenciones del Programa de Optimización de uso de Antimicrobianos (PROA) en un Hospital de Crónicos y Larga Estancia en 2020

Navarro Catalá, A; Gomis Mascarel, MT; Manrique Blazquez, R; Vicente Mas, J; Carrió Llesma, S; Moll Cervera, F; Serrat Pérez, C.

Hospital de Atención de Pacientes Crónicos y de Larga Estancia de La Pedrera Denia (Alicante)



Objetivos:

Evaluar el grado de aceptación de las intervenciones emitidas por el Grupo PROA en un hospital de atención a pacientes crónicos y larga estancia (HACLE) en el año 2020.

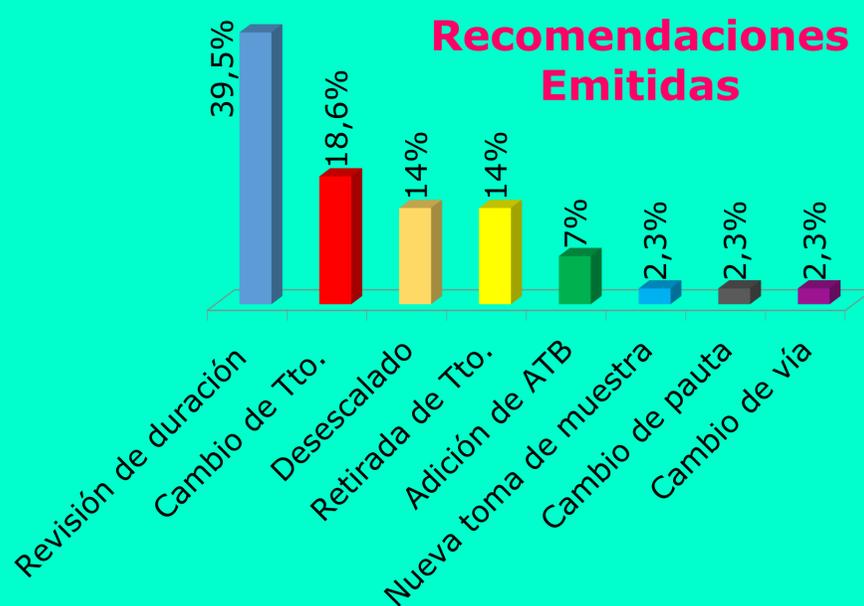
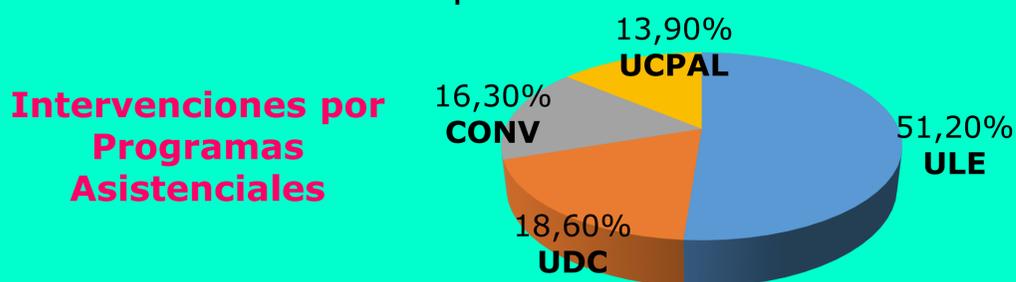
El HACLE tiene una media diaria de 90 pacientes ingresados, de los cuales, entre un 25-30% está en tratamiento con algún antimicrobiano. Con los objetivos de optimizar su uso y mejorar en seguridad, hace 6 años se instauró un programa PROA en el hospital.

Materiales y Métodos

El grupo PROA está formado por un equipo multidisciplinar: médico internista, farmacéutico, microbiólogo, médico preventivista y enfermera de la unidad de UPP (úlceras por presión). En la reunión semanal se revisan todas las prescripciones con tratamiento antimicrobiano: antimicrobiano prescrito (dosis, vía de administración y pauta posológica), indicación del tratamiento, resultados de microbiología (muestra, microorganismo y antibiograma) y duración del tratamiento. Las intervenciones acordadas se comunican al médico responsable del paciente. Se registra la intervención y la implantación de la misma. Se presenta un estudio retrospectivo del tipo de intervención y seguimiento de las recomendaciones del año 2020.

Resultados

En 2020 se realizaron 35 reuniones, revisándose un total de 750 líneas de prescripción. Se realizaron 43 intervenciones en las que se sugirieron cambios en el tratamiento antimicrobiano de 36 pacientes



Conclusiones

La instauración de equipos PROA en los hospitales ha demostrado en numerosas publicaciones que mejora la calidad de uso de los antimicrobianos. El elevado grado de aceptación de las recomendaciones (86%) en nuestro hospital sitúa al grupo PROA como eje fundamental en el uso de antimicrobianos.

FLUOQUINOLONAS: UN AÑO DESPUÉS

Pedro Cervera Casino.

Farmacia de Atención Primaria, Hospital de La Pedrera, Denia (Alicante)

Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana (FISABIO), Valencia.

Introducción y Objetivos:

El 5/10/2018 el Pharmacovigilance Risk Assessment Committee (PRAC) de la Unión Europea finalizó la revisión de algunos efectos secundarios graves, incapacitantes y potencialmente permanentes de las quinolonas y fluoroquinolonas sistémicas. Ese mismo mes, la AEMPS suscribe la recomendación, restringiendo su empleo como medida de minimización de riesgos (MUH (FV), 14 /2018).

El objetivo del estudio es conocer el efecto de dichas recomendaciones en la prescripción de nuestra Comunidad Autónoma, de cara a mejorar la seguridad de estos antibióticos.

Material y métodos:

Se realiza un análisis descriptivo comparando el empleo del grupo J01MA, antes y después de la notificación de la AEMPS, a partir de los datos registrados en la base de datos de prescripción (Alumbra). Para cada uno de los principios activos (p.a.) afectados (Ciprofloxacino, Levofloxacino, Norfloxacino, Moxifloxacino y Ofloxacino) se recoge el número de pacientes tratados en cada Departamento de Salud (DS) en ambos periodos, el origen del prescriptor (primaria (AP), hospital, otras) y la adecuación del diagnóstico (CIE-9) que motivó la prescripción.

A efectos comparativos se establece como periodo previo a la notificación de Enero a Mayo 2018 y se contrasta con el mismo periodo de 2019 (post) evitando el periodo inmediato a la fecha de emisión de la nota.

Resultados principales:

- La prescripción del grupo J01MA procede en un 70% de la AP, sin diferencias significativas entre DS, principios activos o periodo.
- El número de prescripciones disminuye globalmente un 11% en el periodo post, con diferencias marcadas entre p.a. y DS.
- La mayor disminución porcentual se corresponde con el moxifloxacino.
- Las principales indicaciones para cada uno de los p.a. se repiten, sin que salvo excepciones se aprecien cambios destacados de tendencia para las condiciones señaladas por el PRAC: tratamiento de infecciones leves/autolimitadas como faringitis, amigdalitis y bronquitis aguda (-16,4%), infecciones recurrentes de las vías urinarias bajas y cistitis no complicadas (-2,6%), rinosinusitis y otitis aguda (-14,3%) e infecciones no bacterianas como gripe (-54,5%) o prostatitis (-7,3%).

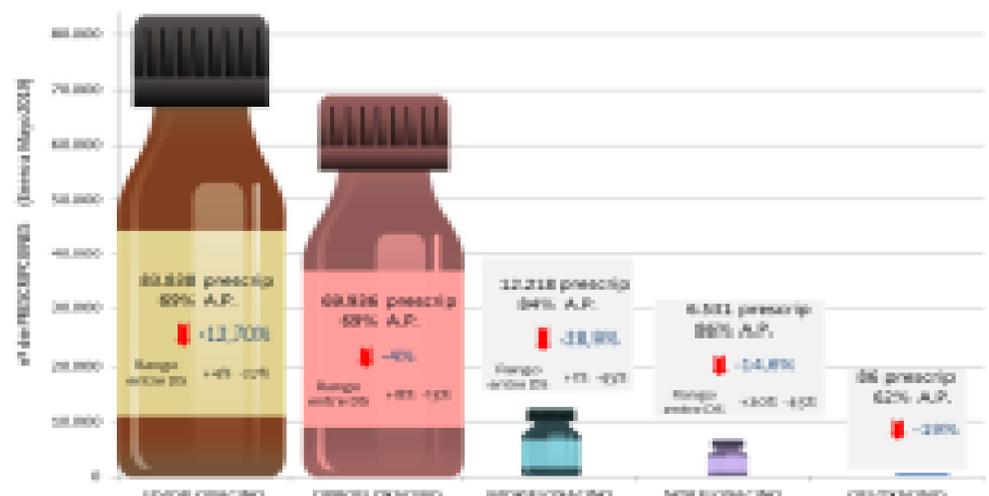


Tabla 1 Tratamientos con Fluoroquinolonas (enero a mayo 2018 vs 2019)

INDICACIÓN DECLARADA	CIPRO		LEVO		MOXI		NORF	
	2019	%	2019	%	2019	%	2019	%
580-629C - ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO	35158	-0,1%	6157	-7,5%	148	-20,0%	5423	-14,5%
780-799C - SIGNOS SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	7154	-10,4%	3353	-23,1%	365	-27,8%	444	-22,4%
460-519C - ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	8169	-10,0%	76501	-11,7%	11813	-30,4%	120	-34,1%
001-139C - ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	2451	5,4%	1697	-2,0%	70		46	
520-579C - ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	4885	3,3%	3073	-11,6%	181	5,2%	190	3,3%
680-709C - ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	5085	-2,7%	1749	-12,1%	180	15,4%	21	
320-389C - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO Y ORG. SENTIDOS	6244	-4,8%	1320	-15,3%	458	1,6%	128	-20,5%
Otras (incluida codificación errónea)	14767	-9,7%	14369	-20,6%	1445	-29,4%	737	-19,2%

- Se sigue observando un importante número de prescripciones vinculadas a síntomas, sin diagnóstico o mal codificadas.

Conclusiones:

A pesar de que la prescripción del grupo J01AM ha disminuido un 11% un año después de la publicación de las recomendaciones de la AEMPS, no se aprecian cambios importantes en lo esencial. Es necesario hacer hincapié en la recomendación, facilitando localmente las alternativas seguras de elección en cada una de estas patologías, así como insistir en la importancia de una correcta codificación.

ESTUDIO DE PRÁCTICAS SEGURAS DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LOS HOSPITALES ESPAÑOLES

Participantes: Navarro Catalá A, (1) Manrique Blázquez R,(2)
1.Servicio de Farmacia. 2. Unidad de Medicina Preventiva. Hospital la Pedrera. Denia

INTRODUCCIÓN

El Cuestionario de Autoevaluación de la Seguridad del Sistema de Utilización de los Medicamentos en los Hospitales es una herramienta proactiva de mejora de la seguridad que fue desarrollada originariamente por el *Institute for Safe Medication Practices* (ISMP) en Estados Unidos. El Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos, delegación en España del ISMP, con el apoyo del Ministerio de Sanidad y la colaboración técnica de un grupo de expertos de varios hospitales españoles adaptó este cuestionario para su utilización en nuestro país en el año 2007 y realizó una segunda versión actualizada en 2018

OBJETIVO

Evaluar la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos, identificación de oportunidades de mejora, planificación de prácticas seguras y realización de seguimiento de los progresos obtenidos, a través de la realización del mencionado cuestionario.

MATERIAL Y MÉTODO

Realización del cuestionario por parte de farmacia y medicina preventiva. El cuestionario está estructurado en 10 apartados que se corresponden con cada uno de los elementos clave que más inciden en la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos. Estos contienen uno o más criterios esenciales y cada criterio, a su vez, incluye varios ítems de evaluación que representan prácticas o medidas concretas destinadas a prevenir los errores de medicación. El cuestionario actualizado contiene 265 ítems, cada ítem debe ser valorado por un baremo con 5 posibilidades

RESULTADOS

La puntuación total del cuestionario fue del 46,34%. En las tablas adjuntas se muestran las puntuaciones obtenidas en los 10 apartados que se corresponden con cada uno de los elementos clave que más inciden en la seguridad de medicamentos y las puntuaciones obtenidas en los criterios esenciales. Hay que destacar que el cuestionario está más enfocado a evaluar las prácticas seguras de medicamentos en los hospitales de agudos, no está orientado a hospitales de atención a pacientes crónicos, por lo que hay ítems que no se han valorado.

