

Proyecto de mejora asistencial en el cuidado del recién nacido de extremado bajo peso al nacimiento

Ruth del Río Florentino

Facultativo Especialista. Unidad de Neonatología
Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona.

**CURSO INTERNACIONAL DE NEONATOLOGIA
Y MATRONERIA NEONATAL**
PUERTO MONTT 10 Y 11 DE NOVIEMBRE **2017**
AUDITORIO UNIVERSIDAD SAN SEBASTIAN - SEDE PATAGONIA

Sant Joan de Déu **U** **CLÍNICA**
HOSPITAL MATERNOFANTIL **B** **BARCELONA**
UNIVERSITAT DE BARCELONA Hospital Universitari

www.medicinafetalbarcelona.org

World Prematurity Day, November 17th
1 baby in 10 is born premature. Worldwide.





Ningún conflicto de interés...





“Soy vulnerable”

Esquema de la charla

1. Introducción
2. Por qué fue necesario este programa
3. Objetivos del programa
4. Pasos iniciales
5. Análisis situación actual, puntos verdes, naranjas y morados
6. Estableciendo pronóstico a largo plazo
7. Conclusiones



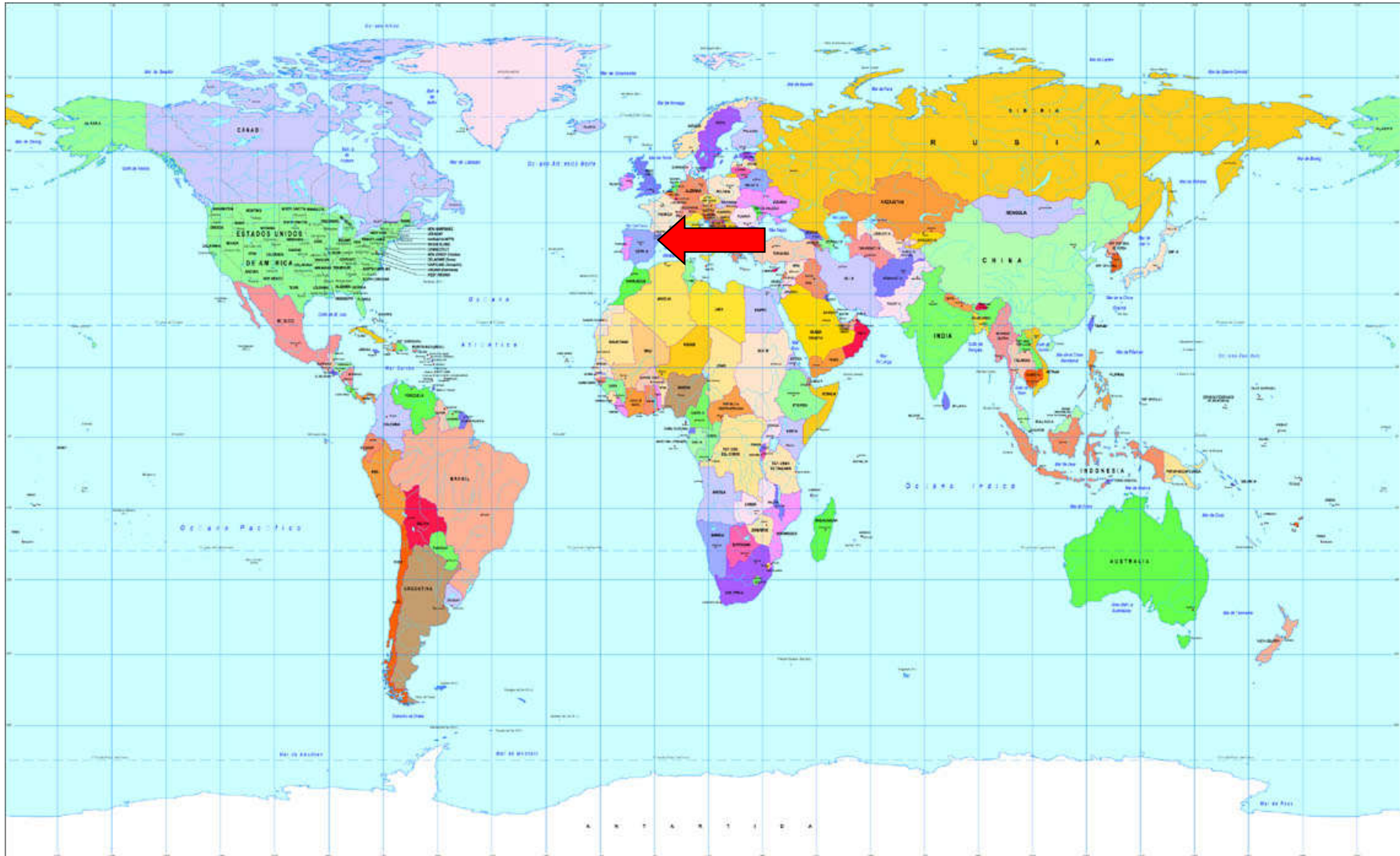
1. Introducción

En el año 2012...

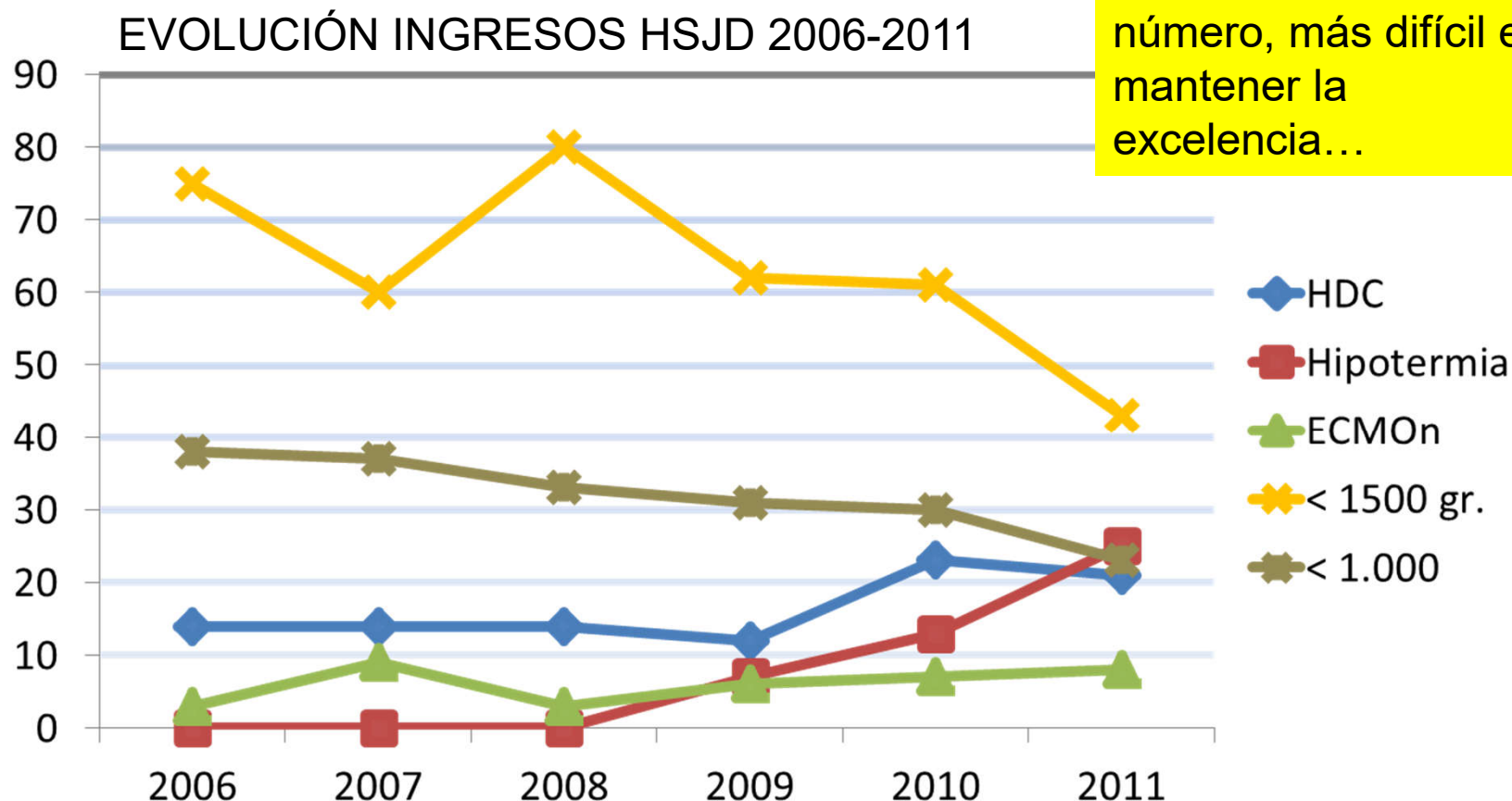


1. Introducción

En nuestro pequeño hospital...



Preocupación por disminución de ingreso de niños prematuros...



Cúanto menor es el número, más difícil es mantener la excelencia...

Supervivencia HSJD vs “Otros”

SEMANAS GESTACION	23	24	25	26	27
EXPRESS GROUP, Suecia 2003-2007	52,4%	77%	81%	85%	
NICHD, Stoll, EEUU 2003-2007	25.9%	54.5%	71.9%	83.6%	
VON 2008	30%	60 %	75%	73 %	90%
SEN 1500 2008	0%	28%	49%	72%	81%
HSJD 2008-2010	12%	55%	46%	74.5%	68 %

2. ¿ Por qué este programa ?

Problema “subjetivo” (detectado por el equipo)



Análisis objetivo



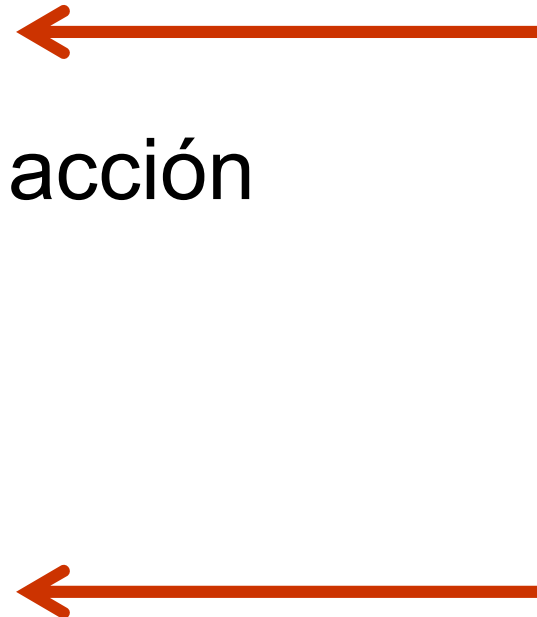
Estudio y propuesta de acción



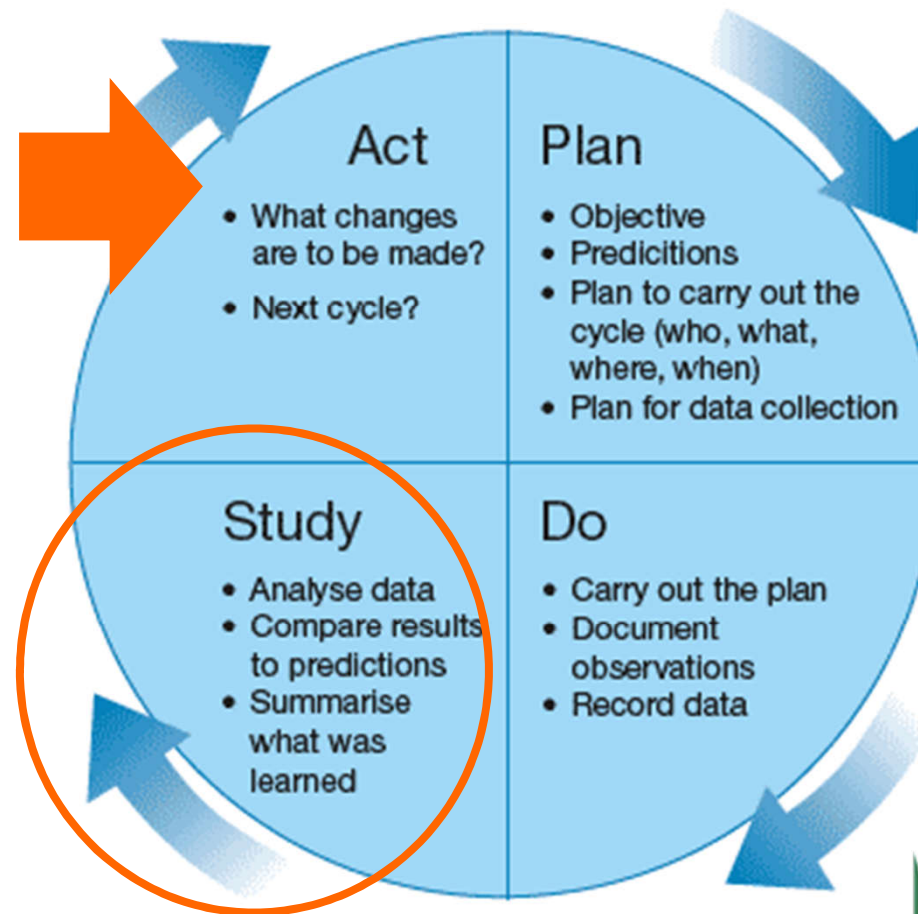
Acción



Evaluación resultados



METODOLOGÍA PLAN-DO-STUDY-ACT



3. OBJETIVOS

“Elaborar un programa de **excelencia asistencial** para mejorar los RNPT < a 29 semanas y/o peso < a 1000 g al nacimiento durante las primeras 72 horas de vida”

3. OBJETIVOS DEL PROGRAMA

- Disminución de tasas de HIV grave
- Mejoría de temperatura al ingreso
- Disminución de morbilidad asociada
- Disminución de “accidentes”



4. PASOS INICIALES

Octubre 2011

- Creación de la **comisión del RNEBP**

Enero - Abril 2012

- Análisis **situación actual en nuestro servicio (tablas de observación)**
- Búsqueda bibliográfica



PASOS INICIALES

Mayo 2012

- Presentación de la memoria al Comité de Dirección de neonatos
- Reflexión sobre análisis y priorización de actuaciones
- Estancia de 5 miembros de la comisión en Rigshospitalet (Copenhague)

Junio 2012

- Presentación a todo el Servicio de Neonatología del programa



PASOS SIGUIENTES

Junio-Diciembre 2012

- Actualización de conocimiento científicos para establecer pautas de buena práctica clínica en cada una de las seis áreas priorizadas inicialmente. **GRUPOS DE TRABAJO**
- Transferencia del análisis de la situación actual (
- Elaboración de material didáctico