Criterios esenciales	Puntuación	
Criterio esencial 1 - La información esencial sobre los pacientes se obtiene y está disponible de inmediato en un formato útil, y se tiene en cuenta cuando se prescriben, dispensan y administran los medicamentos, y cuando se efectúa el seguimiento de sus efectos.	54/108	50%
Criterio esencial 2 - La información esencial de los medicamentos está fácilmente disponible en un formato útil y se tiene en cuenta cuando se prescriben, dispensan y administran los medicamentos, y cuando se efectúa el seguimiento de sus efectos.	76/186	40,86%
Criterio esencial 3 - Se ha establecido un sistema controlado de Guía farmacoterapéutica que limita la selección a los medicamentos imprescindibles, reduce el número de medicamentos que los profesionales deben conocer y manejar, y permite disponer del tiempo suficiente para establecer prácticas seguras para el uso de los nuevos medicamentos que se añaden a esta Guía.	38/56	67,86%
Criterio esencial 4 - Los métodos de comunicación de las prescripciones y de otro tipo de información sobre la medicación de los pacientes están estandarizados y automatizados para minimizar el riesgo de errores.	73/94	77,66%
Criterio esencial 5 - Se establecen medidas para reducir la posibilidad de que ocurran errores con medicamentos que tienen nombres parecidos, o etiquetados y envasados confusos o de apariencia similar.	11/38	28,95%
Criterio esencial 6 - Todos los medicamentos están correctamente acondicionados, en envases con etiquetas bien diseñadas y legibles que identifican claramente los medicamentos que contienen, y permanecen etiquetados hasta el momento de la administración.	38/64	59,38%
Criterio esencial 7 - Las soluciones intravenosas, las concentraciones, las dosis y los tiempos de administración de los medicamentos están estandarizados siempre que sea posible.	11/48	22,92%
Criterio esencial 8 - Los medicamentos se dispensan a las unidades asistenciales de forma segura y están disponibles para su administración dentro de los plazos de tiempo apropiados para satisfacer las necesidades de los pacientes.	36/44	81,82%
Criterio esencial 9 - Los depósitos de medicamentos de las unidades asistenciales tienen unas existencias limitadas y controladas.	26/66	39,39%
Criterio esencial 10 - Los productos químicos peligrosos están aislados, sin peligro para los pacientes, y no se encuentran accesibles en las zonas de preparación de los medicamentos.	8/12	66,67%
Criterio esencial 11 - Se presta especial atención a los procedimientos de adquisición, mantenimiento, utilización y estandarización de los dispositivos utilizados para preparar y administrar los medicamentos, con el fin de reducir los posibles errores humanos.	29/120	24,17%
Criterio esencial 12 - Los medicamentos se prescriben, transcriben, preparan, dispensan y administran en un entorno físico con espacio e iluminación adecuados, lo que permite a los profesionales sanitarios permanecer centrados y sin distracciones en sus actividades relacionadas con la medicación.	44/48	91,67%
Criterio esencial 13 - La dotación de personal sanitario cualificado y suficientemente descansado se adecúa a la carga de trabajo asistencial, sin comprometer la seguridad del paciente.	30/48	62,5%

Criterio esencial 14 - Los profesionales sanitarios reciben una formación inicial suficiente sobre seguridad en el uso de los medicamentos y están sujetos a una evaluación inicial y a otra anual de su competencia sobre conocimientos y aptitudes sobre prácticas seguras con la medicación.	2/44	4,55%
Criterio esencial 15 - Los profesionales sanitarios implicados en la utilización de los medicamentos reciben formación continuada sobre prevención de errores de medicación y sobre uso seguro de los medicamentos que presentan un mayor potencial de causar daño si no se emplean correctamente.	35/58	60,34%
Criterio esencial 16 - Los pacientes se incorporan como miembros activos en su atención mediante una educación apropiada sobre sus medicamentos y de las prácticas para evitar errores.	18/66	27,27%
Criterio esencial 17 - Se ha establecido un programa para la reducción de errores, no punitivo y centrado en el sistema, que está respaldado por el equipo directivo de la institución.	34/108	31,48%
Criterio esencial 18 - Se fomenta la detección y notificación de errores por los profesionales sanitarios y un equipo multidisciplinar analiza regularmente cualquier error que se haya producido en la institución y en otras instituciones, con el objetivo de rediseñar los sistemas para que los profesionales sanitarios lleven a cabo sus actividades con seguridad.	47/106	44,34%
Criterio esencial 19 - En los puntos más vulnerables del sistema se utilizan procedimientos de doble chequeo independiente o procedimientos automatizados de verificación, para detectar y corregir los errores graves antes de que afecten a los pacientes.	15/48	31,25%
Criterio esencial 20 - Se utilizan prácticas de eficacia probada para el control de la infección cuando se almacenan, preparan y administran los medicamentos.	21/32	65,63%

Elementos clave	Puntuación	
I Información sobre los pacientes	54/108	50%
II Información de los medicamentos	114/242	47,11%
III Comunicación de las prescripciones y de otro tipo de información sobre la medicación	73/94	77,66%
IV Etiquetado, envasado y nombre de los medicamentos	49/102	48,04%
V Estandarización, almacenamiento y distribución de los medicamentos	81/170	47,65%
VI Adquisición, utilización y seguimiento de los dispositivos para la administración de los medicamentos	29/120	24,17%
VII Factores del entorno	74/96	77,08%
VIII Competencia y formación del personal	37/102	36,27%
IX Educación al paciente	18/66	27,27%
X Programas de calidad y gestión de riesgos	117/294	39,8%

CONCLUSIONES

Los resultados de este cuestionario de autoevaluación nos servirán como instrumento de trabajo muy útil para orientar a los profesionales sanitarios del hospital y a la institución, a través del Comité de Seguridad Farmacológica, a implantar nuevas prácticas seguras de medicamentos y dar un nuevo impulso a las iniciativas y programas desarrollados por los diferentes agentes sanitarios para avanzar en el reto mundial de seguridad del paciente de "Medicación sin daño" lanzado por la Organización Mundial de la Salud.

El cuestionario se realizó el 25/07/2022 en la página <https://www.ismp-espana.org/>

PHONICSOFT: App para la mejora de la comunicación en pacientes con discapacidad auditiva

Begoña Bellés Fortuño (Directora Instituto de Lenguas Modernas IULMA/ GENTT).
Vicente Mars Llopis (Hospital La Pedrera).
Alicia Garrote García, Teresa Costa Soler, Lucía Bellés Calvera, Sergio Iserte Agut

INTRODUCCIÓN

Desarrollo de una app para pacientes con diversidad funcional auditiva que permita la transcripción inmediata de la comunicación médico-paciente en entornos clínicos como la consulta médica. Posibilidad de interacción con el personal sanitario en las dos lenguas co-oficiales de la Comunitat Valenciana. El objetivo es progresar en la calidad, la comprensión y la inclusión de pacientes con diversidad funcional auditiva para incidir en la mejora de sus tratamientos médicos.

OBJETIVO

Diseño y desarrollo de una app en versión Beta para la mejora de la comunicación clínica y la optimización de los tratamientos médicos en pacientes con discapacidad auditiva en el sistema de salud. Testeo de la app con un grupo preseleccionado de pacientes con hipoacusia.

MATERIAL Y MÉTODO

Se describen las diferentes etapas del proyecto y las actividades que se deberán llevar a cabo para su ejecución

Detección de necesidades en consulta de pacientes con discapacidad auditiva, afasia y heminegligencia.

1. Investigación de la literatura e investigaciones sobre necesidades especiales en consulta médica y accesibilidad de los pacientes a diferentes recursos.
2. Establecer cuáles son las dificultades más comunes de los pacientes y/o profesionales de la salud y cómo a partir de la app se pueden superar diferentes obstáculos.

Entrenar una red neuronal para transcribir señales de audio a texto. Integrar una interfaz de usuario para capturar voz y mostrar la transcripción

1. Entrenamiento de modelo predictivo basado en redes neuronales
2. Diseño e implementación de software para transcribir en tiempo real las voces capturadas. La transcripción podrá ser guardada para posterior lectura por parte del paciente en caso de duda.
3. La transcripción podrá contar con metainformación referente a definiciones o aclaraciones

Validación de la APP en contexto clínico de la consulta

1. Instalación de la app en el dispositivo del paciente
2. Redacción de un manual de uso breve y conciso para médicos y pacientes
3. Formación dirigida a los usuarios de PhonicSoft
4. Recopilaciones de resultados y estudios de las utilidades de la App. También se evaluarán comportamientos inesperados
5. Análisis de las ventajas de la app según opinión de los usuarios.

El presente proyecto ha obtenido una beca dentro del Programa UJISABIO 2022 Modalidad ACCIONES PREPARATORIAS

Sistema de Registro y Análisis Multiparamétrico de Bioseñales en la Evaluación de la Respuesta a la estimulación en Pacientes con Estados Alterados de Conciencia. Proyecto MultiAsc

Más-Sesé G (1). Rieta-Ibañez JJ (2). Garrote-García A (3). Martín-Bautista D (1). De la Torre A (2)
1. Unidad de Neurología. 2. Dpto. de Ingeniería Electrónica. Universidad Politécnica de Valencia. 3. Terapia Ocupacional.

INTRODUCCIÓN

El daño cerebral grave puede ocasionar situaciones de Estados Alterado de Conciencia (EAC) tales como el Síndrome de Vigilia sin Respuesta o el Estado de Mínima Conciencia.

En la Comunidad Valenciana se estima que la incidencia en pacientes con EAC sería de **75** casos por año. En el Hospital la Pedrera (Denia), desde el año 2014 hasta 2020 se han atendido **80** pacientes con EAC.

Uno de los objetivos en estos pacientes es mejorar su grado de interacción con el entorno y conseguir respuestas consistentes a los estímulos. Para ello, uno de los pilares del tratamiento es la estimulación multisensorial.

Sin embargo, no todos los estímulos provocan respuestas y se ha demostrado que aquellos emocionalmente más significativos para el paciente pueden ser más efectivos. Por ello, se convierte en imprescindible disponer de sistemas que permitan evaluar objetivamente el tipo de respuesta del paciente ante un estímulo aplicado, permitiendo así realizar un programa terapéutico individualizado.

El proyecto a realizar tendría una aplicación en la práctica clínica real y actualmente no existen dispositivos parecidos al propuesto.

OBJETIVO

El objetivo de esta acción ha consistido en desarrollo conceptual de un dispositivo que permita evaluar de forma objetiva y en tiempo real la respuesta a las terapias de estimulación en pacientes con Estados Alterados de Conciencia.

Para ello, el sistema debe ser capaz de registrar, almacenar y analizar señales biomédicas susceptibles de alterarse durante la estimulación multisensorial (Frecuencia cardíaca, sudoración, actividad EEG...)

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión de la literatura existente sobre cambios fisiológicos de diferentes parámetros (Tensión arterial, frecuencia cardíaca, sudoración, actividad EEG...).

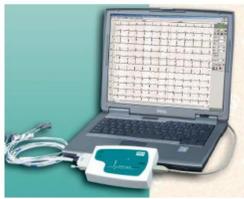
Se han realizado reuniones de trabajo del equipo investigador para diseñar un prototipo que integre, en un único dispositivo, los diferentes tipos de señales.

RESULTADOS

Una vez revisada la literatura se concluyó que los parámetros a analizar, y de los que podíamos disponer en el Hospital la Pedrera eran un registro ECG continuo, el registro BIS, la saturación de O₂ y frecuencia cardíaca, y la impedancia cutánea. En consecuencia, se planteó el diseño y desarrollo de un prototipo capaz de poder registrar estas señales biomédicas.