MIEMBROS COMISIÓN RNEBPN

Carme Baquero, Enfermera neonatología

Nuria Herranz, Enfermera neonatología

Montserrat Izquierdo, Médico Adjunto
Neonatología

María Padró, Enfermera Adjunta de
Dirección Neonatología

Ruth del Río, Médico Adjunto Neonatología

Ana Riverola, Médico Adjunto Neonatología

M^a José Troyano, Enfermera Coordinadora
de Neonatología



Mayo 2012. Inclusión de obstetras en la
Comisión:

Carolina Esteve y Silvia Ferrero

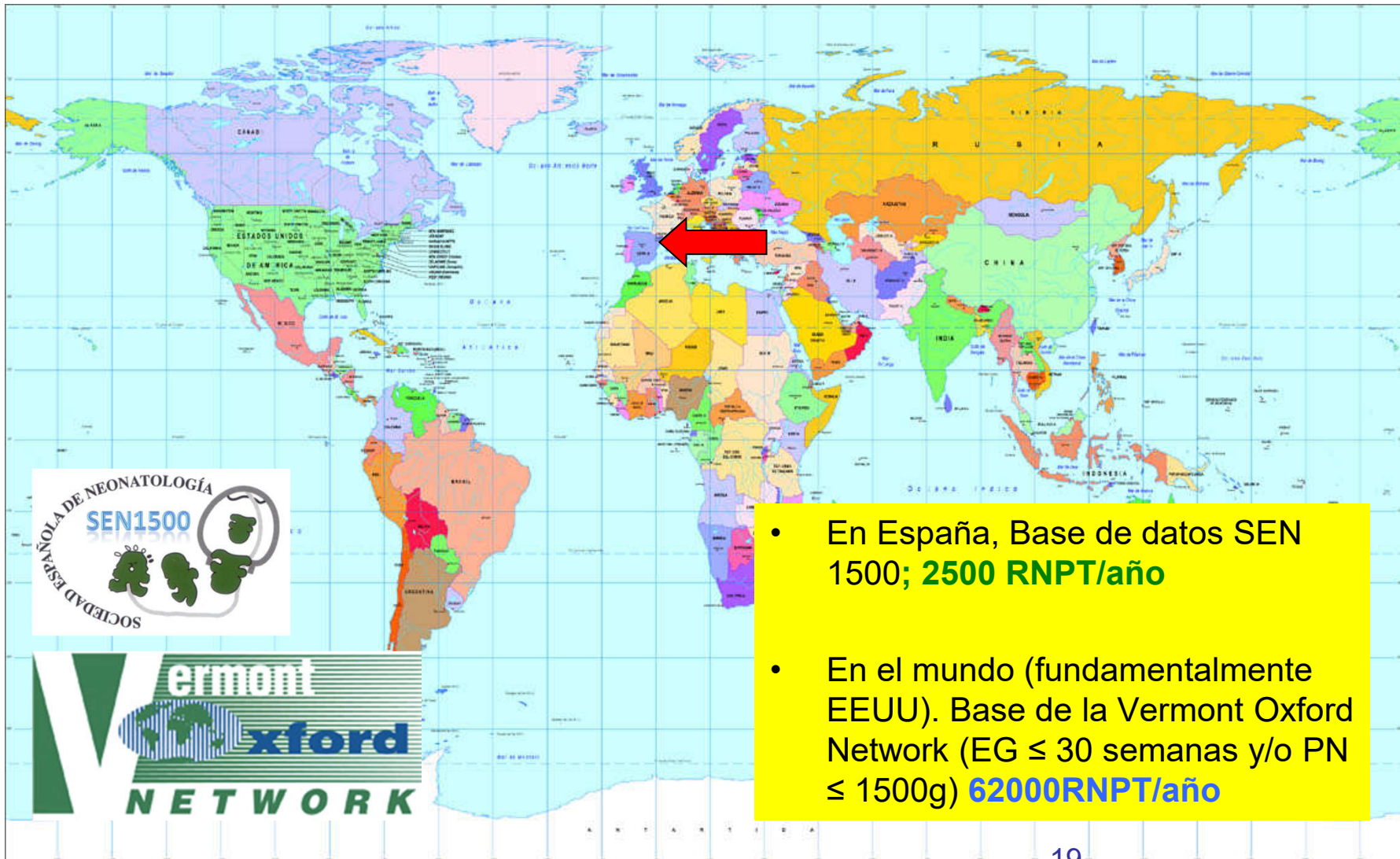
Rigshospitalet/Copenhagen



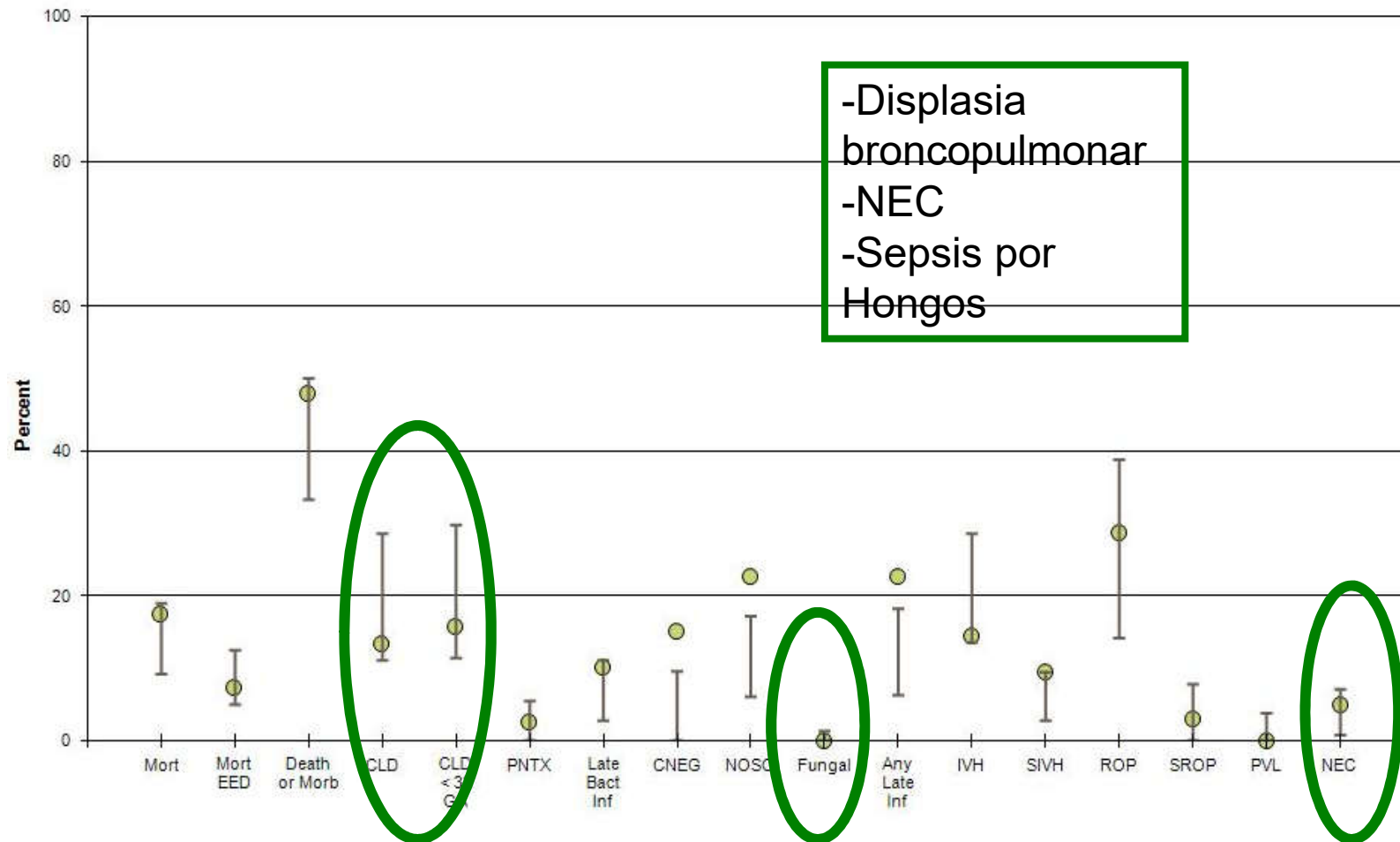
5. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL



Análisis macroscópico



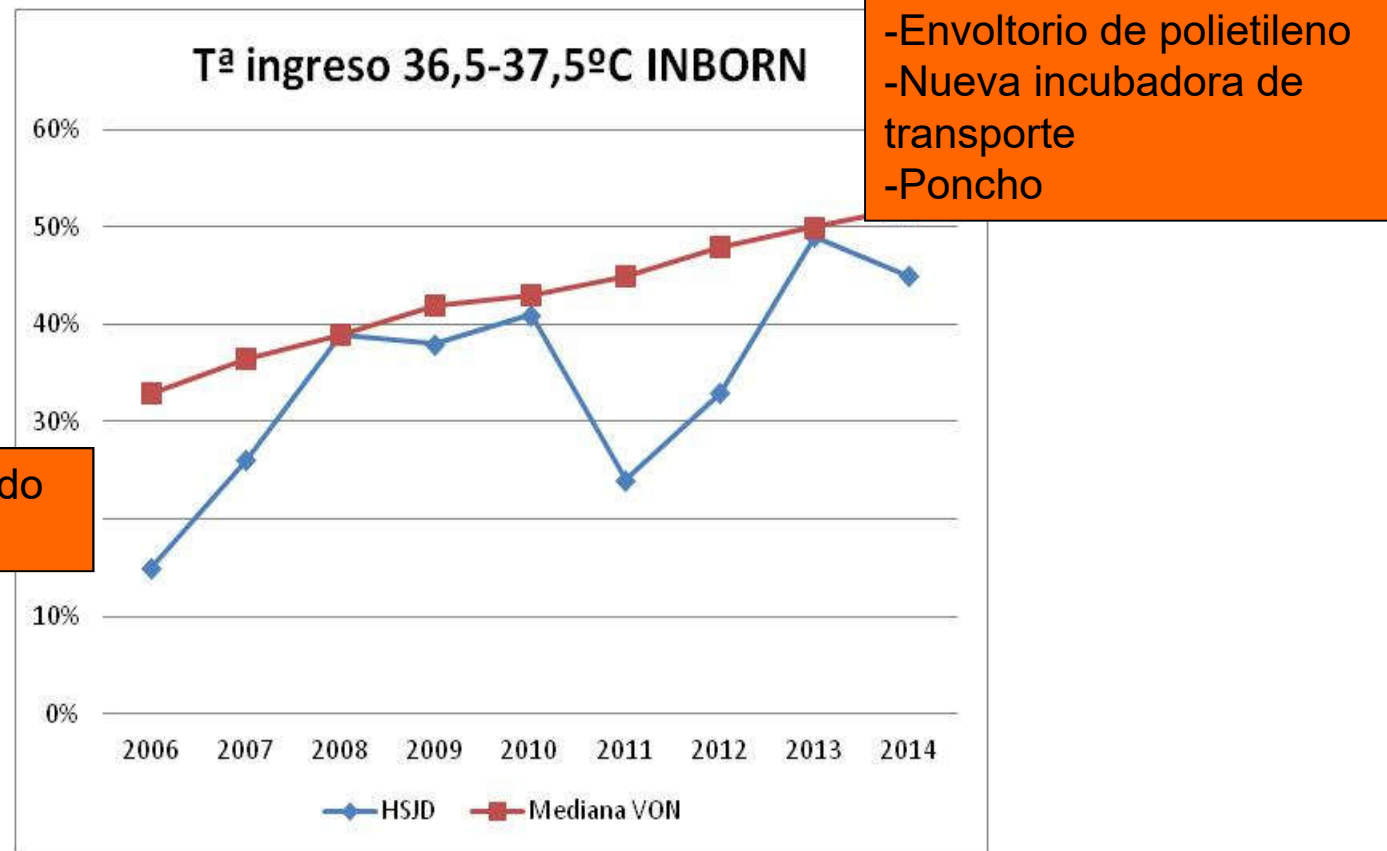
Resultados corto plazo, INBORN HSJD AÑO 2011