Por parte el HLP se diseñó un protocolo de intervención de estimulación y un sistema de recogida de señales tanto clínicas como fisiológicas mediante el uso de diferentes dispositivos, con el fin de evaluar la capacidad de detección de cambios en estos parámetros durante las terapias (ver figuras). Se pilotó en 5 pacientes y se realizaron, en total, 8 sesiones con monitorización.

Los datos obtenidos tanto en respuestas objetivadas en el paciente, como los suministrados por los diferentes dispositivos, fueron remitidos a la UPV para su análisis.



Sistema medición ECG continuo Easy ECG Pocket®



Sistema medición conductancia piel E-Sense Skin Response®



Monitor Multiparamétrico Mediphealth®



Sistema medición Índice Biespectral BIS®

SESIÓN 1. ESTIMULACIÓN VISUAL

- 5 min en situación basal (permitir que el sistema registre parámetros mientras no se hace estimulación)
- Estimulación luminosa sobre ojo derecho. 5 veces en intervalos de 2-3 segundos
- Estimulación luminosa sobre ojo izquierdo. 5 veces en intervalos de 2-3 segundos
- Mostrar imágenes de rostros no conocidos (personajes famosos). Mostrar cada imagen 10 segundos.
- Mostrar imágenes de paisajes. Cada imagen 10 segundos.
- Ver su rostro en un espejo. Durante un minuto.
- Poner un video significativo familiar. (lo que dure el video)
- Se puede repetir esta secuencia una segunda vez
- Fin de estimulación. 5 min de registro.

Estudio MultiAsc				
numicuz: 301000305		NHC: 3678		Nueva Sesión
13	Fecha Sesión: 06/03/2021	id_autor: 20009853	Modalidad Sensorial de Estimulo: Auditiva	
Observaciones:		Tipo de Estimulo: Voz de familiares (audios)		
Añadir Incidencia		Momento		
Incidencia	Descripción de la Incidencia (si lo requiere)	Fecha Incidencia	Modalidad Sens.	Tipo Estimulo
Versión cefálica		06/03/2021 18:28:45	Auditiva	Voz de familiares (audios)
Fijación visual		06/03/2021 18:28:39	Auditiva	Voz de familiares (audios)
Sonrisa		06/03/2021 18:28:32	Auditiva	Voz de familiares (audios)

Modelo de sesión de intervención y Registro en RAH Project

CONCLUSIÓN

Por parte del equipo de Neurorehabilitación del HLP se llevaron a cabo las acciones indicadas en el Proyecto presentado. Los resultados de los parámetros obtenidos en la sesiones de estimulación no fueron analizados. Por parte del equipo asistencial, sí que se observaron cambios en las mediciones del sistema BIS durante las sesiones de estimulación, pero sería necesario un análisis más exhaustivo y correlacionado con resto de parámetros registrados y los cambios clínicos objetivados en el paciente.

El presente trabajo se realizó tras conseguir una Beca en la Convocatoria de concesión de Ayudas del SUBPROGRAMA DE FOMENTO DE ACCIONES PREPARATORIAS UPV-FISABIO PARA LA EXPLORACIÓN Y FORMULACIÓN DE FUTUROS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN/INNOVACIÓN.

Esta acción preparatoria sirvió para la redacción del Trabajo de Fin de Grado de Ana de la Torre, "Proyecto de Implementación de un Sistema de Bajo Coste y Código Abierto para Estimación del Nivel de Conciencia". <https://riunet.upv.es/handle/10251/172718>

“EXPLORACIÓN DE LA CAPACIDAD DE EVALUACIÓN DE LA DIFAGIA NEURÓGENA POR ICTUS MEDIANTE ELECTROENCEFALOGRAFÍA Y ELECTROMIOGRAFÍA”

Marta Gutiérrez Delgado (1), Javier Imaz-Higuera (2), Isabel Ferrero López (1), Gema Prats-Boluda (2), Araceli Belda Calabuig (3), Javier García-Casado (2).
1. Hospital Pare Jofré, Valencia. 2. Centro de Investigación e Innovación en Bioingeniería (CI2B). Universitat Politècnica, Valencia. 3. Hospital La Pedrera

INTRODUCCIÓN

En la práctica diaria de la neurorrehabilitación, la disfagia neurógena, presenta una elevada prevalencia en los pacientes tras un ictus (28-73%) con riesgos de comorbilidad severa asociada. Este estudio descriptivo multicéntrico longitudinal ha sido realizado como un trabajo conjunto entre Ci2B de la Universidad Politècnica, el Hospital La Pedrera y el Hospital Pare Jofré

OBJETIVO

El objetivo fue evaluar si la electroencefalografía (EEG) y la electromiografía (EMG) pueden utilizarse para crear herramientas de cribado no invasivas, económicas, accesibles, y específicas y cuantificables para la detección de la disfagia.



MATERIAL Y MÉTODO

Protocolo: Selección de paciente caso: Detección de disfagia con MECV-V, recogida de datos funcionales y nutricionales (CONUT, IMC, pérdida de peso, fuerza de prensa, GLIM).

Registro (FIG.2): actividad cerebral (EEG) y muscular (EMG) durante actividades repetitivas de deglución volicional (20 degluciones) en la última viscosidad segura.

Se comparó la actividad cerebral durante la deglución de 13 pacientes y 21 sujetos sanos. Se eliminaron artefactos musculares, oculares y de otros tipos mediante la identificación de sus componentes independientes (ICA). La señal resultante se proyectó sobre la corteza motora y se obtuvo la secuencia de activación cerebral mediante los *Event Related Potentials (ERP)* de las zonas de Broadmann.

RESULTADOS

A nivel nutricional nos encontramos con un perfil de paciente que presenta unas medias de: CONUT 1,84 pts. (no desnutrición), IMC 26,4 kg/m² [18-35] (perfil entre normal y sobrepeso), dinamometría en hombres de 23 kg (debajo del punto de corte de 27) y en mujeres de 18 kg (dentro de la normalidad), criterios GLIM 50% positivos, no había pérdida de peso en un 50% de la muestra. Con la escala Dysphagia Outcome and Severity Scale (DOSS) se demostró que todos tenían un grado de disfagia entre los niveles 3 y 6.

Los resultados revelan diferencias significativas en la activación de áreas cerebrales como la prefrontal y la lateral, con dominancia del hemisferio izquierdo (Fig. 1). Se observan diferencias en la zona frontal (BA10) con mayor activación en el grupo disfágico asociada a la concentración, la sensación de recompensa y la toma de decisiones. Además, se caracteriza la zona motora y se destaca la activación en la zona lateral cerebral (BA22) cercana al control motor de la mandíbula, la lengua y facial.

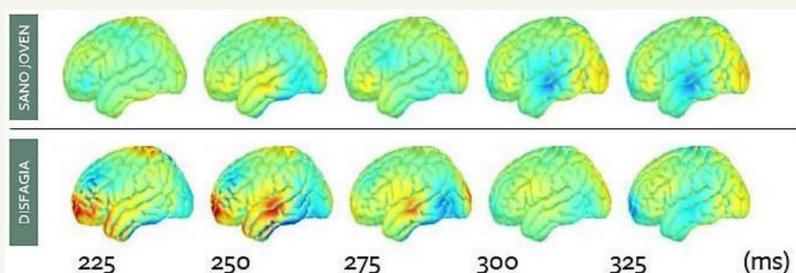


Fig. 1. Activación de áreas cerebrales en sanos vs disfágicos

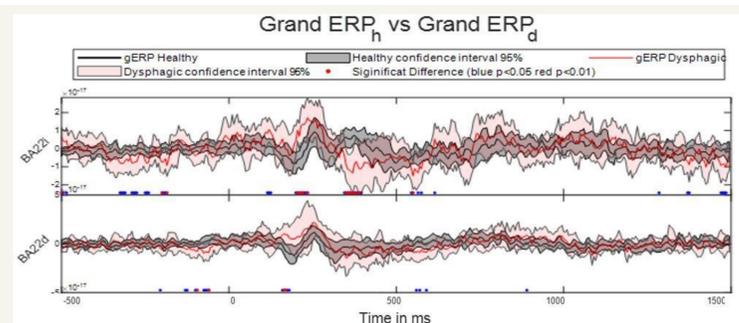


Fig. 2. Potencial de respuesta relacionada con Evento (ERP) en sanos y en disfágicos

CONCLUSIONES

Los resultados revelan diferencias significativas en la activación de áreas cerebrales como la prefrontal y la lateral, con dominancia del hemisferio izquierdo (FIG.1). Se observan diferencias en la zona frontal (BA10) con mayor activación en el grupo disfágico asociada a la concentración, la sensación de recompensa y la toma de decisiones. Además, se caracteriza la zona motora y se destaca la activación en la zona lateral cerebral (BA22) (FIG.2) cercana al control motor de la mandíbula, la lengua y facial

El presente proyecto ha sido dotado de una primera beca de 3500 euros **UPV-FISABIO 2021 Subprograma ACCIONES PREPARATORIAS**, y en este momento iniciando una segunda beca de 20000 euros **UPV-FISABIO 2022 Subprograma POLISABIO** con el nombre proyecto **Dishelp**.

Se ha presentado póster en el XXXI Congreso de la Sociedad Valenciana de Medicina Física y Rehabilitación, en el 38 Congreso Nacional de la SENPE y en el XL Congreso Anual de la Sociedad Española de Ingeniería Biomédica (publicado libro de abstracts ISBN-978-84-09-45972-8, pags. 142- 145).

OBJETIVO

Actualmente se desconoce la influencia de la duración de la sesión en el rendimiento de las terapias asistidas por robot, resultando complicado adaptar la terapia a las necesidades de cada paciente. Este estudio pretende analizar la influencia de la duración de la sesión a largo plazo de la terapia asistida por una plataforma robótica.

ROBOT DE REHABILITACIÓN DE MIEMBRO SUPERIOR

"Rubidium" es la plataforma robótica empleada durante la terapia asistida de miembro superior. Proporciona orientación y asistencia en movimientos planares para superar los juegos serios que aparecerán en una pantalla colocada enfrente del paciente.



PROTOCOLO DE ESTUDIO

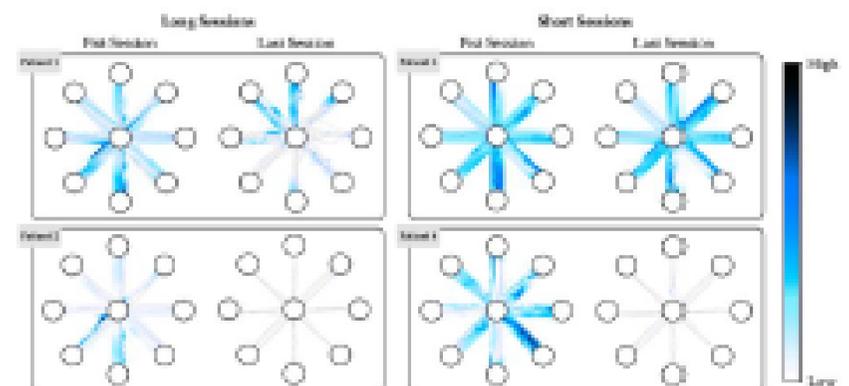
Han participado 4 pacientes, divididos en dos grupos:
-Sesiones cortas (SC): 30 minutos
-Sesiones largas (SL): 45 minutos
Ambos recibieron 15 sesiones, durante 5 semanas

n	Sex	Age	Diagnostic	Laterality	Session	Fugl-Meyer Init.	Final
1	M	65	Partial ischemic stroke	Left	Long	5	20
2	F	69	Frontal and parietal hemorrhagic stroke	Left	Long	12	44
3	F	77	Hemorrhagic stroke in the basal ganglia	Right	Short	14	26
4	M	85	Temporal and parietal ischemic stroke	Right	Short	6	14

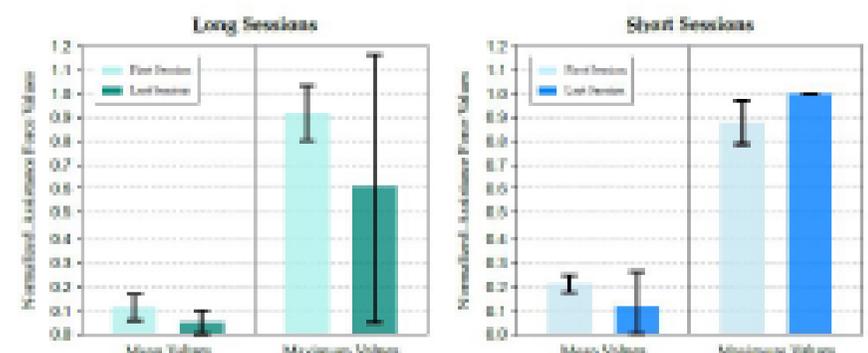
Todos los pacientes fueron evaluados en la primera y última sesión, a partir de los datos obtenidos del robot Rubidium y las escalas clínicas.