Los resultados “intermedios”: T^a ingreso 36,5-37,5°C, INBORN

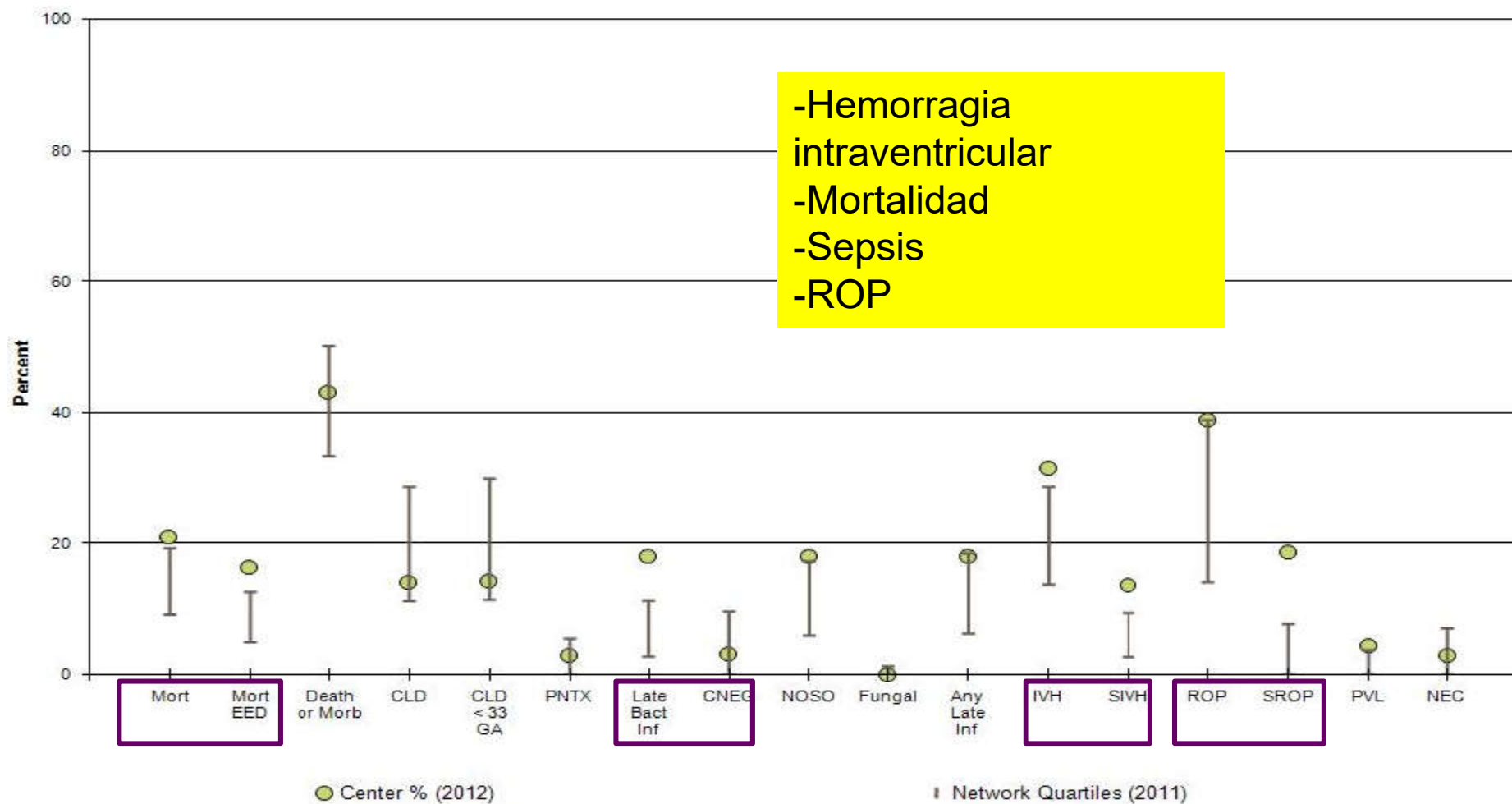


-50% siguen ingresando
hipotérmicos HOY



Resultados VON 2012, INBORN

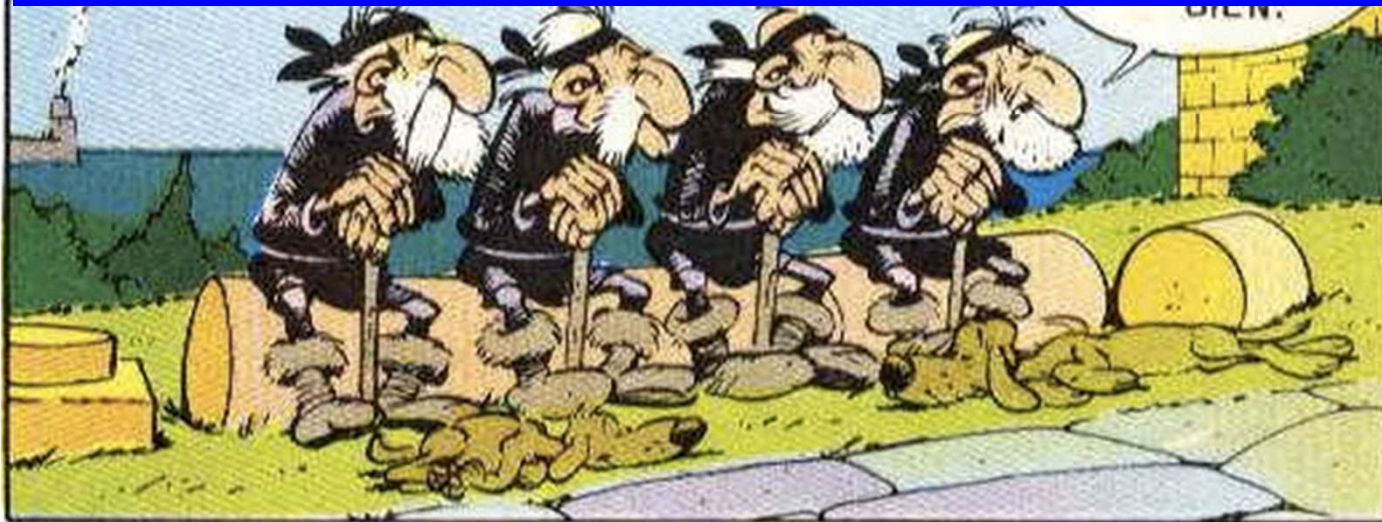
Puntos “morados”



AMPLIACIÓN GRUPOS DE TRABAJO

LOS DATOS SON EL PUNTO DE PARTIDA PARA HACERNOS AVANZAR ...

PARECE QUE LA TEMPERATURA SIGUE POR DEBAJO DE 36,5 °C EN EL 50% DE LOS PREMATUROS...



AMPLIACIÓN GRUPOS DE TRABAJO

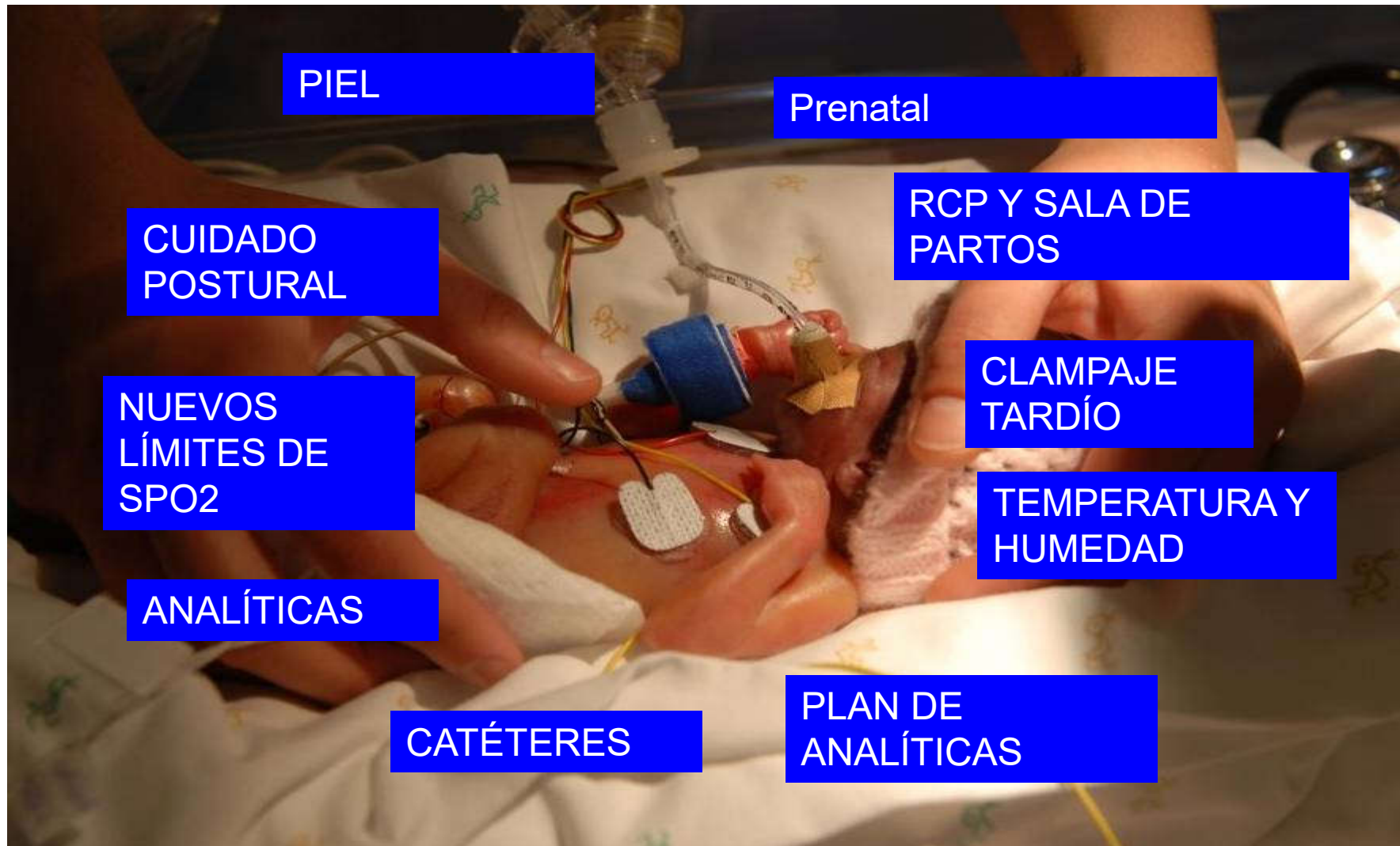
¿QUÉ PODEMOS HACER PARA MEJORAR TEMPERATURA DE INGRESO?



Email para abrir
participación a todo el
equipo



PROYECTO DE MEJORÍA DE TRATAMIENTO Y CUIDADOS EN LAS PRIMERAS 72 HORAS



PROYECTO DE MEJORÍA DE TRATAMIENTO Y CUIDADOS EN LAS PRIMERAS 72 HORAS... el proceso

1. Asistencia antes del nacimiento
2. Atención en sala de partos
3. Transporte a la UCI-N
4. Asistencia en las primeras 72h



Fortalezas — Debilidades

- Descripción del entorno
- Dotación de material
- Personal asistencial
- Aspectos médicos y enfermeros
- Documentación
- La familia

“The **golden hour** (sometimes known as
magic hour, especially in
cinematography)
is the **first and last hour** of **sunlight** during
the day when a specific photographic effect is
achieved due to the quality of the light”

Wikipedia, 2012

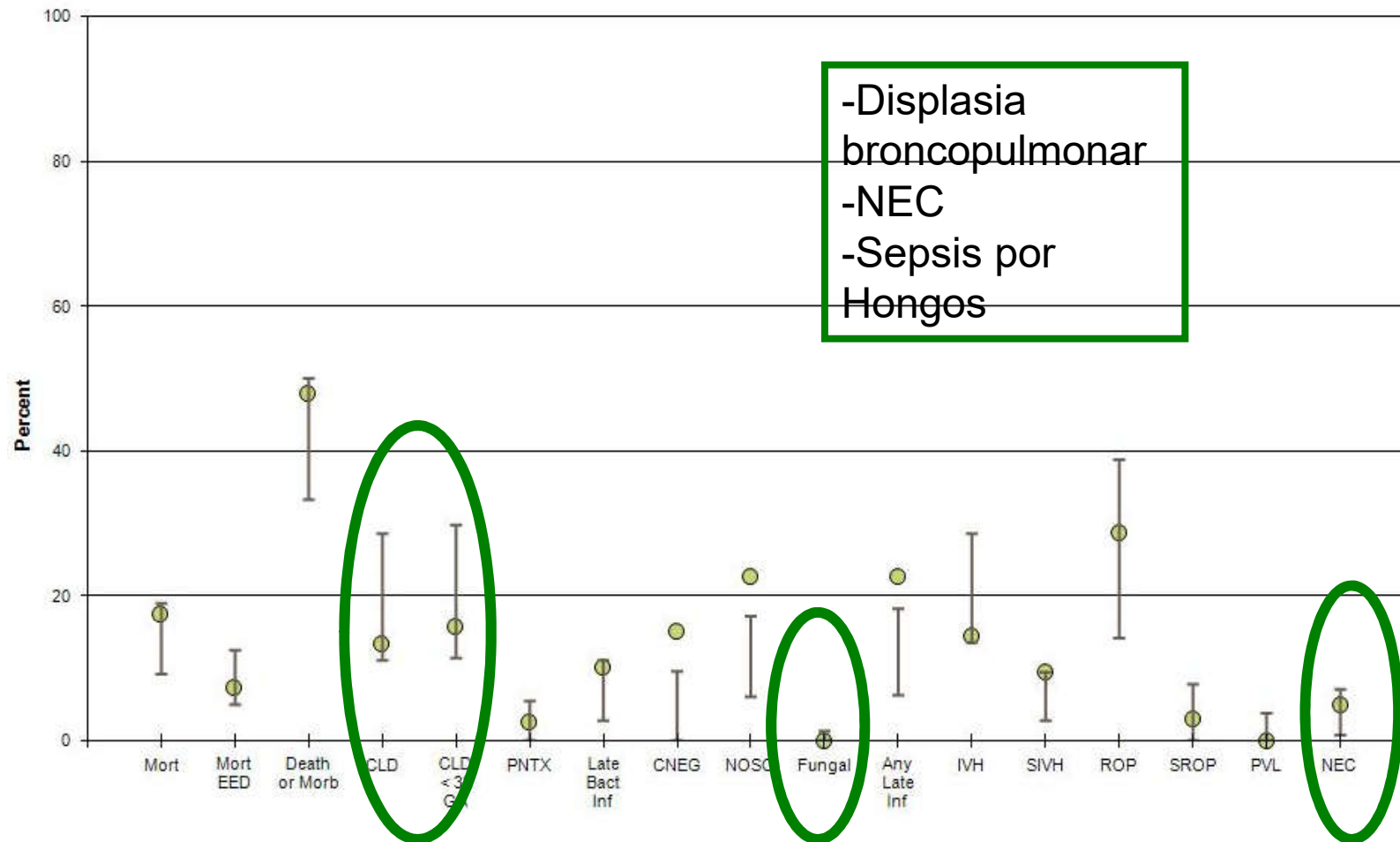
LAS HORAS DE ORO



“ Todo cuenta, desde el principio”

**“Mismas actuaciones independientemente de la sala
donde nos encontremos”**

Los puntos verdes...



A-Sepsis por hongos

- 0% en los últimos años 2011-2016!
- Resultado de lavado de manos, política antibiótica restrictiva....
- Fluconazol profiláctico en RN <1000g con factores de riesgo

-¿Debemos restringir empleo de Fluconazol ahora que sepsis por hongos es 0 para evitar resistencias?