RESULTADOS

	Grupo	Primera sesión	Última sesión
Puntuación (%)	SL	74.34	88.51
	SC	58.0	81.14
Velocidad media (m/s)	SL	0.071	0.240
	SC	0.105	0.234
Velocidad máxima (m/s)	SL	0.331	0.671
	SC	0.404	0.611
Error de trayectoria (mm)	SL	25.2	35.0
	SC	40.7	46.1
Error de ángulo de rotación (°)	SL	23.3	15.8
	SC	42.4	19.8



Trazectorias de cada paciente en el juego en la primera y última sesión con diagramas de densidad superpuestos que indican la ubicación y la cantidad de la asistencia ofrecida. Las áreas más oscuras indican mayor nivel de asistencia.



Valores normalizados de fuerza asistencial en la primera y última sesión para cada grupo de pacientes. Ambos gráficos de barras muestran los valores de fuerzas de asistencia media y máxima en la primera y última sesión para pacientes con SL y pacientes con SC. Las barras indican valores medios y las barras de error indican desviaciones estándar. La fuerza de asistencia de cada paciente se normalizó por el valor máximo medido para cada paciente.

Los resultados sugieren que los pacientes con SL logran un control motor de las extremidades superiores ligeramente mejor en comparación con los pacientes con SC, ya que alcanzan una mejor puntuación, con velocidades ligeramente más altas, un error de dirección de movimiento inicial más bajo y una fuerza de asistencia ligeramente menor; en los demás parámetros no se observan cambios apreciables.

En relación a la función motora en la escala de Fugl-Meyer, el grupo de SL también mejoran 8.5 pts más con respecto a los de SC. La diferencia entre ambos grupos no es muy grande. Además, las diferencias observadas podrían deberse a otros aspectos clínicos.

CONCLUSIÓN

Ambos grupos de pacientes mostraron una mejoría en la función motora del miembro superior, mejorando su rendimiento en el ejercicio con un menor nivel de asistencia.

Aunque los resultados obtenidos en este estudio preliminar muestran diferencias entre los dos grupos de pacientes, estas no son suficientes para afirmar que existe alguna diferencia en la mejora del control motor de los pacientes debido a la duración de la sesión. Sin embargo, estos hallazgos deben verificarse en un estudio con un mayor número de pacientes.

INTRODUCCIÓN

Existe un conocimiento limitado sobre la eficacia de las intervenciones de terapia robótica para la rehabilitación de miembro superior en pacientes con alteraciones motoras graves.

Se presentan los resultados iniciales obtenidos de un estudio longitudinal destinado a comprender la evolución de la función motora de pacientes con ictus grave con terapia asistida por robot.

PARTICIPANTES

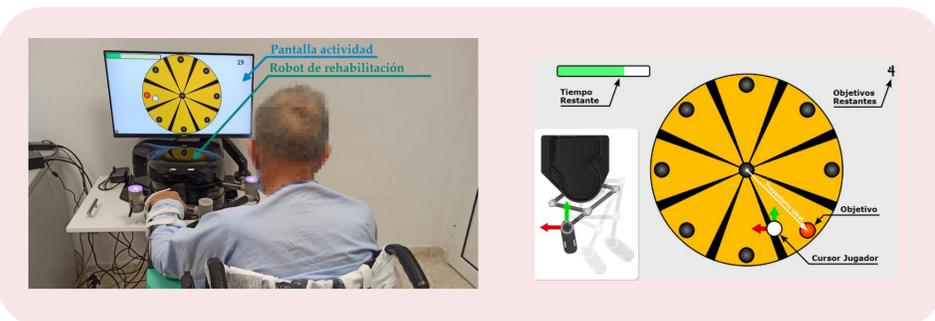
Se ha comparado un grupo control que acude a terapia convencional, con un grupo experimental que acude a rehabilitación asistida por robot. Se ha incluido a participantes con ictus grave y miembro superior pléjico, con Fugl-Meyer \leq 8pts, en fase subaguda y capaces de comprender las instrucciones de las tareas. Ambos grupos recibieron un total de 15 sesiones.

Tabla 1: Datos de los pacientes de grupo experimental y control con las puntuaciones iniciales de las escalas clínicas.

n	Sexo	Edad	Diagnóstico	Lateralidad	Tiempo desde la lesión	Fugl-Meyer Miembro Superior	Frenchay Arm Test	
Grupo Experimental	1	F	62	Ictus isquémico en ACM	Derecha	4 meses	0/66	0/5
	2	M	68	Hemorragia en fístula parietal	Derecha	3 meses	4/66	0/5
	3	M	58	Hemorragia cerebral bilateral	Izquierda	2 meses	5/66	0/5
	4	M	63	Ictus isquémico en ACM	Derecha	1 mes	5/66	0/5
	5	F	76	Ictus isquémico en ACM	Izquierda	2 meses	6/66	0/5
	6	F	84	Hemorragia frontotemporal	Izquierda	2 meses	2/66	0/5
	7	M	38	Ictus isquémico en ACM	Izquierda	2 meses	6/66	0/5
	8	F	63	Ictus isquémico en ACM	Derecha	3 meses	8/66	0/5
	9	M	76	Ictus isquémico aterotrombótico	Derecha	2 meses	4/66	0/5
Grupo Control	1	F	70	Ictus isquémico en protuberancia derecha	Derecha	2 meses	7/66	0/5
	2	M	84	Ictus isquémico embólico en ACM	Izquierda	2 meses	6/66	0/5
	3	F	43	Hemorragia cerebral en malformación arteriovenosa	Izquierda	5 meses	6/66	0/5
	4	M	60	Hemorragia en hematoma parietal	Izquierda	4 meses	7/66	1/5
	5	F	75	Ictus isquémico en ACM	Derecha	2 meses	4/66	0/5
	6	F	80	Ictus isquémico en ACM	Derecha	1 mes	6/66	0/5
	7	M	37	Hemorragia en ganglios basales	Izquierda	4 meses	6/66	0/5

Nota. ACM, Arteria Cerebral Media; Fugl-Meyer Miembro superior, (Fugl-Meyer et al., 1975; Meyer et al., 2014); Frenchay Arm Test, (Wade et al., 1983).

ROBOT DE REHABILITACIÓN DE MIEMBRO SUPERIOR

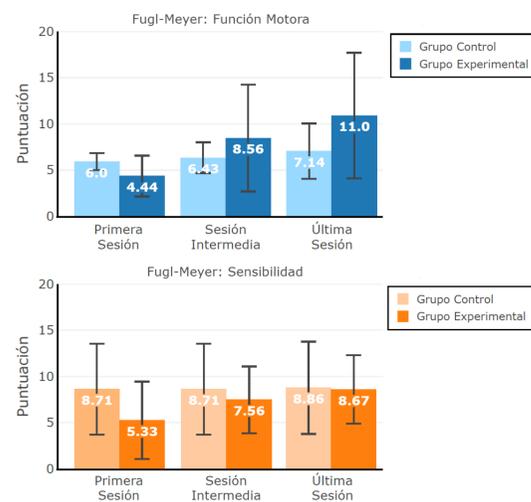


La plataforma robótica empleada "Rubidium" de miembro superior proporciona una guía y asistencia a los movimientos en horizontal durante la realización de juegos serios. Se realiza un juego de evaluación para obtener el rendimiento del ejercicio y el nivel de asistencia del grupo experimental.



RESULTADOS

ESCALAS DE VALORACIÓN CLÍNICA



Los grupos fueron evaluados con escalas clínicas y parámetros del robot en tres ocasiones: sesión inicial, una segunda tras la décima sesión y la última en la decimoquinta sesión.

A través de la escala de Fugl-Meyer (FM-MS) se evaluó la función motora y la sensibilidad del miembro superior.

Fig 1. FM-MS, la función motora (azul) y la sensibilidad (naranja) del grupo control y experimental.

EVALUACIÓN DEL DISPOSITIVO DE REHABILITACIÓN ROBÓTICA

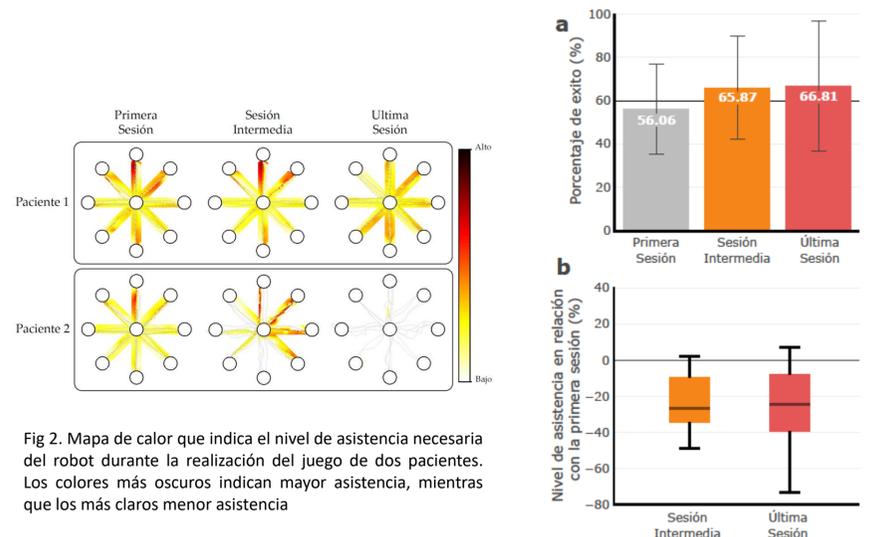


Fig 2. Mapa de calor que indica el nivel de asistencia necesaria del robot durante la realización del juego de dos pacientes. Los colores más oscuros indican mayor asistencia, mientras que los más claros menor asistencia

Fig 3. Resultados del grupo experimental en los parámetros de Rubidium, con respecto a las evaluaciones anteriores. A) Porcentaje de éxito B) Nivel de asistencia proporcionada

El grupo experimental ha sido evaluado con los propios parámetros de Rubidium. Se observa un aumento en el porcentaje de éxito, y una reducción en la asistencia proporcionada por el robot.

CONCLUSIÓN

En este estudio piloto, mostramos los resultados preliminares en los que se compara la evolución de las puntuaciones de FM-MS, en función motora y sensibilidad del grupo de pacientes con ictus grave que asiste a terapia convencional con los que asisten a terapia robótica. Se observa que los pacientes del grupo experimental obtuvieron mejores resultados que los de grupo control.

REHABILITACIÓN SOMATOSENSORIAL TRAS ICTUS DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL CON EL USO DE LA ESTIMULACIÓN TRANSCRANEAL CON CORRIENTE DIRECTA

Autores: Alicia Garrote Garcia (Terapeuta Ocupacional). Teresa Costa Server (Terapeuta Ocupacional).
Hospital la Pedrera. Denia

INTRODUCCIÓN

El ictus es una de las causas más frecuentes del daño cerebral adquirido. Las consecuencias sensitivas (propiocepción, sensibilidad táctil y estereognosia), dificultan el desempeño de las actividades de la vida diaria (AVD).

OBJETIVO

Valorar la eficacia de la estimulación transcraneal con corriente directa (tDCS) en el tratamiento de la rehabilitación somatosensorial

RESULTADOS

Varón de 54 años que presenta hemiparesia derecha con anestesia en hemicuerpo derecho tras hemorragia cerebral talámica izquierda. Se plantea como objetivo mejorar la sensibilidad en miembro superior y disminuir las interferencias del déficit en las actividades de la vida diaria.

Se realizan sesiones diarias de una hora de terapia ocupacional durante 5 semanas para tratamiento de la sensibilidad, desde el enfoque contemporáneo del control motor, sin evidenciarse cambios relevantes.

Valoración de la sensibilidad en miembro superior derecho al inicio: Nottingham sensory assessment (NSA): 0/85 puntos (ausente).

Posteriormente se administran 10 sesiones de 20 minutos de tDCS: estimulación anodal en P3 (parietal izquierdo), retorno en córtex orbitofrontal derecho (AF8); combinadas con terapia ocupacional. Se valora la sensibilidad (NSA) antes de las sesiones: 20/85 puntos (ausente). Se revalora la sensibilidad (NSA) tras las sesiones: 41/85 puntos (alterada); y se evidencian cambios en la percepción de los estímulos.



Dispositivo tDCS EPTE-Ionclinics utilizado en el HLP

CONCLUSIONES

A pesar de que actualmente la evidencia en cuanto a técnicas y métodos de intervención para tratar la sensibilidad son escasas, la tDCS ha demostrado en varios estudios que puede ser una herramienta eficaz para la rehabilitación somatosensorial. En este caso, el uso de la tDCS mejoró el reconocimiento de objetos por el tacto, la propiocepción y la sensibilidad táctil.

La estimulación transcraneal con corriente directa puede ser beneficiosa para disminuir la interferencia de la alteración de la sensibilidad en las actividades de la vida diaria. Futuros estudios son necesarios para valorar la eficacia de la técnica en la recuperación sensitiva y el impacto en el desempeño de las actividades de la vida diaria.

El presente trabajo fue presentado en el 2º Congreso Internacional de Actualización Sanitaria. Modalidad online. Febrero 2022

1ª JORNADA DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL LA PEDRERA

ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN EN MIEMBRO SUPERIOR PLÉJICO TRAS DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO EN UN HOSPITAL DE ATENCIÓN A CRÓNICOS Y LARGA ESTANCIA (HACLE). LA PEDRERA. DENIA

Garrote García, A; Lloret Pérez, M. J; Costa Soler, T. (Terapeutas ocupacionales Hospital La Pedrera).
Servicio de Rehabilitación. Hospital La Pedrera de Denia. (Alicante).

INTRODUCCIÓN:

El hospital La Pedrera de Denia es un hospital de atención a crónicos y larga estancia.

Atiende a personas que han sufrido un daño cerebral adquirido (DCA), entre otros.

Las secuelas más frecuentes pueden ser motoras, sensitivas, conductuales o cognitivas.

Un alto número de pacientes muestran afectación grave de la movilidad voluntaria.

OBJETIVOS:

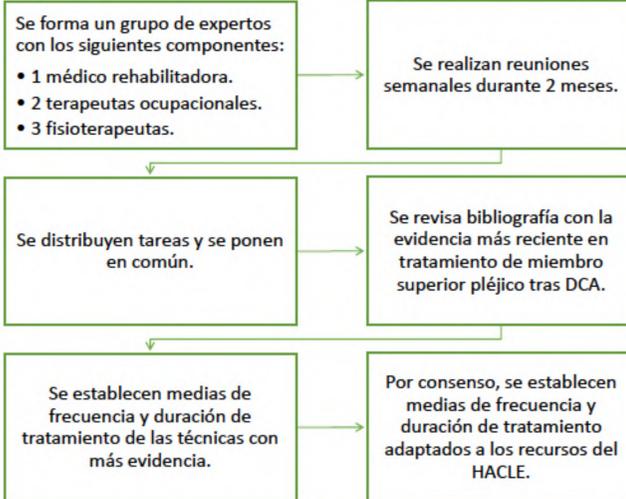
Objetivo general:

Protocolizar la intervención a pacientes del HACLE con afectación severa de movilidad derivada de DCA.

Objetivo específico:

Realizar intervención basada en la evidencia.

MATERIAL Y MÉTODOS:



TÉCNICA	DURACIÓN DE LA SESIÓN	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO
Terapia Espejo	20-60min	5 días semana 4-8 semanas
Imaginería Motora	10-60min	2-5 días semana 2-10 semanas
Observación de Acciones	1-40min	5-6 días semana 3-8 semanas
Robótica	30-90min	2-5 días semana 2-12 semanas
Realidad Virtual	20-60min	2-5 días semana 2-12 semanas
NMES	30-45min	2-5 días semana 3-8 semanas
Task Specific Training	30-120min	1-5 días semana 3-8 semanas
Bilateral Arm Training	20-120min	1-5 días semana 3-12 semanas

RESULTADOS:

En función de los resultados de la tabla anterior, se adaptan y establecen unas medias de tiempo y frecuencia en función de los recursos disponibles en el Hospital La Pedrera:

TÉCNICA	TIEMPO (minutos/día)	FRECUENCIA	DURACIÓN
Cinesiterapia	10	6 VECES X SEMANA	8 SEMANAS
Electroestimulación Funcional	30		
Terapia Espejo	10-15		
Imaginería Motora	10		
Observación de Acciones	5-10	3 VECES POR SEMANA	8 SEMANAS
Brazo Robot	20-30		
Estimulación Eléctrica Transcranial (tDCS)	SEGÚN PROTOCOLO	5 VECES POR SEMANA	2 SEMANAS

Las escalas de valoración que se establecen son las siguientes:

ESCALAS:	VALORAN:
<ul style="list-style-type: none"> Stream. Frenchay Arm Test. Nine Hole Peg Test. Nottingham. 	<ul style="list-style-type: none"> Calidad del movimiento. Funcionalidad y praxias. Destreza motora fina. Sensibilidad.

Se elaboran guías con pautas a familiares/cuidadores y personal sobre:

- Técnicas aplicadas:
 - Terapia espejo.
 - Imaginería motora.
 - Observación de acciones.
- Trabajo del déficit sensitivo.
- Cuidados posturales, automovilizaciones y movilizaciones pasivas.

Si tras el tiempo establecido no hay regresión del déficit motor:



Se valoran necesidades de recursos humanos/materiales.

Se elabora un plan de difusión/implantación.

CONCLUSIONES:

El presente trabajo se comenzó a desarrollar a finales de 2019 y principios del 2020.

Se presentó al personal del hospital en una reunión el 6 de febrero de 2020. No se puso en marcha debido a las restricciones en los tratamientos derivadas del estado de alarma por la pandemia.

Actualmente está en proceso de difusión e implantación.

Se realizará una revisión en un periodo de 1 año para valorar su adecuación e implantación, así como los resultados en las intervenciones.

REFERENCIAS:

- Iruthayarajah MS et al, Chapter 10. UPPER EXTREMITY MOTOR REHABILITATION INTERVENTIONS. Canadian Partnership for Stroke Recovery.
- Borges, L. R., Fernandes, A. B., Melo, L. P., Guerra, R. O., & Campos, T. F. (2018). Action observation for upper limb rehabilitation after stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews, 21(10), 234-244.
- da Silva, P. B., Antunes, F. N., Graef, P., Cechetti, F., & de Souza Pagnussat, A. (2015). Strength training associated with task-oriented training to enhance upper-limb motor function in elderly patients with mild impairment after stroke: a randomized controlled trial. American journal of physical medicine & rehabilitation, 94(1), 11-19.
- Gurbuz, N., Afsar, S. I., Ayaş, S., & Cosar, S. N. S. (2016). Effect of mirror therapy on upper extremity motor function in stroke patients: a randomized controlled trial. Journal of physical therapy science, 28(9), 2501-2506.

REHABILITACIÓN FUNCIONAL EN LESIÓN MEDULAR A TRAVÉS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL Y LA PSICOTERAPIA EN UN CASO DE TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD. IMPORTANCIA DE LA RELACIÓN TERAPEUTA-PACIENTE COMO CLAVE DEL ÉXITO TERAPÉUTICO

Autores: Alicia Garrote Garcia (Terapeuta Ocupacional). Vicente Mars Llopis (Psicólogo Clínico). Hospital la Pedrera. Denia

INTRODUCCIÓN

La lesión medular en fase aguda provoca incapacidad para la realización de las actividades de la vida diaria (AVD). El trastorno límite de la personalidad (TLP), caracterizado por impulsividad, provoca deterioro funcional, dificultando la recuperación e interfiriendo negativamente en la rehabilitación.

OBJETIVO

Fomentar la autonomía en las AVD y disminuir las interferencias conductuales en la rehabilitación.

RESULTADOS

Varón de 43 años con encefalomiелitis aguda diseminada con paraplejía. Antecedentes psicopatológicos de depresión, consumo de cocaína, opioides y tabaquismo. Ingresó en unidad de convalecencia en hospital de atención a crónicos y larga estancia y se realizó intervención en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria desde el enfoque contemporáneo del control motor y modelo de la ocupación humana. Se realizan sesiones diarias de hora y media de terapia ocupacional durante 10 semanas, en las que se trabaja: el establecimiento de vínculo terapeuta-paciente, el vestido e higiene de miembros inferiores, las transferencias cama-silla-silla de ruedas-suelo, control de esfínteres mediante auto-registros y movilidad en silla de ruedas en interiores y exteriores; la tonificación global de la musculatura del tren superior, inferior y tronco; y la autogestión y el control de impulsos a través de la psicoeducación y seguimiento psicoterápico. Se valora la funcionalidad a través de la versión española de la Spinal cord independence measure (eSCIM III), siendo de 50/100 al inicio y 73/100 al final. La valoración psicológica se realizó mediante entrevista no estructurada, la observación y la información en abucasis siguiendo criterios CIE-10. Al alta es independiente en el cuidado personal, el manejo esfinteriano y en traslados en silla de ruedas en interiores y exteriores. Hace marcha con andador fijo y bitutores y con supervisión y precisa seguimiento psicoterápico.

CONCLUSIONES

A pesar de la dificultad inicial de trabajar con un paciente con trastorno límite de la personalidad en la rehabilitación física de miembros inferiores, el éxito de la rehabilitación global en todas las áreas de las actividades de la vida diaria y de la buena adherencia al tratamiento fue debido a la creación del vínculo entre terapeuta-paciente, aparte de la motivación por recuperar la marcha, la constancia del paciente en la realización de los ejercicios aprendidos y su transferencia en las actividades de la vida diaria. A nivel de intervención cognitivo-conductual se trabajó la relación terapéutica y se le dio continuidad, a nivel cognitivo, a su proceso de reorientación personal iniciado de manera autónoma a través su experiencia vital; potenciando el autocontrol y la motivación

El presente trabajo fue presentado en el 2º Congreso Internacional de Actualización Sanitaria. Modalidad online. Febrero 2022

Autores: Alicia Garrote Garcia (Terapeuta Ocupacional). Angela Franco Franco. (Fisioterapeuta). Hospital la Pedrera. Denia

INTRODUCCIÓN

La enfermedad por COVID-19 genera como efectos secundarios en algunos casos la falta de oxígeno (hipoxia). Se ha observado que, a pesar de tener niveles bajos de oxígeno, los pacientes no manifiestan dificultad respiratoria (silent hypoxia).

OBJETIVO

El objetivo del presente estudio es crear conciencia de la falta de oxígeno en un paciente post-COVID-19 y disminuir la interferencia en las actividades de la vida diaria (AVD).

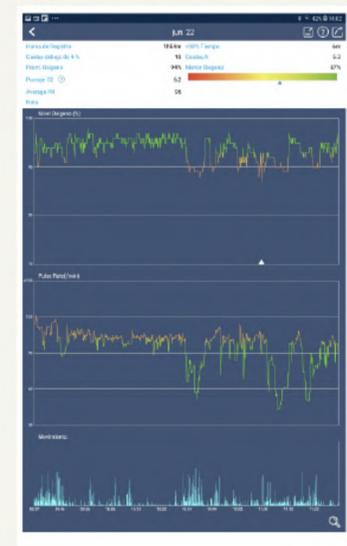
RESULTADOS

Varón de 57 años con diagnóstico de neumonía bilateral por Covid-19, que ingresa en la unidad de convalecencia en hospital de atención a crónicos y larga estancia La Pedrera (Denia). Presenta hipotrofia generalizada, alteración del equilibrio y dificultad para la marcha e insuficiencia respiratoria crónica.