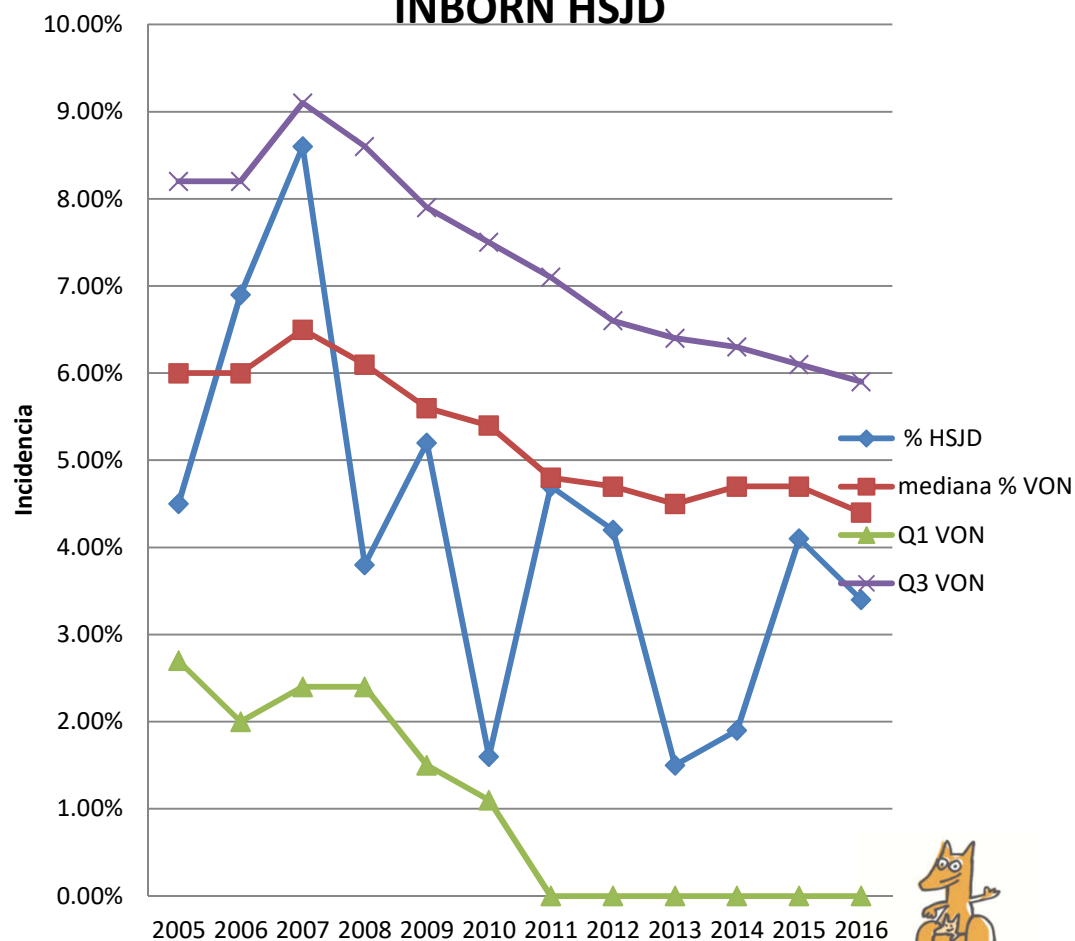
Comisión de Infecciones: M Reyné, C Candial, M Urrea, M Iriondo, MJ Garijo, A Cercós.



B-Enterocolitis necrotizante

NEC. RNPT ≤ 30 SEG y/o Peso ≤ 1500 g

INBORN HSJD



-Apoyo a leche materna

-Leche de donante a las madres que lo deseen (disponible desde año 2011, M Camprubí, M Padró)

- De momento, no probióticos...

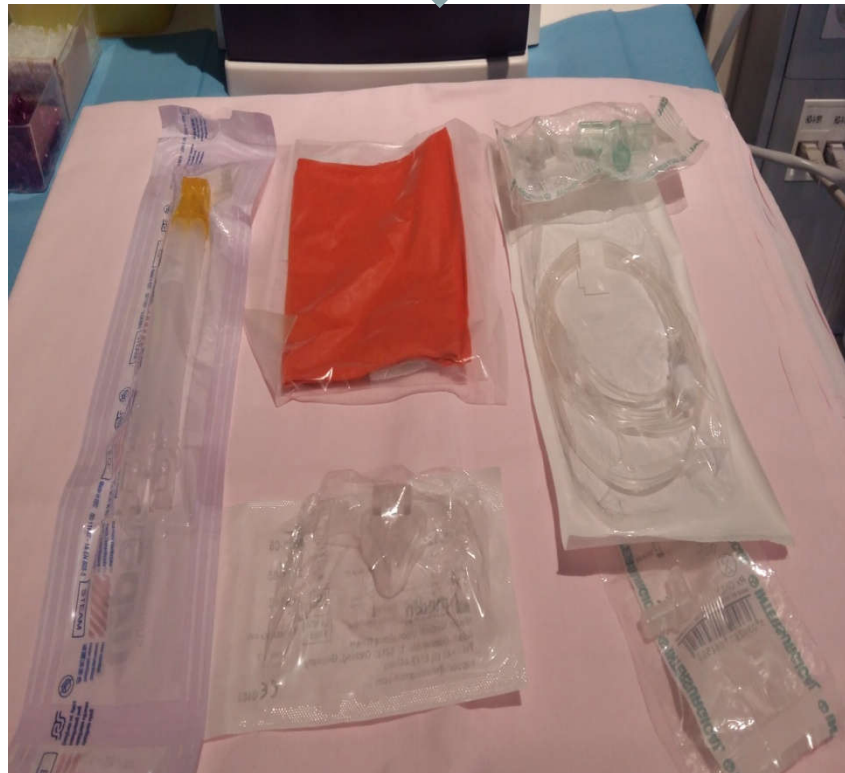
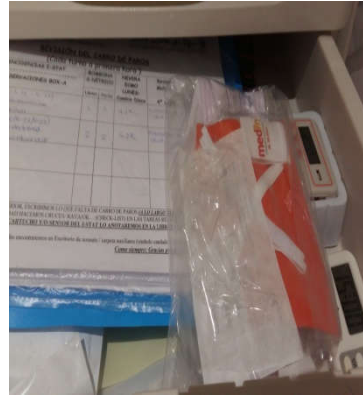
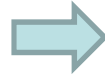
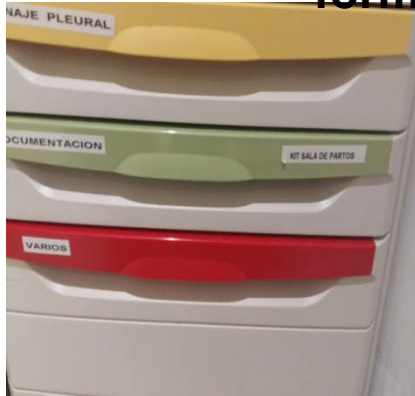
- **Mejorar:** Calostro, circuito de la leche

C-Desenlaces respiratorios

- Desde el 2012: cambio a **CPAP binasal en todos los pacientes** (grupo respiratorio, C Carrasco, S Ehrenberg)
- **GNAF**. 15% de RNPT incluidos en VON del HSJD en 2008 hasta 70% en 2016
- Desde 2016: **Protocolo MIST** (C Balcells, J Clotet, S Salas, C Carrasco, AB Segovia, M Molero)

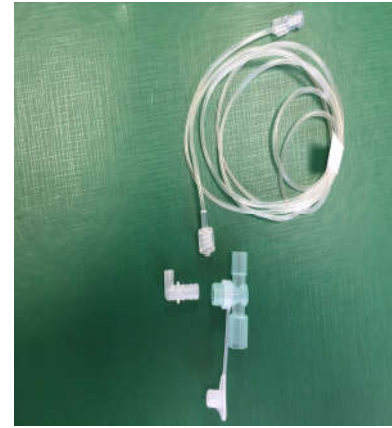


KITS SALA DE PARTOS (ubicación y elementos que lo forman)



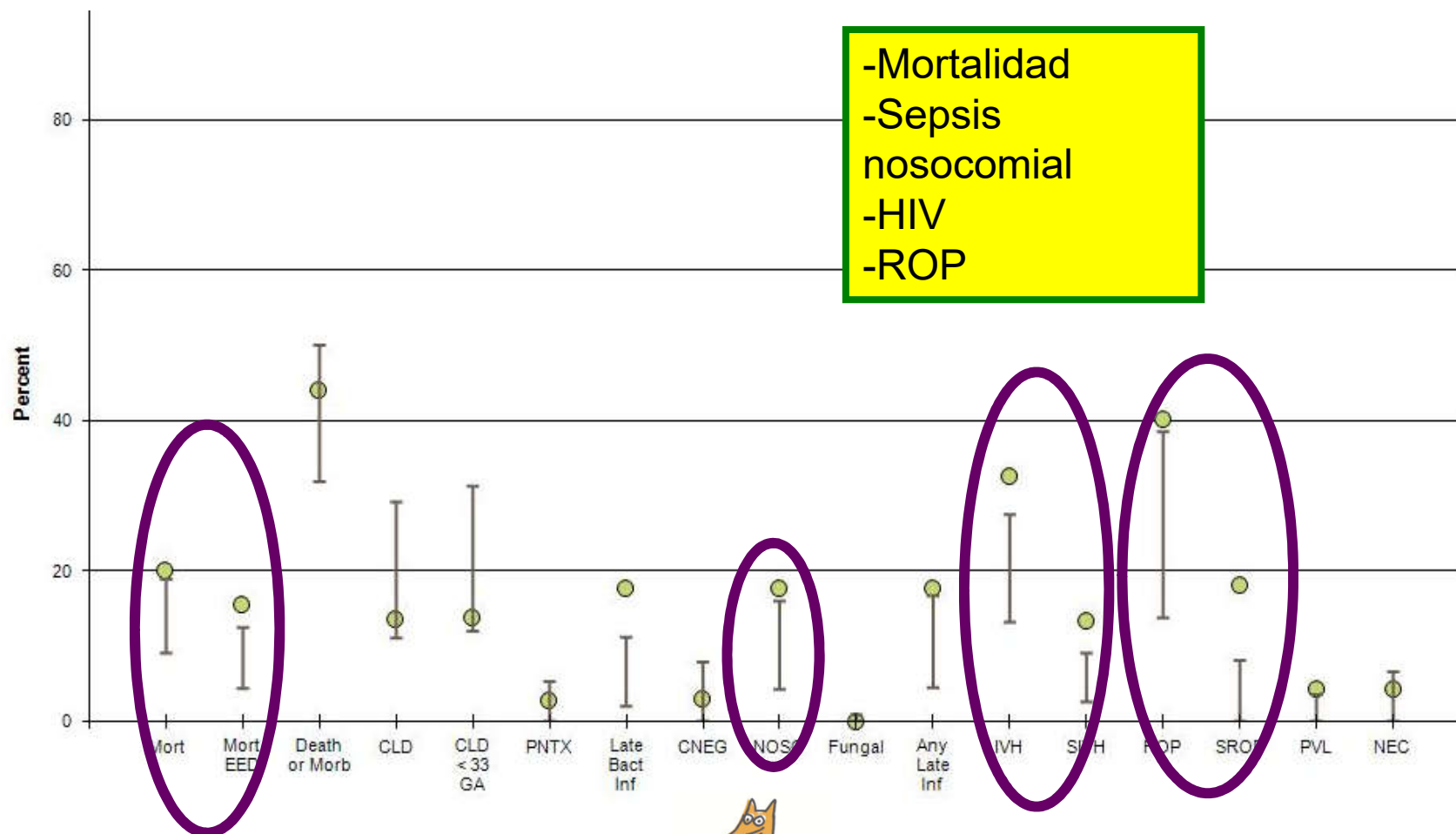
MONTAJE DEL RESPIRADOR DE LA INCUBADORA DE TRANSPORTE

COMO INCORPORAR LAS
PIEZAS (línea suero, codo y
pieza en T del NO) AL CIRCUITO
DEL RESPIRADOR



M
Izquierdo,
MJ
Troyano

Los puntos morados...



El caso de la ROP...

Optimal Oxygenation of Extremely Low Birth Weight Infants: A Meta-Analysis and Systematic Review of the Oxygen Saturation Target Studies

Ola Didrik Saugstad^a Dagfinn Aune^{b,c}

Systematic Review and Meta-Analysis

Neonatology 2014;105:55–63
DOI: 10.1159/000356561

Received: August 12, 2013
Accepted after revision: October 8, 2013
Published online: November 15, 2013



El caso de la ROP...

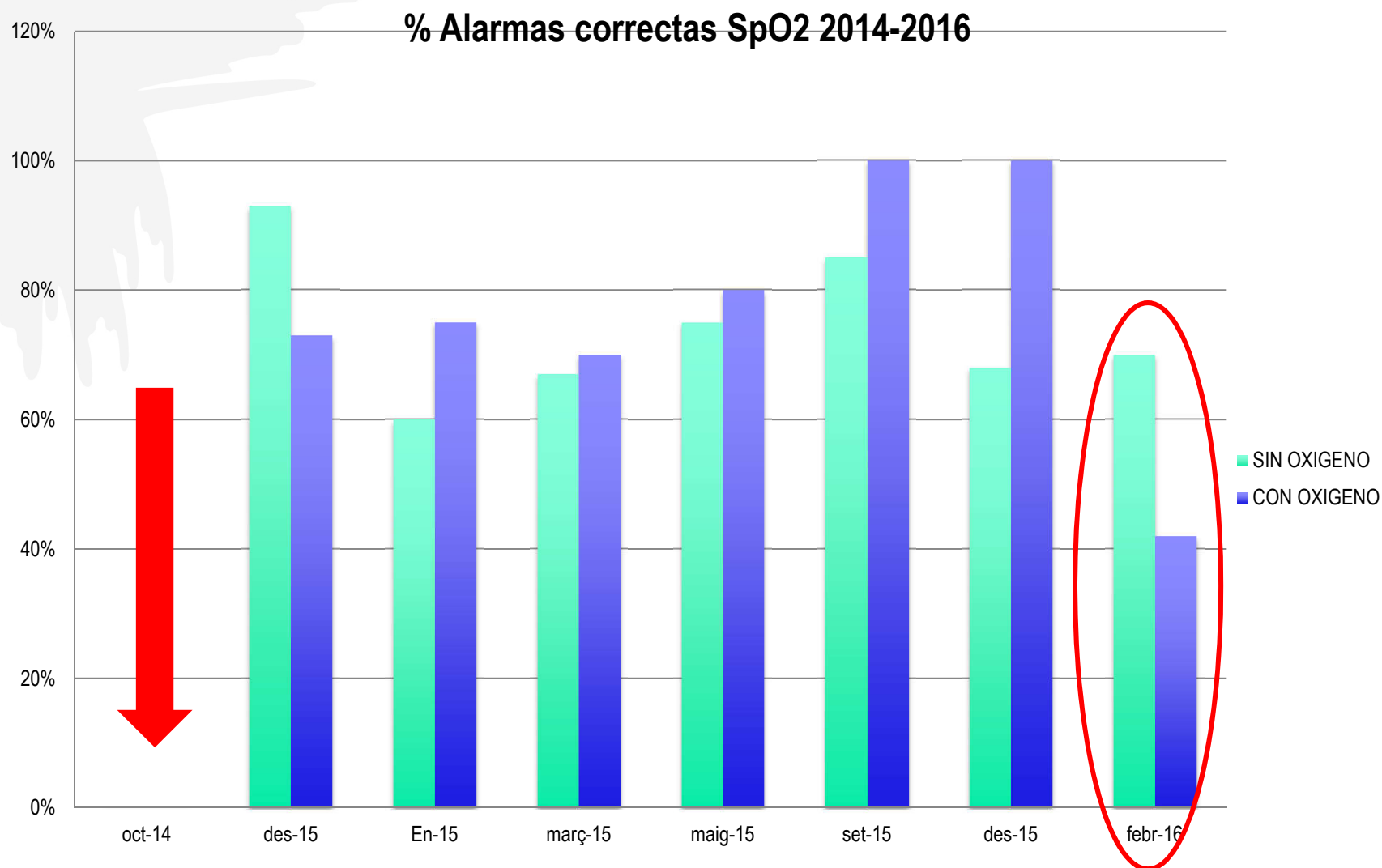
	Límites de alarma de SpO ₂ *	
Recién nacido prematuro ≤34 semanas de edad gestacional al nacimiento	Con oxígeno suplementario	90-95%
	Sin oxígeno suplementario	90-100%
Recién nacido de >34 Semanas de edad gestacional	Con oxígeno suplementario	92-97%
	Sin oxígeno suplementario	92-100%
Recién nacido con cardiopatía o con hipertensión pulmonar	Consensuar con neonatólogo	



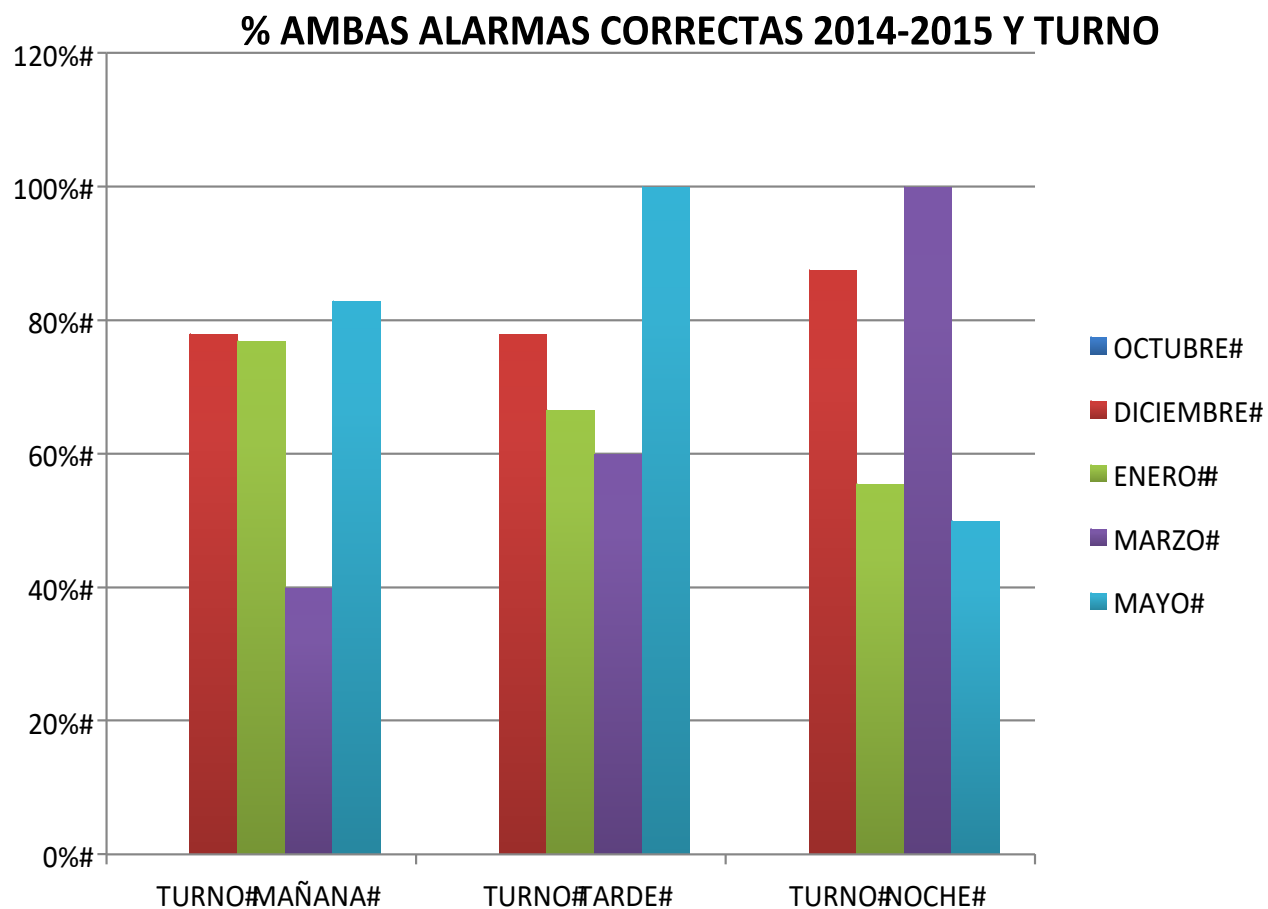
El caso de la ROP...

Parámetro	Pre formación	Post formación	Diferencia
Límite de alarma inferior de SpO2	Mediana=85% R=12	Mediana=90% R=0,5	Sí (p<0,05)
Límite de alarma superior de SpO2	Mediana 100% R=3	Mediana 100% R=5	NS
Ambas alarmas correctas nuevos límites	11,5%	87,5%	Sí p< 0,05

De presentación de M López, N Arús, P Galdeano, A Segovia, R del Rio, Grupo PROP-ER. Congreso SEEN Sevilla 2015



Prevención ROP. Mejorar ajuste alarmas SpO2



Grupo PROP-ER:

Enfermería:

Mireia Escudero

Raquel Alfaro

Ana Baños

Anna Salines

María Pilar García

Ana Bello

Anna Merino

Olga Balboa

Ana Belén Segovia

Laia Moliné

Laura Muriel

Médicos:

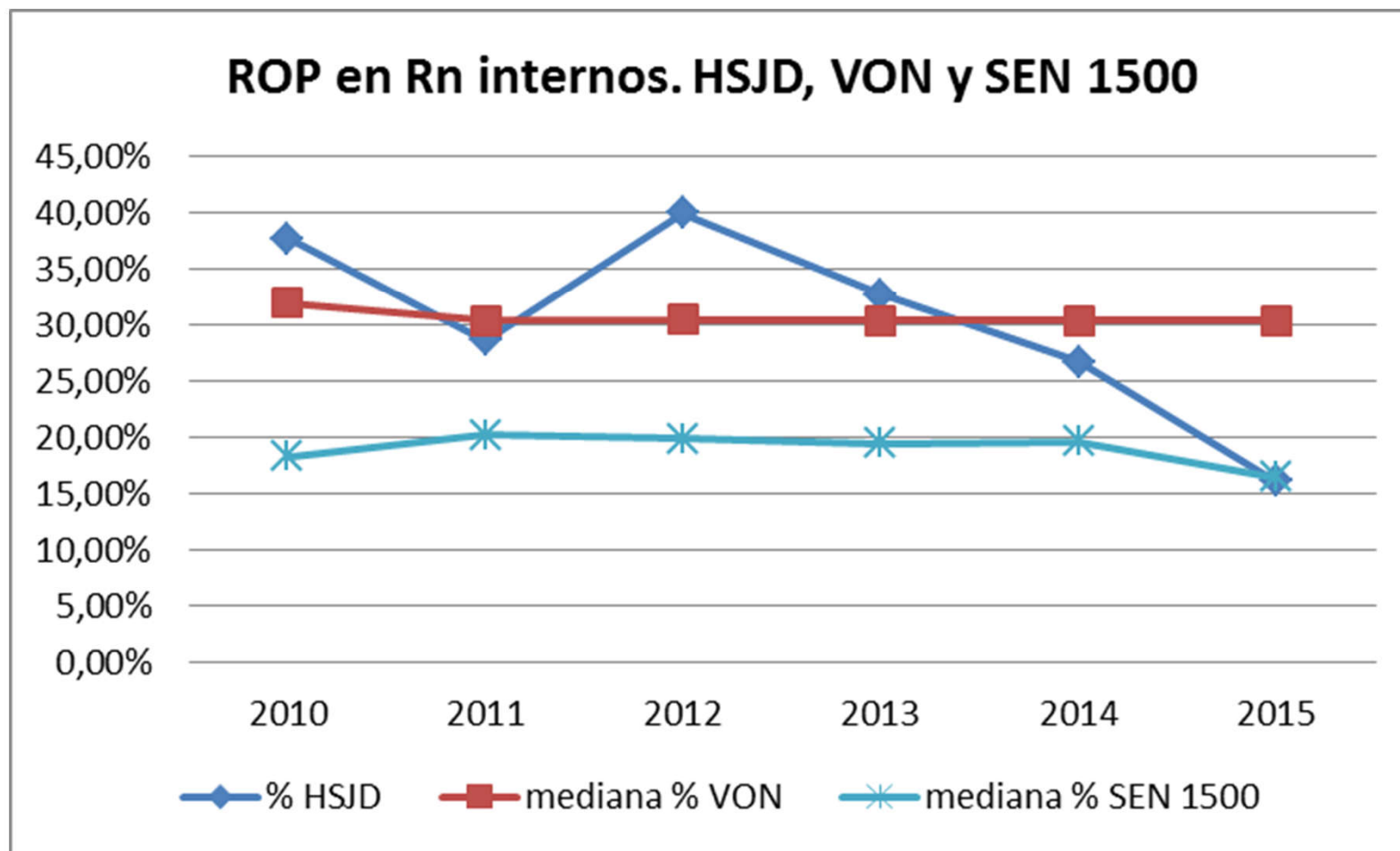
Julio Moreno

Cristina Carrasco

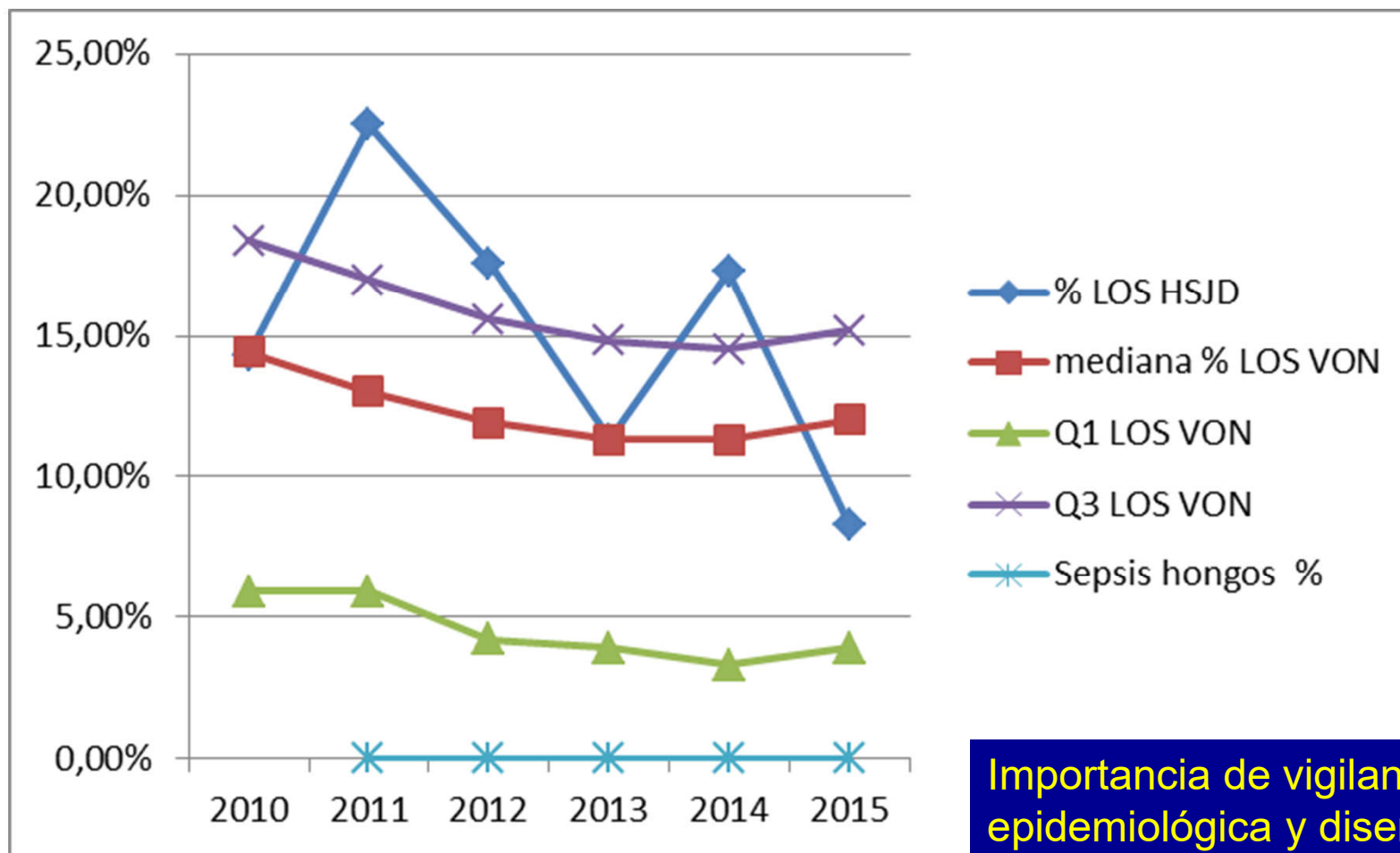
Débora Cañizo



El caso de la ROP...



B-Sepsis tardía, RNPT Internos



Importancia de vigilancia
epidemiológica y diseño de
estrategias específicas



Comisión de Infecciones: M Reyné, C Candial, M Urrea, M Iriondo, MJ Garijo, A Cercós, Carmen.

C- La HIV, factores contribuyentes

Favorecen la HIV....

- Menor Edad gestacional
- Factores prenatales (CA)
- Transporte a otro centro
- Oscilaciones de C02
- Dolor
- Oscilaciones de TA
- Hipotermia
- Posición de cabeza (?)

Disminuyen la HIV....