Se realiza intervención de fisioterapia, terapia ocupacional respiratoria y en las actividades básicas de la vida diaria (AVDB) durante 6 semanas consistente en: sesiones diarias de terapia ocupacional individual y 3 sesiones grupales de terapia ocupacional y fisioterapia respiratoria, trabajando: la autonomía en las actividades de la vida diaria, **la conciencia del déficit con anillo monitor de oxígeno continuo Wellue O₂ ring TM** y se entrena en **pautas de conservación de energía**; y fisioterapia diaria trabajando: la tonificación global, la resistencia y tolerancia al esfuerzo, el equilibrio y la marcha y fisioterapia respiratoria.

Se valora la funcionalidad y la interferencia de la disnea a través de la London chest activity of daily living siendo de 29/75 al inicio y 12/100 al final. Valoración de la percepción subjetiva de ahogo a través de la BORG: 8/10 al inicio y 1/10 al final.

Al alta es independiente para todas las AVDB y puede percibir cambios internos como señales de hipoxia sin necesidad constante de dispositivo de biofeedback. Deambula sin ayudas técnicas, sube y baja escaleras de forma autónoma y sin oxígeno suplementario.



Dispositivo Wellue O₂ utilizado y grafica de resultados

CONCLUSIONES

Aunque el paciente al inicio no era consciente de la falta de oxígeno, el uso de anillo monitor de oxígeno continuo Wellue O₂ ring TM nos permitió al área de terapia ocupacional y fisioterapia trabajar, conjuntamente y con el paciente, la conciencia del déficit e identificar signos orgánicos de alarma que pudieran indicar hipoxia. Al alta fue capaz de identificar algunos síntomas como señales de alarma a nivel general. El uso de dispositivos que monitoricen la saturación de oxígeno, especialmente en pacientes post COVID-19, puede ser beneficioso, ya que la hipoxia prolongada no detectada podría ser peligrosa y en ocasiones podría provocar la muerte. Es necesario más estudios y con mayor número de casos que confirmen la utilidad de estos dispositivos.

El presente trabajo fue presentado en el 2º Congreso Internacional de Actualización Sanitaria. Modalidad on-line. Febrero 2022

1ª JORNADA DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL LA PEDRERA

DISEÑO Y DESARROLLO DE UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE TELEREHABILITACIÓN Y TELEASISTENCIA A TRAVÉS DE VIDEOLLAMADA EN LA REINSERCIÓN DOMICILIARIA PREVIO AL ALTA HOSPITALARIA. PROGRAMA PILOTO.

Alicia Garrote García ¹, Teresa Costa Soler¹, Maria José Lloret Perez¹,
M Angeles Franco Franco², Luisa Martínez Millet², Mariano Martín-Macho Martínez².
1 Terapeuta ocupacional Hospital La Pedrera Denia. 2 Fisioterapeuta Hospital La Pedrera Denia.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la medicina continúa avanzando exponencialmente gracias en gran medida a las nuevas tecnologías que van apareciendo tanto en el ámbito asistencial como en el ámbito de la comunicación. Vivimos en una nueva era digital, donde todo está cambiando de forma vertiginosa propiciado en parte por la crisis ocasionada por la pandemia (COVID19) y al constante desarrollo de herramientas digitales que facilitan enormemente la comunicación entre el paciente, sus cuidadores (su entorno), y sus especialistas en medicina.

El Hospital La Pedrera de Denia es un hospital de atención a crónicos y larga estancia (HACLE) y presta atención sanitaria especializada a pacientes en fase subaguda de daño cerebral adquirido entre otros. Al no ser un hospital departamental y abarcar diferentes departamentos de salud de la Comunidad Valenciana, dificulta el desplazamiento de los profesionales a los domicilios para la valoración del entorno.

OBJETIVO

- Facilitar la reincorporación domiciliar del paciente atendiendo a las necesidades al alta hospitalaria.
- Identificar las posibles barreras arquitectónicas de la vivienda.
- Proporcionar información a los cuidadores sobre las posibles adaptaciones necesarias.
- Establecer comunicación entre terapeutas y familiares a través de los medios virtuales.
- Valorar el uso de esta herramienta como medio para facilitar la incorporación y detectar las barreras arquitectónicas.

CUESTIONARIO VALORACIÓN DOMICILIO DEL PACIENTE		
SUELOS: observe los suelos en cada habitación.		
¿Tiene alfombras en el suelo de su vivienda?	SI	NO
¿Hay obstáculos en el suelo de su vivienda?		
Observe las puertas y las zonas de paso de su vivienda ¿hay espacio suficiente para realizar el giro y entrar a las estancias?		
¿El suelo es antideslizante?		
ESCALERAS Y PELDAÑOS: observe tanto las escaleras que están dentro como las que están fuera de su hogar.		
¿Algunos peldaños están rotos o dispares?	SI	NO
¿Está bien iluminada la escalera?		
¿Hay pasamanos en la escalera?		
COCINA: observe su cocina y área de comer.		
¿Las cosas que usa con mayor frecuencia están a su altura?	SI	NO
¿Los accesos a la cocina son suficientemente anchos? ¿Hay espacio suficiente para moverse con los productos de apoyo necesarios?		
¿Tiene los productos de apoyo necesarios para preparar alimentos sencillos?		
¿La encimera está a una altura adecuada para usted?		
¿La mesa para comer está a la altura adecuada?		
BAÑOS: observe todos sus baños.		
¿Tiene plato de ducha?	SI	NO
¿La bañera o el piso de su ducha es resbaladiza?		
¿Tiene asideras para entrar o salir de la bañera?		
¿Dispone de taburete o silla para la ducha?		
¿Queda espacio libre debajo del lavabo?		
¿Tiene alza o asidera para poder levantarse del inodoro?		
DORMITORIOS: observe todos sus dormitorios.		
¿Dispone de cama articulada?	SI	NO
¿El acceso hasta la cama está libre de obstáculos? ¿Tiene espacio suficiente?		
Observe las puertas y las zonas de paso de su vivienda ¿hay espacio suficiente para realizar el giro y entrar a las estancias?		
¿Tiene el interruptor cerca de la cama?		
¿El camino de su cama al baño está oscuro?		
ACCESOS A LA VIVIENDA		
¿Tiene barreras arquitectónicas para acceder a su vivienda? (Escaleras, peldaños, etc.)	SI	NO
PRODUCTOS DE APOYO		
¿Dispone de algún producto de apoyo para la movilidad?	SI	NO
¿Dispone de algún producto de apoyo para la alimentación, vestido o higiene personal?		
ENTORNO SOCIAL		
¿Dispondrá de ayuda al alta? (Familiar, cuidador, servicio domiciliario, amigos, etc.)	SI	NO

MATERIAL Y MÉTODO

Proyecto piloto de apoyo de reinserción domiciliar.

- Destinatarios: pacientes cuyo destino al alta sea el domicilio con apoyo de familiar/cuidador. El estudio se llevará a cabo en el HACLE La Pedrera y en los domicilios de los pacientes de manera telemática a través de videollamada.
- La **primera videollamada** se realizará con el cuidador principal tras la reunión del plan de atención individualizado inicial para recabar información sobre las condiciones de la vivienda. Se enviará un checklist a la familia con preguntas sobre el hogar. La información se registrará en la base de datos de historia clínica ORION.
- En la **segunda videollamada**, previa al alta, se repasará el checklist con la familia y se darán pautas sobre modificaciones en la vivienda y recomendaciones sobre productos de apoyo.

Al final se pasará una encuesta de satisfacción. El análisis estadístico se realizará con el programa R COMMANDER y se extraerán los datos de la base de datos ORION y RAH analytics.

El presente trabajo fue presentado como simposio en el 2º congreso actualización sanitaria. Febrero 2021.

Autoplanificador de actividades de la vida diaria en función del gasto energético y fatiga en las personas que presenten síntomas respiratorios derivados de patologías respiratorias, cardíacas, oncológicas y post COVID-19, entre otras.

Garrote García, A¹. Pérez Pomares, M.V.¹, Conejo Alba, A¹, Traver Salcedo, V², Lull, J².
1. Hospital La Pedrera. FISABIO. 2. Grupo ITACA-SABIEN UPV.

INTRODUCCIÓN

Las personas que han superado el COVID-19 y otras patologías tales como enfermedades oncológicas, neurodegenerativas, patología cardíaca y respiratoria, presentan en ocasiones problemas respiratorios y cardíacos que interfieren en el desempeño de las actividades de la vida diaria (AVD) ocasionando fatiga.

La correcta distribución de la energía de la que se dispone es importante para poder llevar a cabo dichas actividades de la manera más óptima posible.

OBJETIVO

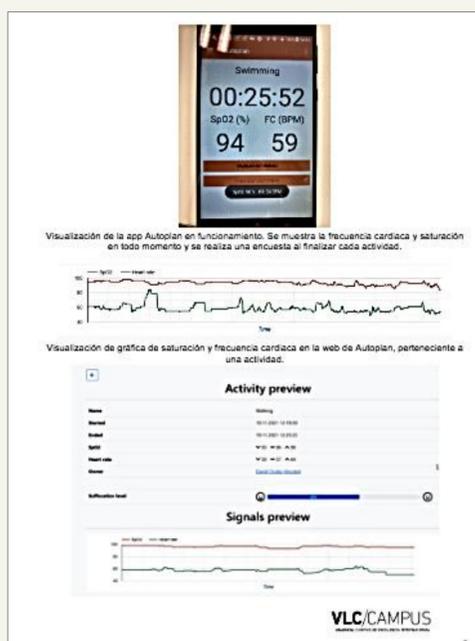
- Identificar parámetros para optimizar la distribución de energía en actividades de la vida diaria (AVD) en función del gasto energético en personas con patología respiratoria, cardíaca, oncológica, enfermedades neurodegenerativas o cualquier otra patología que implique fatiga en el desempeño de las AVD.
- Planificar semanalmente las AVD a realizar, teniendo en cuenta el gasto energético que supone cada actividad, el grado de esfuerzo que supone para las personas y el momento del día más adecuado para realizar cada actividad.

MATERIAL Y MÉTODO

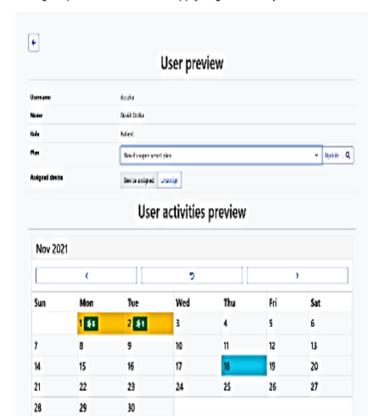
- Validar un auto-planificador de AVD basado en una app que, a través de un dispositivo (reloj de pulsera o similar) mida y recoja los siguientes datos: capacidad basal pulmonar, cardíaca y la tolerancia al esfuerzo de las personas. Por otro lado, las personas usuarias rellenarán un cuestionario/check list referente al tipo de actividades que desea hacer y/o que debe hacer a lo largo del día y durante la semana, y el ahogo o fatiga que ha sentido en los últimos días realizando esas actividades.
- Posteriormente, la aplicación integrará un algoritmo que en función de las actividades que se han seleccionado, la frecuencia, el gasto energético que requiere cada actividad, el nivel de ahogo que han sentido durante su realización, la capacidad pulmonar basal y en los diferentes momentos a lo largo del día y propondrá un planning semanal de actividades.
- El planning y los parámetros serán supervisados por profesionales cualificados y se podrán añadir una serie de pautas y consejos generales tales como técnicas de conservación de energía, adaptaciones en el entorno, estrategias de simplificación de tareas y uso de productos de apoyo, hábitos de vida saludables, series de ejercicios, entrenamiento en técnicas de relajación, etc.