- Clampaje tardío de cordón
- Corticoides prenatales maternos
- Indometacina profiláctica tras nacimiento?
- Evitar en la medida de lo posible factores de riesgo conocidos

	Sala 1	Sala 2	Sala 3	Sala 4	Sala 5	BQ 1 *	BQ 2**
Tipo de cuna	Ohmeda Ohio®	Fisher and Paykel®	Fisher and Paykel®	Mesa	Fisher and Paykel®	Fisher and Paykel®	Ohmeda Ohio®
Tomas de aire y O2	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Mezcla Neopuff	SITUACIÓN REAL MATERIAL SALA DE PARTOS						
Ambú®	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Mascarillas tamaño adecuado	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Humidificación para NeoPuff	No	No	No	No	No	Sí	No
TET nº 2,5 y 3, laringoscopio, palas, pilas...	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Pulsioxímetro y sensores	No	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí
Tallas de polietileno	Sí	Sí	No	No	Sí	No	No
Aspirador y sondas	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Material cateterización umbilical	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Medicación							



RNPT de menos
34 semanas de
EG

BOLSA DE
POLIETILENO
EN CUNA DE
REANIMACIÓN

Valoración condiciones
obstétricas/perinatales

EXTRACCIONES
ANALÍTICAS DE SANGRE
DE CORDÓN
(HEMOGRAMA RN/
ESTUDIOS)

DPNNI,
MECONIO
Isoinmunización
CIR con Doppler
alterado

No

Clampaje
tardío cordón
30-45s

Milking del cordón
-20 cm de inserción del
cordón en RN,
dirección madre-niño
-velocidad: 20cm/2 seg
-repetir 3-4 veces

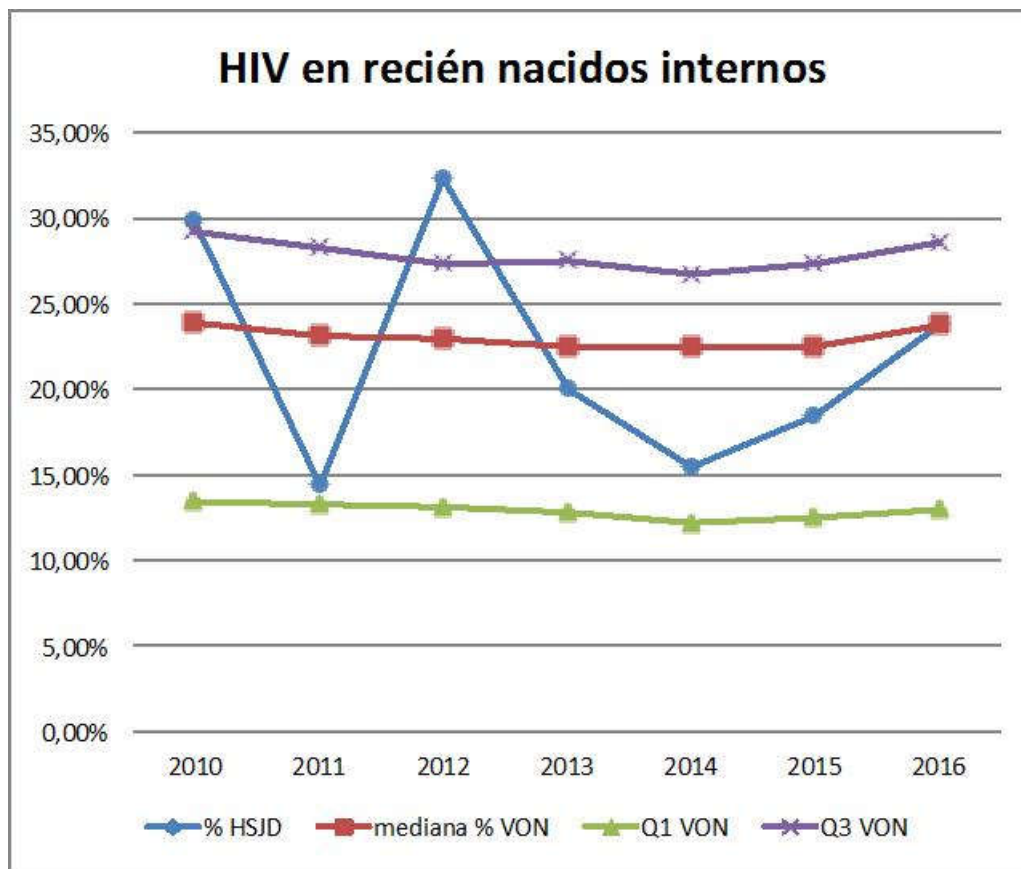
Sí

Clampaje tardío
-Posición del recién nacido a
la altura/debajo de la madre

MILKING del
cordón



Datos de HIV 2016...



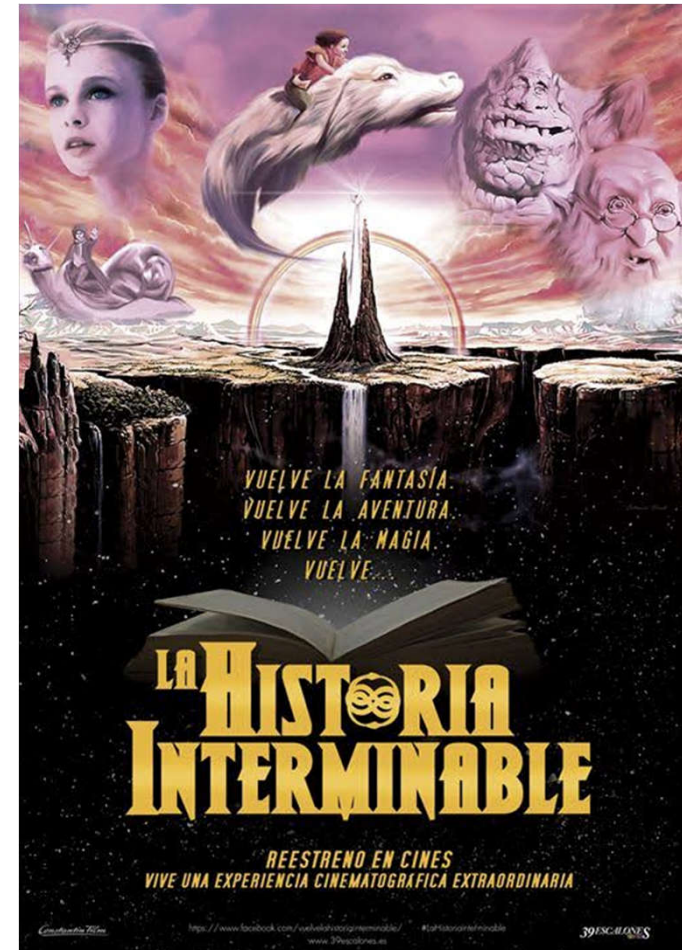
Datos HIV 2016...

-Siguientes pasos

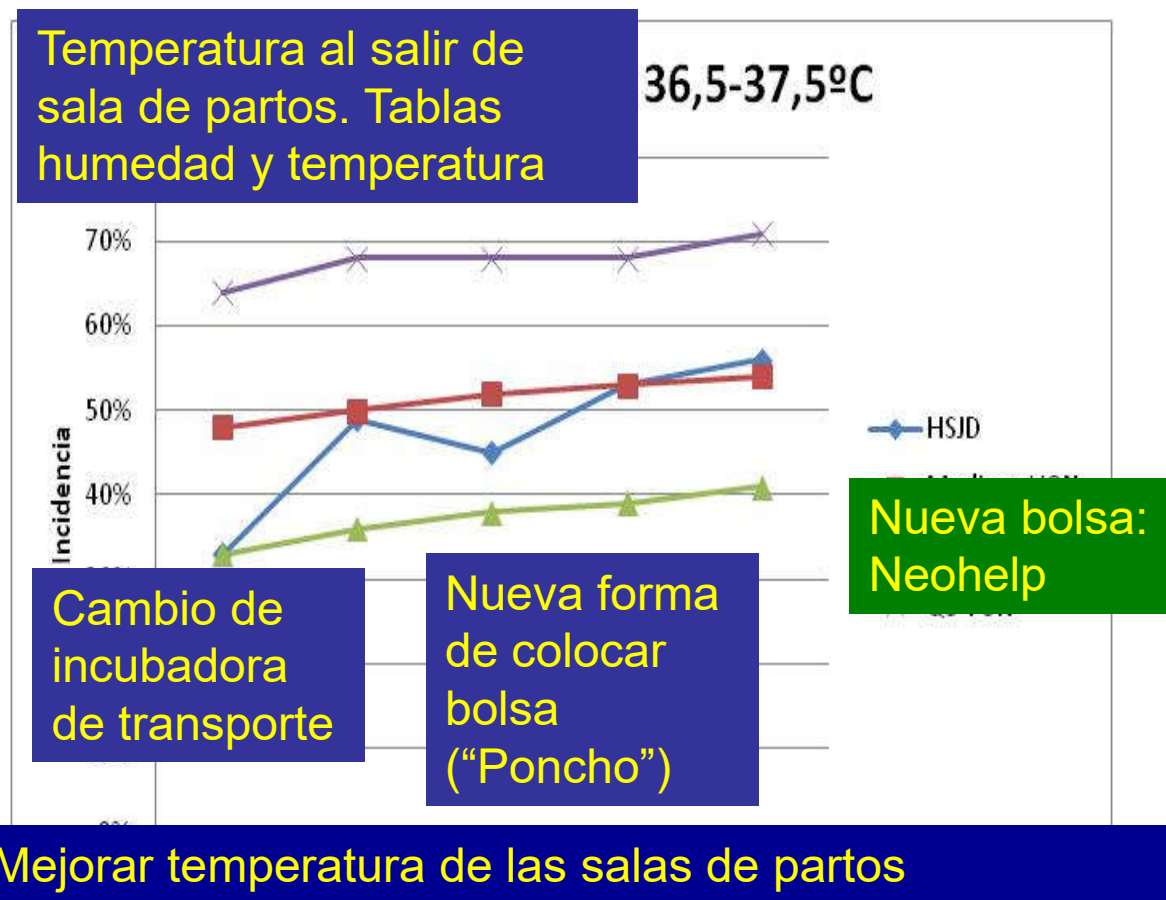
-Considerar **Indometacina profiláctica** en subgrupo de prematuros extremos (no maduración prenatal, peso nacimiento <750g...)

-**Hoja de incidencia ante HIV graves** para revisar situaciones mejorables (8-9 niños/año)

-Incidir en **importancia de cuidados entre dos personas** en estos niños

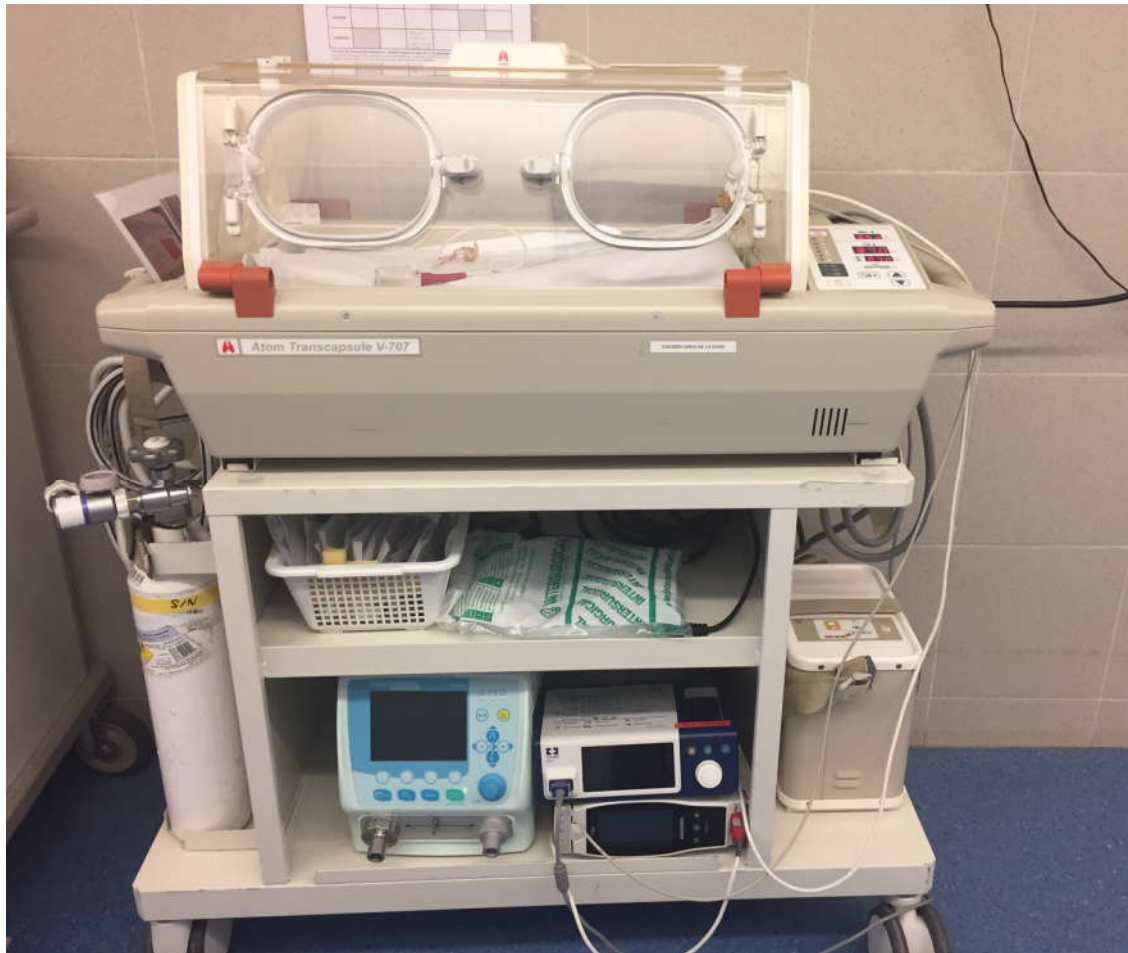


El caso de la temperatura de ingreso



Grupo Temperatura: C Baquero, R Alfaro, G Torres, I Caperote, E Blanco, C Corral. Grupo poncho: C Collazos, E Lamonja, S Egea, I Casal.

El caso de la temperatura de ingreso



Nueva incubadora de transporte



Carros precintados

ENVOLTORIO TIPO PONCHO



Bolsa doblada en cuatro partes, con forma de cuadrado. En la esquina superior derecha se corta un redondel de aproximadamente 2 cm de radio.



El paciente se col-oca en el centro de la bolsa, pasamos la cabeza por el redondel cortado (Tipo poncho)



Cierre de la bolsa desde el margen inferior.

Grupo poncho: C Collazos, E Lamonja, S Egea, I Casal.



El caso de la temperatura de ingreso

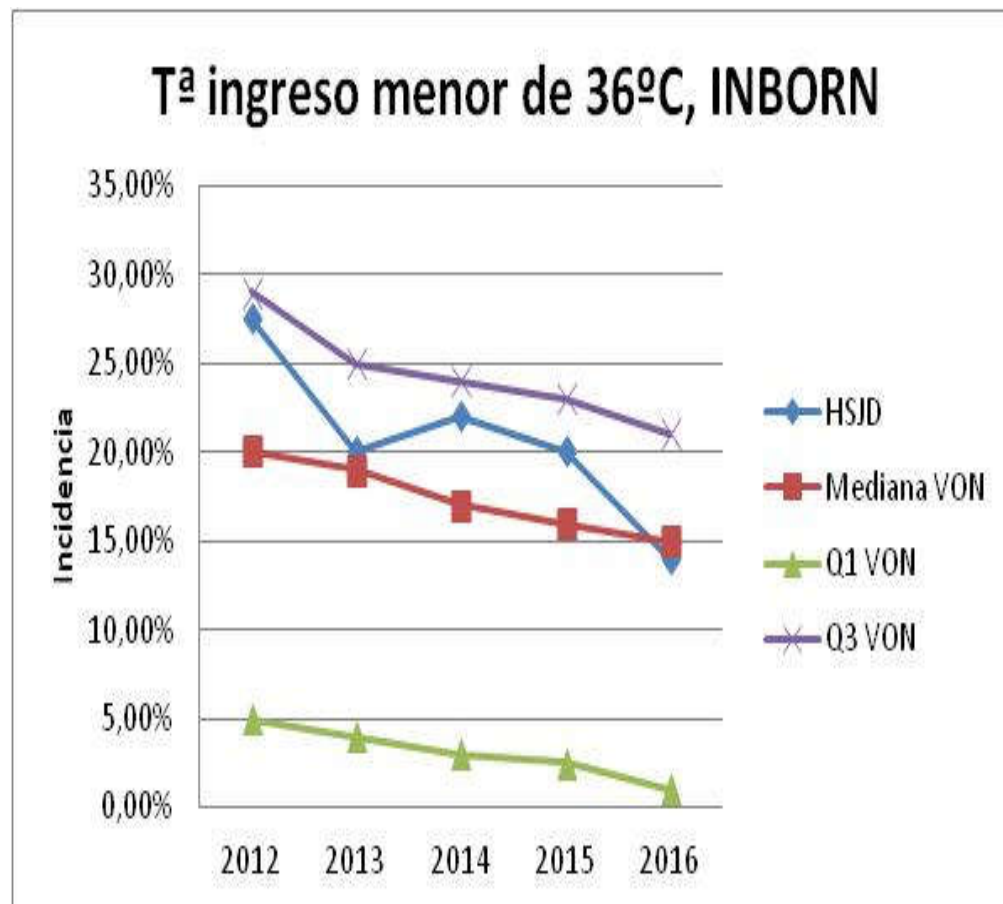
NeoHelp®



MJ Troyano, A Hernica, MJ Tojo,
M Iriondo



El caso de la temperatura de ingreso



6. Estableciendo un pronóstico a largo plazo

- Programa de seguimiento hasta los 8 años
- Facilitar acceso a los profesionales de esta información

Table 1 Summary of definitions for recommended outcome categories (British Association of Perinatal Medicine 2008)

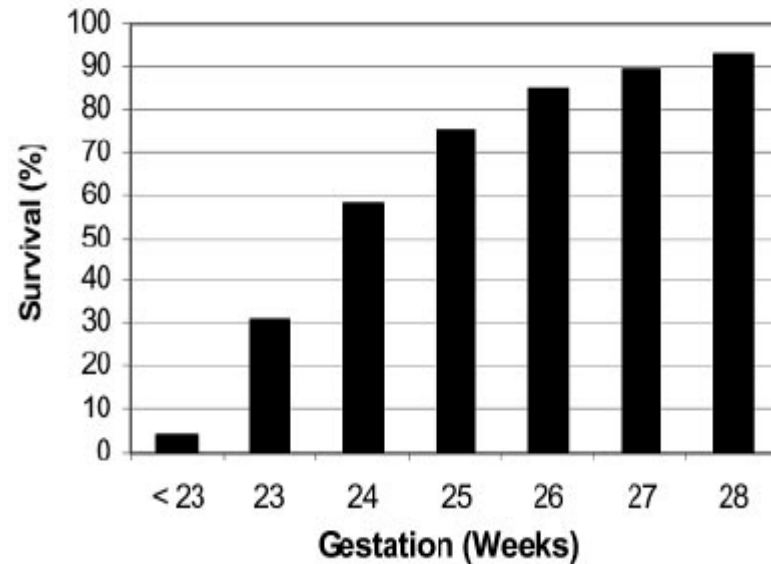
Criteria for	Severe neurodevelopmental disability	Moderate neurodevelopmental disability
<i>Domain</i>	<i>Any one of the below:</i>	<i>Any one of the below:</i>
Motor	Cerebral palsy with GMFCS level 3, 4 or 5	Cerebral palsy with GMFCS level 2
Cognitive function	Score <−3SDs below norm (DQ<55)	Score −2SD to −3SD below norm (DQ 55–70)
Hearing	No useful hearing even with aids (profound >90 dBHL)	Hearing loss corrected with aids (usually moderate 40–70 dBHL) or Some hearing but loss not corrected by aids (usually severe 70–90dBHL)
Speech and Language	No meaningful words/signs or unable to comprehend cued command (ie, commands only understood in a familiar situation or with visual cues eg, gestures)	Some but fewer than 5 words or signs or unable to comprehend uncued command but able to comprehend a cued command
Vision	Blind or can only perceive light or light reflecting objects	seems to have moderately reduced vision but better than severe visual impairment; or blind in one eye with good vision in the contralateral eye
<i>Other disabilities (included as additional impairments to severe or moderate neurodevelopmental disability)</i>		
Respiratory	Requires continued respiratory support or oxygen	Limited exercise tolerance
Gastrointestinal	Requires parenteral nutrition, gavage or gastrostomy feeding	On special diet or has stoma
Renal	Requires dialysis or awaiting organ transplant	Renal impairment requiring treatment or special diet

GMFCS: Gross Motor Function Classification System; SD: standard deviation; DQ: developmental quotient

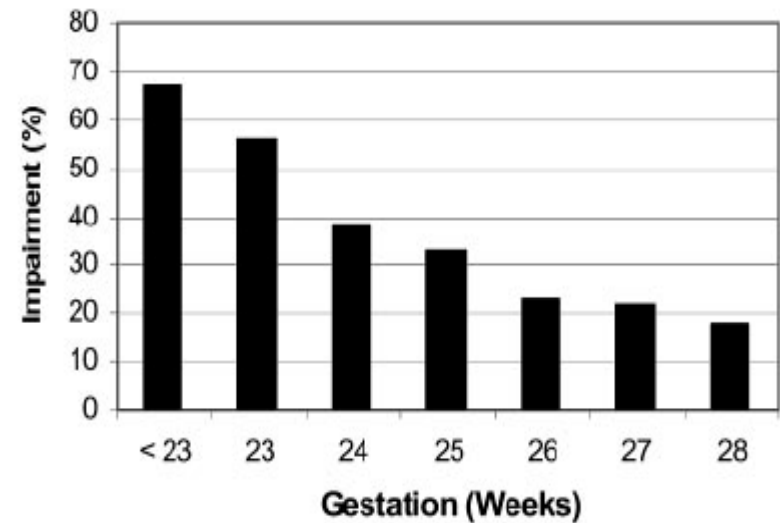
Ensuring Accurate Knowledge of Prematurity Outcomes for Prenatal Counseling

Fermin Blanco, Gautham Suresh, Diantha Howard and Roger F. Soll
Pediatrics 2005;115:478-487

**Survival of Preterm Infants with Birth Weight
401 - 1500 Grams**



**Long-term Neurodevelopmental Impairment in
Preterm Survivors**



Impairment includes one or more of the following: mental retardation, cerebral palsy, blindness, deafness.

Source: Published literature

Ensuring Accurate Knowledge of Prematurity Outcomes for Prenatal Counseling

Fermin Blanco, Gautham Suresh, Diantha Howard and Roger F. Soll
Pediatrics 2005;115:478-487

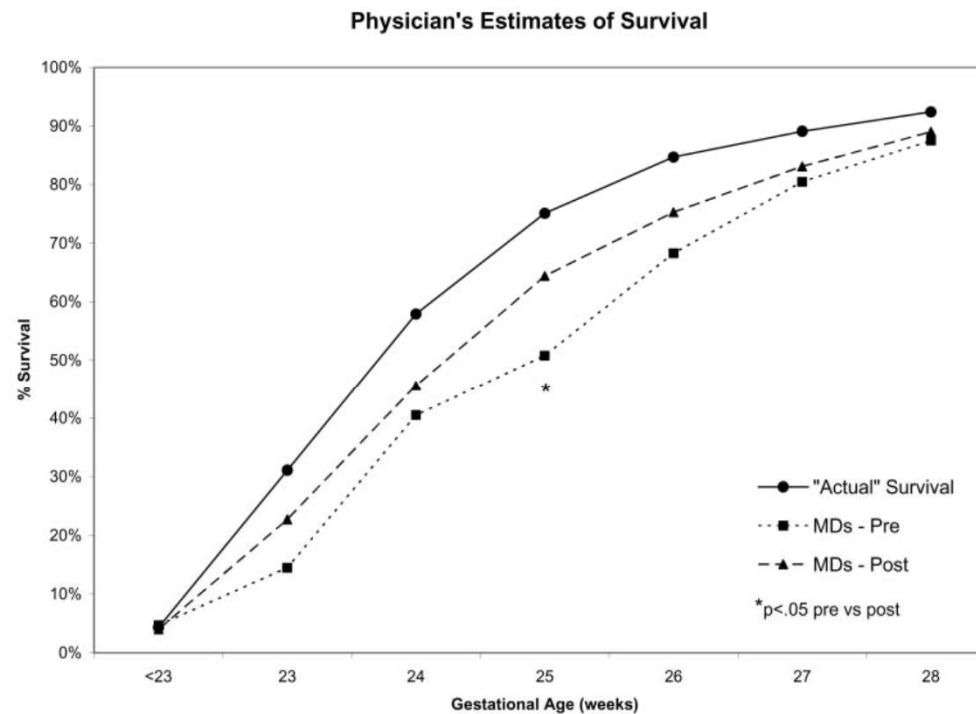


Fig 2. Physicians' (MDs) mean estimates of survival rates before and after education and "actual" survival rates for each gestational age.



Ensuring Accurate Knowledge of Prematurity Outcomes for Prenatal Counseling

Fermin Blanco, Gautham Suresh, Diantha Howard and Roger F. Soll
Pediatrics 2005;115;478-487

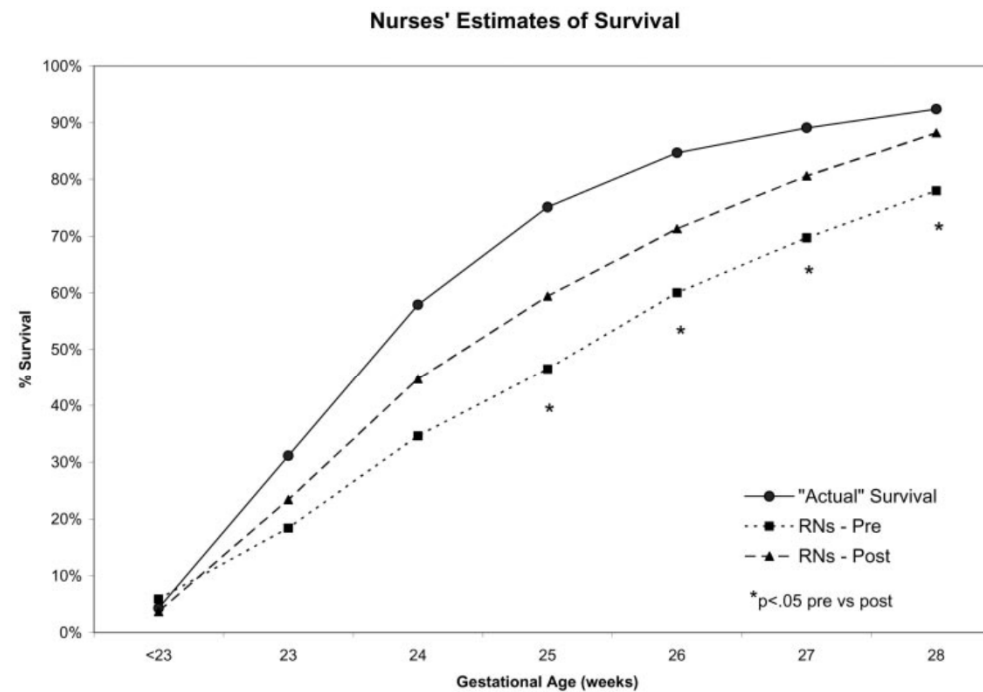


Fig 3. Nurses' (RNs) mean estimates of survival rates before and after education and "actual" survival rates for each gestational age. For 28 weeks of gestation, $P < .01$ for preeducation versus posteducation values.



Ensuring Accurate Knowledge of Prematurity Outcomes for Prenatal Counseling

Fermin Blanco, Gautham Suresh, Diantha Howard and Roger F. Soll
Pediatrics 2005;115:478-487

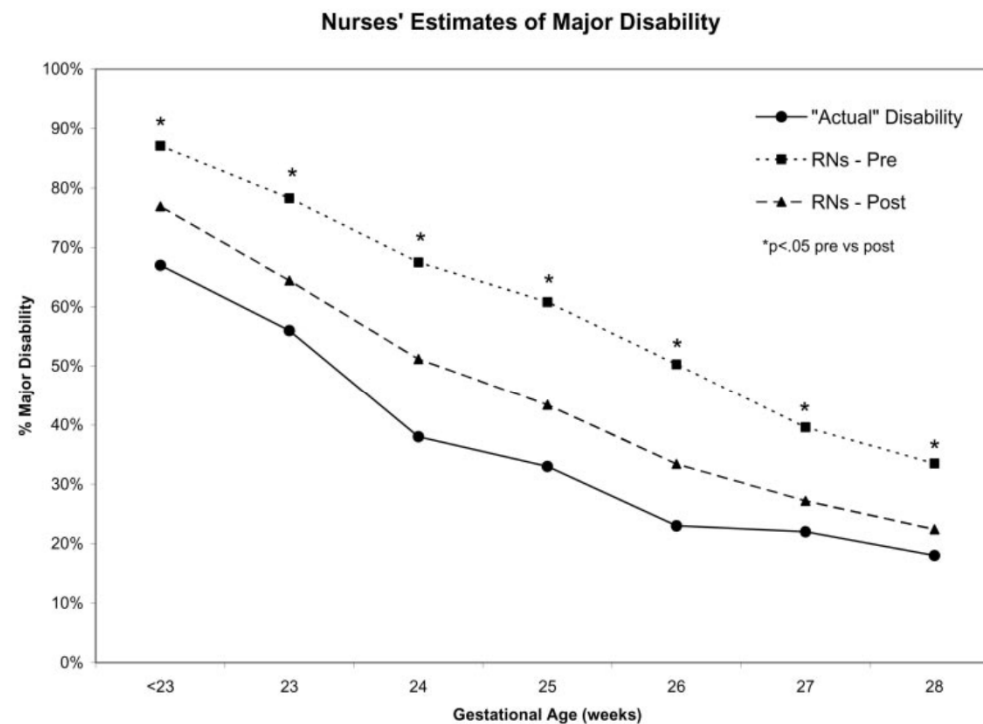
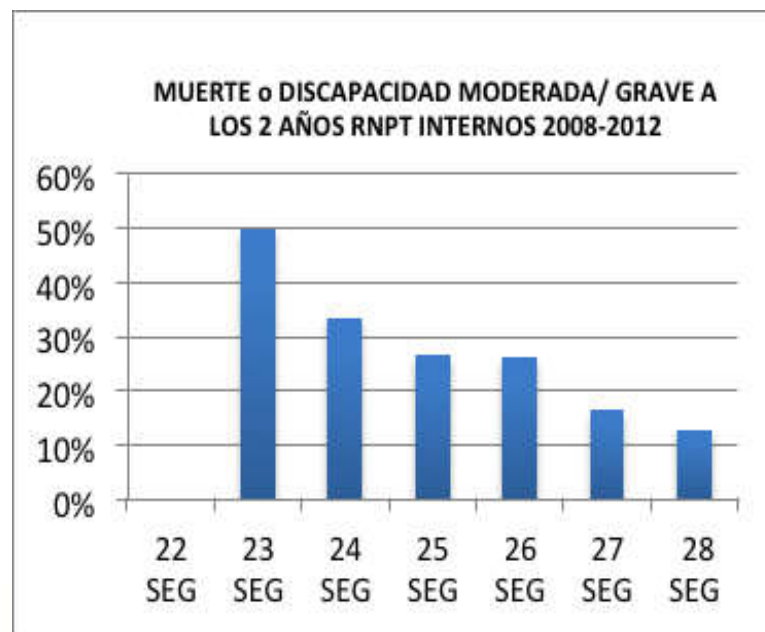
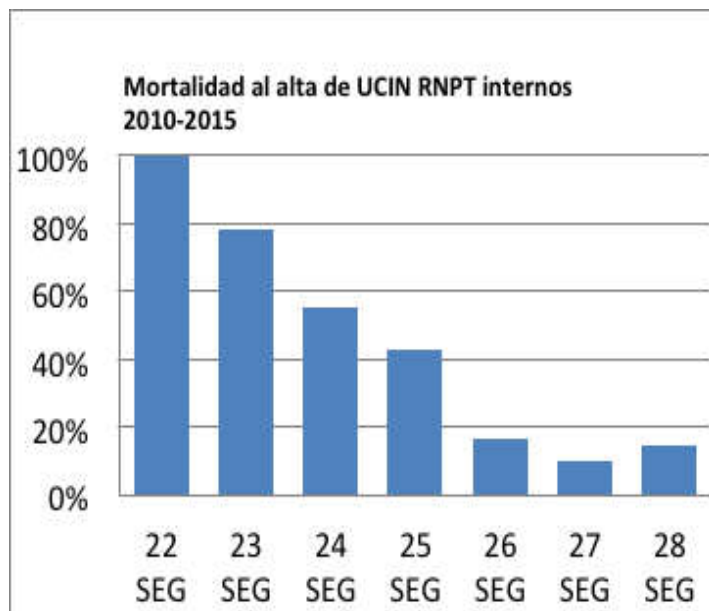


Fig 6. Nurses' (RNs) mean estimates of major disability rates before and after education and "actual" disability rates for each gestational age. For 24 to 26 weeks of gestation, $P < .01$ for preeducation versus posteducation values.



**LOS NÚMEROS DEBEN
SER PRECISOS!!**

6. Estableciendo un pronóstico a largo plazo



MG Basteiro, T Agut, R del Río



6. Estableciendo un pronóstico a largo plazo

INFORMACIÓN PARA FAMILIARES

RECIÉN NACIDOS DE EDAD GESTACIONAL 23-25 SEMANAS

SERVICIO DE NEONATOLOGÍA



Los niños que nacen entre las 23 y las 25 semanas de embarazo son los más pequeños que pueden sobrevivir .

Sala de Partos

-Tras el nacimiento el pediatra evaluará su hijo e iniciará unas maniobras de estabilización iniciales. En los niños de 23 semanas de edad gestacional puede ser adecuado no iniciar maniobras de reanimación en función de las circunstancias del nacimiento y las opiniones de la familia.

-Si el niño es muy inmaduro para sobrevivir o si no se ha iniciado reanimación, su hijo permanecerá en todo momento con ustedes y el pediatra asegurará el confort del bebé. En el caso contrario el niño será trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN) para ser ver y tocar.

Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN)

- Muchos niños no pueden sobrevivir debido a su inmadurez. La estancia en el hospital incluirá experiencias difíciles pero también buenas con una duración de ingreso de 4-5 meses en los niños que sobreviven.

-En la Unidad de Neonatología llevamos muchos años cuidando y tratando a estos niños y sus familias. El personal está preparado para apoyarles y resolver sus dudas.

La respiración Los pulmones de un niño prematuro no están adaptados para la vida fuera del útero. Inicialmente, un sistema llamado CPAP (presión positiva continua en la vía aérea) aplicado en la nariz a través de una pequeña mascarilla puede ayudar a mantener los pulmones expandidos. Los niños muy prematuros también necesitan una sustancia que se llama surfactante y que ayuda a la expansión pulmonar. El niño recibe esta sustancia

a través de un tubo de plástico que se coloca en la tráquea con anestesia. Tras la administración de surfactante muchas veces este tubo tiene que estar colocado un tiempo y la función pulmonar del niño está ayudada por un respirador. Tras los tratamientos respiratorios iniciales (CPAP, surfactante y posiblemente un respirador) la función de los pulmones en los niños muy prematuros suele ir poco a poco normalizando con el tiempo. En algunos casos, el tratamiento respiratorio se prolonga durante semanas o meses. Este problema se llama displasia broncopulmonar.

Sistema digestivo. El aparato digestivo es aún inmaduro en los niños prematuros. Algunos niños prematuros pueden desarrollar una inflamación en el intestino (enterocolitis necrotizante). Esta es una complicación frecuente pero grave y se trata con ayuno, antibióticos o eventualmente cirugía.

Anemia. La mayoría de estos niños precisan varias transfusiones durante su ingreso ya que tienen muy poco volumen de sangre circulante. Todos recibirán suplementos con hierro durante meses.

El cerebro. Los niños prematuros tienen riesgo de desarrollar un accidente cerebrovascular de ahí que durante su ingreso el cerebro se estudie en varias ocasiones mediante ecografía. El riesgo de accidente cerebrovascular es mayor durante los primeros 3-4 días tras del nacimiento o tras eventos graves. Una hemorragia cerebral en un bebé prematuro no produce necesariamente un daño cerebral, como ocurre en un adulto. Las hemorragias cerebrales pequeñas no tienen consecuencias permanentes importantes. Las hemorragias cerebrales grandes pueden hacer que el niño no pueda sobrevivir, o que el niño desarrolle un problema motor grave cuando crezca.

¿Cómo presentar los datos?

Neurodevelopmental Outcome in Extremely Preterm Infants at 2.5 Years After Active Perinatal Care in Sweden

Table 6. Outcomes of Extremely Preterm Children at 2.5 Years Corrected Age, by Gestational Age at Birth

		Gestational Age, wk					Total
		22	23	24	25	26	
Born alive	Supervivencia	51	50%	66%	80%	206	707
Survived to 1 y		5				176	497
Death after 1 y and prior to follow-up		0	1	1	1	3	6
Not eligible for recruitment ^a		0	4	9	10	7	30
Lost to follow-up		0	1	0	4	0	5
Assessed at 30 mo corrected age ^b		5	47	86	151	167	456
Had no disability		0	14	29	67	82	192
As a percentage of children seen at follow-up, (%)		(0)				(49)	(42)
[95% CI]			49%	67%	73%		[36-48]
Had mild disability		2	9	28	44	57	140
As a percentage of children seen at follow-up, (%)		(40)	(19)	(33)	(29)	(34)	(31)
[95% CI]							[25-36]
Had moderate disability		1	14	18	25	16	74
As a percentage of children seen at follow-up, (%)		(20)	(30)	(21)	(17)	(9.6)	(16)
[95% CI]							[12-21]
Had severe disability		2			15	12	50
As percentage of children seen at follow-up, (%)		(40)			(9.9)	(7.2)	(11)
[95% CI]							[7.2-15]

^aMother had protected identity (n=3), families moved abroad (n=3), preliminary identity nur

^bIncludes 41 children assessed by chart review.

(n=24).

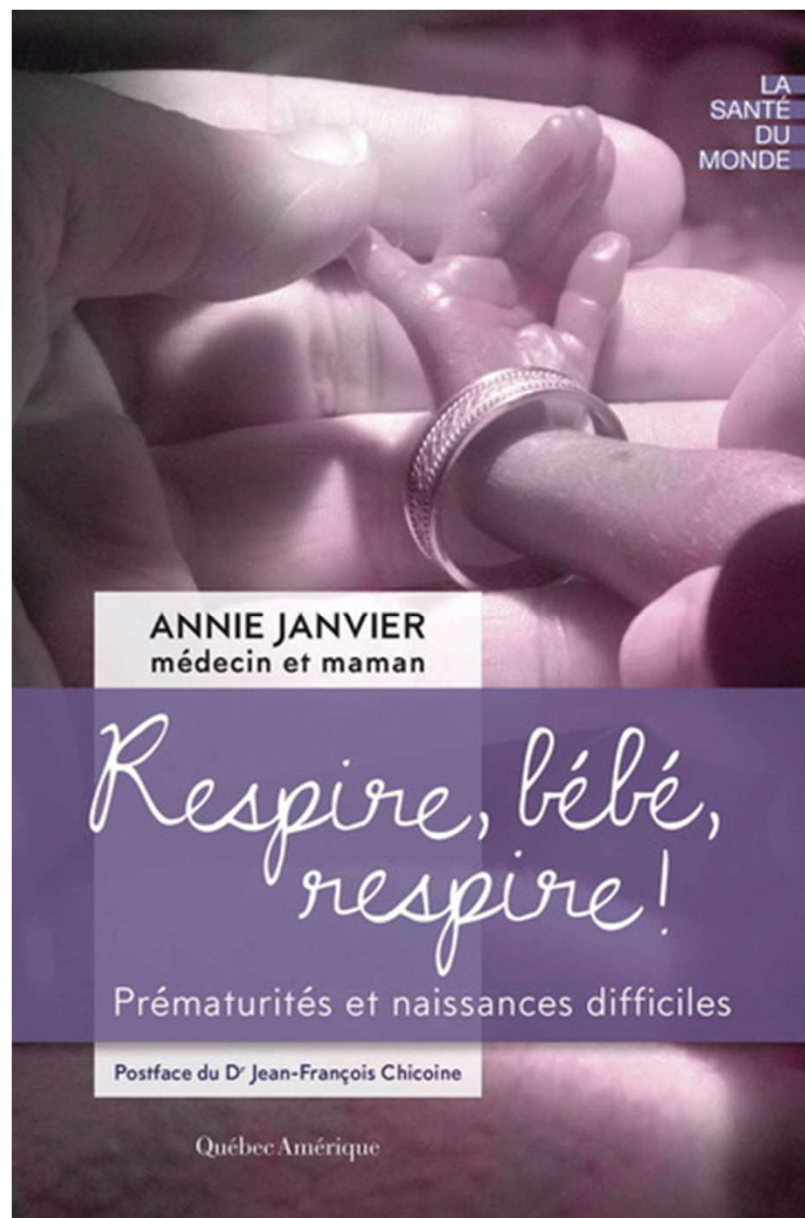
Figure 2. Mean Bayley-III Composite Cognitive, Language, and Motor Sc by Gestational Age at Birth and for the Term Control Group



ted Age for Extremely Preterm Children

Qué quieren saber las familias...

?



7. Conclusiones

- Es fundamental disponer de **datos** propios que deben ser el motor del cambio
- **Cuesta mucho** mover un punto ...
- El cambio es **posible** sea cual sea nuestro lugar de trabajo ...
- ... Si contamos con el **EQUIPO** adecuado...
- **Las FAMILIAS** como parte del cambio

“Grupo madre”



Personas que han colaborado con la comisión...





CARLOTA COLLAZOS
IRENE CASALS
SAMANTA EGEA
EUGENIA LAMONJA
NIEVES LOPEZ
MARTA CORTES
SORAYA DIEGUEZ
CRISTINA ORIOL
ANDREA SIURANA
JESSICA SANCHEZ
MARTA LOPEZ
MARTA VERA
SILVIA FERRERO
CAROLINA ESTEVE
DORI
MABEL CAMPANO
ANA MORILLO
LAURA MURIEL
MARIA MORENO
MARIONA NIN
TERESA CHIMENOS
LORENA ANTONIO
NURIA RODRIGUEZ
REMEDIOS CERVANTES
MARI CRUZ LOREN

RAQUEL VIDAL
GEMMA FORCADA
EVA M^a VEGA
ANNA SALINES
SANDRA PUIG
MIRIAM MOYA
ANNA ROPERO
ANA M^a BAÑOS
MIREYA ESCUDERO
JUDITH ESCRICHE
ESTER ROMERO
ISAB **GRACIAS!** TE
ELENA BLANCO
GEMMA TORRES
NEUS GODOY
RAQUEL ALFARO
CARLA CORRAL
YARA BENAGES
XAVIER RODRÍGUEZ
ROSA M^a SEGURA
INMA RODRIGUEZ
MARTA MAGRE
ISABEL IGLESIAS
MARIA MOLERO

ANNA MERINO
ANNA CERCOS
PATRICIA ROMERO
PATRICIA GIL
AGUEDA MARTINEZ
INMA LUQUIN
JOEL SILLA
MAR REYNÉ
ALBA GALVETE
CRISTINA CARRASCO
SILVIA HARO
JULIO MORENO
SONIA EHRENBURG
BIBIANA GAYA
MARIA TERESA CEREZO
ALBERT BATISTA
SUSANARODRIGUEZ
M^a JOSE GARIJO
MARIA MOYA
INGRID POL
JORDI PRAT
HERMANA PRISCILA
BLANCA MUÑOZ