RESULTADOS

- Se detectó en el mercado un único producto que cumplía con las necesidades, el Wellue O2 Ring, monitor de pulsaciones y frecuencia cardíaca y se comprobó la posibilidad de realizar la conectividad de dicho dispositivo por parte del equipo UPV desde un Smartphone.
- Se realizó el co-diseño del sistema auto-planificador, uniendo los conceptos teóricos desarrollados por el equipo investigador de FISABIO, con la parte tecnológica de UPV.
- Se realizó la implementación del prototipo versión móvil- versión web, añadiendo los ítems desarrollados en el co-diseño.



Visualización para el médico de una actividad completa. Se dispone de las señales capturadas, el tipo de actividad, instante temporal de inicio y fin de actividad, valores mínimo, máximo y promedio de la frecuencia cardíaca y de la saturación de oxígeno, el paciente que realizó la actividad, el nivel de ahogo reportado al finalizar la app y la gráfica completa de las señales.



Visualización para el médico del calendario de un paciente. Se puede observar los días en que el usuario ha realizado actividades y cuántas. También se puede modificar el plan de actividades propuesto para el paciente, o iniciar uno nuevo con el autoplanificador.

CONCLUSIONES

Con el uso de esta aplicación se pretende mejorar el desempeño de las AVD, disminuir la sensación de ahogo, aumentar la calidad de vida de las personas que sufren estas patologías y promover su independencia, así como hábitos de vida saludables, ya que también se podrán proponer actividades que contribuyan a mejorar sus capacidades en la planificación semanal. Conjuntamente UPV + FISABIO, valoran la posibilidad de continuar con el estudio en una fase más avanzada: prueba del prototipo con pacientes ingresados en el Hospital La Pedrera, para lo que se realizará solicitud de ayuda a nuevas convocatorias.

1ª JORNADA DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL LA PEDRERA

REHABILITACIÓN POST COVID-19 DESDE TERAPIA OCUPACIONAL EN UN HOSPITAL DE ATENCIÓN A CRÓNICOS Y LARGA ESTANCIA (HACLE): REFLEXIÓN Y NUEVAS METAS.

Alicia Garrote García. Terapeuta ocupacional.
Hospital La Pedrera. Denia.garrote_aligar@gva.es

INTRODUCCIÓN

La reciente pandemia declarada por la OMS debido a un nuevo tipo de virus de la familia coronavirus y la clínica en función de la gravedad de los síntomas, ha hecho necesario el ingreso hospitalario de pacientes que han sufrido esta enfermedad en UCI y servicios de rehabilitación, entre otros. Las secuelas pueden ser desde leves hasta muy graves. Pueden ser físicas, cognitivas y o sensoriales. En función de la gravedad pueden interferir en el desempeño de las actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria.

El hospital La Pedrera (HLP) es un hospital tipo HACLE (de atención a crónicos y larga estancia), que atiende a pacientes con enfermedades crónicas o de larga duración. Entre sus programas se encuentra el de convalecencia, con objetivos rehabilitadores y dirigidos a recuperar el máximo nivel de autonomía tras un proceso agudo.

OBJETIVO

Generales:

- Cuantificar los pacientes que han ingresado en el HLP tras sufrir COVID-19.
- Identificar las secuelas más frecuentes de los pacientes que han ingresado en el HLP tras sufrir COVID-19 durante el año 2020.

Específicos:

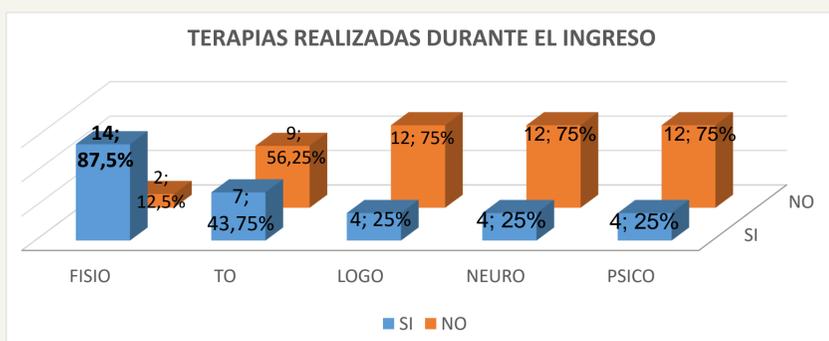
- Describir qué pruebas de valoración físicas, cognitivas y funcionales se han administrado.
- Enumerar las terapias que han precisado durante su ingreso.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo. Población diana: pacientes que hayan ingresado en el HLP para rehabilitación tras sufrir COVID-19 durante el año 2020. Se recopilarán datos sociodemográficos y clínicos de la base de datos RAH analytics y de ORION clinics. Dichos datos se recopilarán y describirán en el 1º trimestre de 2021.

RESULTADOS

Se encontraron 16 pacientes (2 de ellos fallecieron durante el ingreso).



HERRAMIENTAS DE VALORACIÓN:

REHABILITACIÓN	FISIOTERAPIA
SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY - SPPB	Escala de Clasificación Funcional de la Marcha de Sagunto - CFMHS
TIMED UP AND GO - TUG	SEDESTACIÓN del Hospital de Sagunto (SedHS)
Escala de equilibrio de BERG (Berg Balance Scale)	Tinetti
Functional Ambulation Categories - FAC	BIPEDESTACION del Hospital de Sagunto (BipHS)
Functional In Sitting Test - FIST	Manipulacion Hospital de Sagunto - ManipHS
Índice Motor de Demeurisse - IM	
Manipulacion Hospital de Sagunto - ManipHS	
TEST DE CONTROL DE TRONCO (Trunk Control Test) - TCT	
TIMED UP AND GO - TUG	
SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY - SPPB	
Índice Funcionalidad Hospital Mataró para amputados	
NEUROLOGÍA	TERAPIA OCUPACIONAL
ESCALA DE CLASIFICACIÓN DEL DAÑO CEREBRAL SOBREVENIDO (DCS)	Frenchay Arm Test - FAT
Escala de Funcionamiento Cognitivo Rancho Los Amigos - ERLA	Nine Hole Peg Test - NHPT
Montreal Cognitive Assessment - MOCA	STREAM - Miembro Superior
NIHSS	
Rankin modificada	
MiniMental State Examination	
Lawton - Mujer	
SPSMQ - Pfeiffer	
Disability Rating Scale - DRS	
JFK Coma Recovery Scale-Revised (CRS-R)	
PSICOLOGÍA	LOGOPEDIA
Test MAST	MECV-V. Resultados
Frontal Assessment Battery - FAB	SUNNYBROOK FACIAL GRADING SYSTEM
SPSMQ - Pfeiffer	

CONCLUSIONES

- Es necesario **establecer las prioridades** en la atención a estos pacientes.
- Se precisa **elaboración de protocolos consensuados** para una atención integral y personalizada.
- Se deben establecer **escalas de valoración adecuadas** a este tipo de pacientes.
- Es necesaria la **creación de bases de datos** que permitan registrar y recopilar datos de estos pacientes para su posterior estudio y análisis.

El presente estudio se presentó como comunicación oral en el VI CITO modalidad on line. Mayo 2021.

DISEÑO Y VIABILIDAD DE UN PROGRAMA DE "TELECONDICIONAMIENTO FÍSICO" EN PACIENTES Y PERSONAL SANITARIO EN UN HOSPITAL DE ATENCIÓN A CRÓNICOS Y LARGA ESTANCIA EN TIEMPOS DE COVID

Autores: Maria Jose Lloret (1). Teresa Costa Soler (1). Mariano Martín-Macho (2). Angela Franco Franco (2). Alicia Garrote Garcia (1). Luisa Martínez-Millet (2).
1.Terapia Ocupacional. 2. Fisioterapia
Hospital la Pedrera. Denia

INTRODUCCIÓN

Se sabe que los beneficios de la práctica regular de actividad física se conocen desde la antigua Grecia. Ya en el siglo XX, los estudios de JN Morris y RS Paffenberger demostraron que la actividad física en el trabajo reducía la incidencia de morbilidad y mortalidad por enfermedad cardiovascular. La evidencia científica llevó a la OMS a formular sus recomendaciones de 150 min/semana de actividad física de moderada a vigorosa en adultos y mayores, y de 60 min/día en niños y adolescentes.

Si añadimos a esta información que el personal sanitario de los hospitales maneja cargas pesadas, pasa muchas horas de pie y psicológicamente puede estar sobrecargado, resulta conveniente aplicar programas de estimulación de la actividad física con el fin de evitar bajas laborales y aumentar la productividad y la motivación de los empleados.

En estos hospitales juega un papel muy importante la rehabilitación de sus pacientes, pasando a formar parte de su día a día, no solo durante las sesiones de rehabilitación, por lo que resulta conveniente y necesario pautar actividades físicas fuera del horario de terapias, ayudados por el personal de planta.

Por todo lo antes descrito, hemos pensado que sería de gran utilidad implantar un programa de teleacondicionamiento para fomentar las actividades físicas por las tardes, fines de semana, festivos o en caso de nueva situación de emergencia sanitaria.

La teleasistencia no sustituye la asistencia, pero creemos que puede beneficiar a los pacientes en su recuperación, aumentando la calidad del servicio hospitalario, así como la salud de los trabajadores del hospital.

OBJETIVO

Estudiar la viabilidad de implantar un plan de ejercicio activo compartido entre sanitarios y pacientes.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Se estudiará la viabilidad de implantar este proyecto mediante grupos de trabajo formados por un equipo multidisciplinar (terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, enfermero y técnico en cuidados auxiliares de enfermería). Durante un periodo de 3 meses nos reuniremos cada 15 días con las siguientes funciones:

- El equipo de rehabilitación propondrá su proyecto de teleacondicionamiento físico que consiste en sesiones virtuales en directo o diferido de tonificación, estiramientos y movilidad articular, dirigidos por fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, en los que podrán participar los trabajadores y pacientes del hospital. Se establecerán unos criterios de inclusión en el programa

-El equipo de enfermería estudiará la propuesta y las cargas de trabajo por turnos del personal de enfermería y comunicará al grupo de trabajo los momentos del día más idóneos para llevar a cabo la actividad.

El presente trabajo fue presentado en el 2º Congreso Internacional de Actualización Sanitaria. Modalidad online. Febrero 2022

EXPERIENCIA INNOVADORA DEL PERFIL DE FISIOTERAPEUTA ADJUNTO EN LA GESTIÓN TRANSVERSAL DE LAS TERAPIAS REHABILITADORAS EN UN HOSPITAL DE ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS Y LARGA ESTANCIA

Autores: Mariano Martín- Macho (Fisioterapeuta). Alicia Garrote Garcia (Terapeuta Ocupacional). Luisa Martinez-Millet (Fisioterapeuta). Hospital la Pedrera. Denia

INTRODUCCIÓN

La figura del "Fisioterapeuta Adjunto" es una profesión muy reciente en los servicios de Rehabilitación (RHB) de la mayoría de los Hospitales del Sistema Nacional de Salud Español.

En nuestro Hospital de Atención a crónicos y larga estancia, la reciente incorporación del perfil de Fisioterapeuta Adjunto se encarga de asumir y dirigir las estrategias transversales en el Servicio de Rehabilitación Integral junto a la Dirección Médica y de Enfermería.

OBJETIVO

Dar a conocer la experiencia del Fisioterapeuta Adjunto en un servicio de Rehabilitación Integral

RESULTADOS

Las tareas llevadas a cabo por el mando intermedio anterior se centraban en la parte administrativa (gestión de turnos, horarios, partes de incidencias, gestión de material, etc.)

Acciones realizadas para protocolizar la figura del fisioterapeuta adjunto:

- Se hace una remodelación de la distribución del tiempo de su figura incluyendo, además de las funciones administrativas, las funciones asistencial, educativa y de investigación.
- A nivel de equipo multidisciplinar, se agrupan los recursos humanos con el fin de optimizar las diferentes terapias rehabilitadoras.
- Se revisan los tipos de programas asistenciales y procedimientos llevados a cabo con los pacientes.
- Propuesta y puesta en marcha de nuevas alternativas administrativas.
- Promoción de la creatividad e innovación en las terapias realizadas a los pacientes en rehabilitación.
- Evaluación de los procesos asistenciales mediante la aplicación de criterios y referencias como base para la posterior toma de decisiones de mejora, tanto del personal com del propio proceso asistencial.
- Se reconoce la figura de terapeuta adjunto en el organigrama de nuestro hospital, dependiendo directamente del director-gerente.

CONCLUSIONES

La implantación de este perfil para llevar a cabo las funciones de gestión y dirección del servicio de rehabilitación tiene como aspectos positivos el impacto en el clima laboral, la reorganización de horarios, mejoras e implantación de terapias específicas y novedosas en el campo de aplicación de la rehabilitación, ya que esta figura conoce de primera mano dichas terapias y el trabajo que realiza cada uno de los perfiles profesionales del servicio con mayor exactitud. Aunque se está produciendo un cambio de paradigma en la gestión de estos servicios, es necesario seguir difundiendo y fomentando esta figura. Se plantean futuros estudios para conocer realmente el impacto de estos perfiles.

El presente trabajo fue presentado en el 2º Congreso Internacional de Actualización Sanitaria. Modalidad online. Febrero 2022

PERFIL DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN EL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ: A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL LA PEDRERA. DENIA.

Autores: Teresa Costa Server (Terapeuta Ocupacional). Alicia Garrote Garcia (Terapeuta Ocupacional).
Hospital la Pedrera. Denia

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es la causa más frecuente de neuropatía desmielinizante del sistema nervioso periférico. El daño impide que los nervios transmitan señales al cerebro, lo que provoca debilidad, entumecimiento o parálisis, y sobre todo, incapacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria (AVD).

OBJETIVO

Describir el papel del terapeuta ocupacional en un caso de Guillain-Barré.

RESULTADOS

Paciente de 67 años que presenta polineuropatía aguda de predominio motor y valores de conducción con tipo desmielinizante adquirido, de grado severo. No alteración cognitiva previa.

Ingresa en la unidad de daño cerebral en el hospital, y se realiza la intervención en las actividades básicas desde el enfoque contemporáneo del control motor, modelo rehabilitador y biomecánica.

Se realizan sesiones diarias de una hora de terapia ocupacional durante 16 semanas, en las que se trabaja: a nivel motor el control de tronco y la potenciación de la musculatura; y a nivel funcional: la alimentación, el vestido e higiene y las transferencias cama-silla-wc.

Valoración de miembros superiores. Inicial: Stream: 4/16, Frenchay Arm Test: 0/5, y Nine hole peg test: no valorable; Final: Stream: 12/16, Frenchay Arm Test: 1/5, y Nine hole peg test: mano derecha: > 1 minuto; mano izquierda: > 1 minuto. Valoración de la independencia en AVD: Barthel inicial 30/100, Final: 55/100.

Al alta es capaz de comer de forma autónoma, pero requiere ayuda para preparar el material. Para el vestido necesita ayuda, pero es capaz de abotonar y desabotonar. Se coloca calcetines y zapatos con productos de apoyo. Se ducha con supervisión. Es independiente en silla de ruedas en interiores y deambula con andador y productos de apoyo con supervisión.

CONCLUSIONES

A pesar de las limitaciones funcionales que implican las secuelas del Guillain-Barré, una intervención multidisciplinar enfocada a la recuperación global de la movilidad y funcionalidad es importante para fomentar la autonomía del paciente. Últimamente la atención a este tipo de pacientes en la unidad de rehabilitación de nuestro hospital se está viendo incrementada, así como la derivación al departamento de terapia ocupacional. Como se ha demostrado en este caso, la intervención desde la terapia ocupacional fue decisiva para la recuperación motora y funcional y para la satisfacción personal del paciente. Es necesario contar con la figura del terapeuta ocupacional en las distintas unidades de rehabilitación que atiendan a este tipo de pacientes

El presente trabajo fue presentado en el 2º Congreso Internacional de Actualización Sanitaria. Modalidad online. Febrero 2022

Utilización del reloj de cambios posturales para la Formación a Cuidadores en Prevención de Úlceras por Presión (UPPs) en un Hospital de Crónicos

Seguí Blasco, Francesca; Carrió Llesma, Silvia; Devesa Ferrer, M^a del Carmen; López Barrientos, M^a del Carmen; Mendoza Gil de Montes, M^a del Mar; Navarrete Aguilar, M^a Jesús

Hospital La Pedrera, Denia (Alicante)

Introducción:

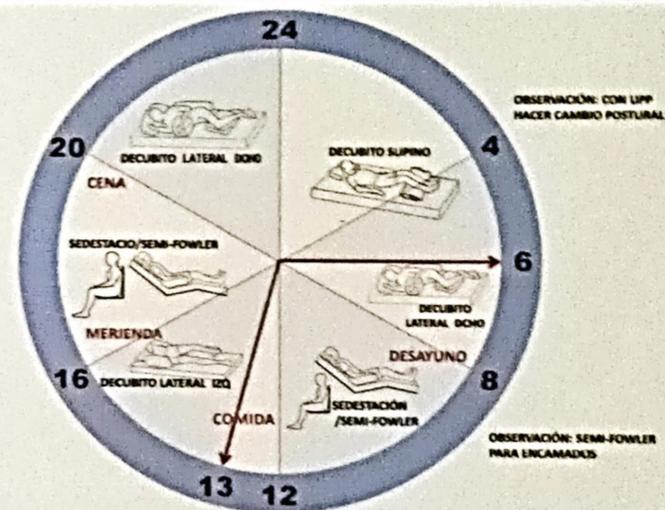
El HACLE La Pedrera atiende desde el 2009 a pacientes ingresados en cuatro programas diferenciados: Daño Cerebral Adquirido, Cuidados Integrales Dirigidos a la Adaptación a la Nueva Situación, Convalecencia y Cuidados Paliativos. En los programas mencionados existen pacientes con diagnóstico *Deterioro de Movilidad Física* y *Deterioro de movilidad en la cama*. Así mismo, un alto porcentaje de los pacientes ingresados, alrededor de un 70% en los últimos 5 años, presenta un Riesgo Alto/Moderado de UPPs, según la Escala Braden utilizada en la valoración al ingreso, con lo cual trabajamos de manera muy activa el Diagnóstico de *Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea* mediante el Protocolo de Prevención de UPPs.

Objetivo Docente:

La herramienta de trabajo que proponemos consiste en un reloj de Cambios Posturales, adaptado al perfil de pacientes y a los horarios de trabajo de las Unidades Funcionales de Hospitalización (UFH), que será colocada a modo de panel en el cabecero de los pacientes que cumplan criterios de selección.

Se utilizará esta herramienta como material educativo con la finalidad de conseguir la participación de los familiares/cuidadores en los cuidados de los pacientes para la prevención de UPPs.

Dicha herramienta se utilizará, como el diseño lo indica, a lo largo de las 24 horas y será pautada para aquellos pacientes que sean incapaces de realizar movimientos activos por ellos mismos.



Revisión del Tema:

Según las últimas evidencias científicas publicadas, los cambios posturales cada 2-4 horas, combinados con una superficie de apoyo viscoelástica son fundamentales para la prevención de las UPPs, sin evidenciar diferencias significativas entre los pacientes clasificados como moderado o alto riesgo de UPP según la Escala Braden.

La mayoría de autores concluyen que hacen falta más evidencias para poder determinar cual es la mejor posición del paciente encamado y la frecuencia idónea de los cambios de posición.

Algunos estudios determinan que el uso de escalas no es mejor que el juicio clínico para la valoración del riesgo de UPP.

Conclusiones:

Se establece un sistema con Reloj de Cambios Posturales adaptado a nuestro entorno hospitalario, que orienta al personal sanitario y/o cuidadores para la frecuencia y posición de los diferentes cambios posturales.

Tras haberlo pilotado durante tres meses en una de las UFH y, comprobada la eficacia de manera subjetiva, procedemos a instaurarlo en el resto de las UFH.

Se precisarán de más estudios para poder confirmar de manera objetiva la eficacia del sistema para la prevención de la

Utilización del reloj de cambios posturales para la Formación a Cuidadores en Prevención de Úlceras por Presión (UPPs) en un Hospital de Crónicos

Seguí Blasco, Francesca; Carrió Llesma, Silvia; Devesa Ferrer, M^a del Carmen; López Barrientos, M^a del Carmen; Mendoza Gil de Montes, M^a del Mar; Navarrete Aguilar, M^a Jesús

Hospital La Pedrera, Denia (Alicante)

Introducción:

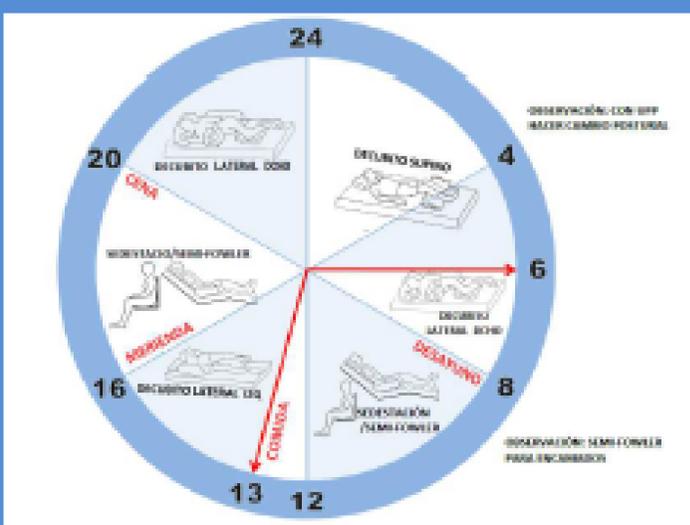
El HACLE La Pedrera atiende desde el 2009 a pacientes ingresados en cuatro programas diferenciados: Daño Cerebral Adquirido, Cuidados Integrales Dirigidos a la Adaptación a la Nueva Situación, Convalecencia y Cuidados Paliativos. En los programas mencionados existen pacientes con diagnóstico *Deterioro de Movilidad Física* y *Deterioro de movilidad en la cama*. Así mismo, un alto porcentaje de los pacientes ingresados, alrededor de un 70% en los últimos 5 años, presenta un Riesgo Alto/Moderado de UPPs, según la Escala Braden utilizada en la valoración al ingreso, con lo cual trabajamos de manera muy activa el Diagnóstico de *Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea* mediante el Protocolo de Prevención de UPPs.

Objetivo Docente:

La herramienta de trabajo que proponemos consiste en un reloj de Cambios Posturales, adaptado al perfil de pacientes y a los horarios de trabajo de las Unidades Funcionales de Hospitalización (UFH), que será colocada a modo de panel en el cabecero de los pacientes que cumplan criterios de selección.

Se utilizará esta herramienta como material educativo con la finalidad de conseguir la participación de los familiares/cuidadores en los cuidados de los pacientes para la prevención de UPPs.

Dicha herramienta se utilizará, como el diseño lo indica, a lo largo de las 24 horas y será pautada para aquellos pacientes que sean incapaces de realizar movimientos activos por ellos mismos.



Revisión del Tema:

Según las últimas evidencias científicas publicadas, los cambios posturales cada 2-4 horas, combinados con una superficie de apoyo viscoelástica son fundamentales para la prevención de las UPPs, sin evidenciar diferencias significativas entre los pacientes clasificados como moderado o alto riesgo de UPP según la Escala Braden.

La mayoría de autores concluyen que hacen falta más evidencias para poder determinar cual es la mejor posición del paciente encamado y la frecuencia idónea de los cambios de posición.

Algunos estudios determinan que el uso de escalas no es mejor que el juicio clínico para la valoración del riesgo de UPP.

Conclusiones:

Se establece un sistema con Reloj de Cambios Posturales adaptado a nuestro entorno hospitalario, que orienta al personal sanitario y/o cuidadores para la frecuencia y posición de los diferentes cambios posturales.

Tras haberlo pilotado durante tres meses en una de las UFH y, comprobada la eficacia de manera subjetiva, procedemos a instaurarlo en el resto de las UFH.

Se precisarán de más estudios para poder confirmar de manera objetiva la eficacia del sistema para la prevención de las UPPs.

Puedes votar por los tres trabajos que más te han gustado accediendo desde aquí



MUCHAS GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN