

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 501

TÍTULO. INTERVENCIÓN FARMACOTERAPÉUTICA MULTIDISCIPLINAR CON ANTIPSICÓTICO ATÍPICO DEPOT EN PACIENTES AMBULATORIOS. EFECTIVIDAD.

Autores: GARCIA COLINAS MA, PEREZ TAUSIA D, VIÑUALES LUIS E, VARELA MARTINEZ I, PONZANO GRACIA E, AGUD CARDONA M, LLORENS PALANCA D, MARTINEZ FERRI MJ

GARCIA COLINAS MIREN ARANTZAZU . DAP ALCAÑIZ . FARMACIA ATENCION PRIMARIA (FAP)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Analizar la efectividad de una intervención farmacoterapéutica multidisciplinar (prescripción-indicación, dispensación, eficacia, seguridad, adherencia y coste) del tratamiento con antipsicóticos atípicos depot (risperidona, paliperidona y aripiprazol) en pacientes ambulatorios, causas de uso inadecuado y propuesta de acciones de mejora.

METODOLOGÍA

1. Diseño y difusión de la estrategia.
2. Grupo de trabajo: 1 FAP, 3 psiquiatras y 1 DUE. 11 reuniones.
3. Estudio descriptivo retrospectivo multicéntrico de historias clínicas de pacientes en tratamiento con antipsicóticos atípicos depot entre diciembre 2013 - abril 2016.
Obtención datos: farmacia AP, salud metal, programa informático corporativo y facturación recetas.
Variables: código identificación paciente, edad, sexo, motivo prescripción y de inicio de tratamiento, enfermedad hepática, intolerancia y/o fracaso tratamientos previos, historial y coste, y observaciones (incumplimiento, discrepancias, otros).
4. Sesiones formativas sobre adecuación de los tratamientos (FAP).
5. Acceso a psiquiatras y enfermera al programa informático corporativo AP. Comunicación a médicos y enfermeros del sector de esta acción y acceso a los informes de intervención.
6. Repositorio con informes actualizados al grupo de trabajo.
7. Intervención:
Farmacéutica: recomendaciones al psiquiatra sobre la revisión de la indicación, dispensación-adherencia, eficacia y seguridad de los pacientes.
DUE: revisión de la adherencia de los pacientes tratados en salud mental.
Psiquiatras: actualización de tratamientos y mejora de registros.
8. Análisis conjunto de observaciones, causas uso inadecuado y propuestas acciones mejora.
9. Comunicación a médicos y DUE AP de incidencias detectadas pacientes, y acciones mejora propuestas.

RESULTADOS

- Seguimiento a 113 pacientes (29 meses); 63% hombres; edad media 45 años (13-89); tratados con paliperidona 65%, risperidona 33% y aripiprazol 2%. Un 10% cambiaron de risperidona a paliperidona durante periodo estudio.
- 341 informes farmacoterapéuticos elaborados.
- 69 pacientes con incidencias (61%); media 2,3 intervenciones paciente (174), aceptadas 74% (123): Prescripción - Indicación 51 (41%), Adherencia 43 (35%), Seguridad 36 (29%), Eficacia 12 (10%) y Otras 23 (18%).
- Propuestas 7 acciones para mejorar el uso inadecuado fármacos.
- Ahorro postintervención 41.000€.

CONCLUSIONES

La intervención farmacoterapéutica multidisciplinar liderada por FAP contribuye a un uso más adecuado de estos medicamentos, una mejor selección de pacientes y ahorro económico.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 608

TÍTULO. PROYECTO PLURISECTORIAL DE MEJORA DEL CONOCIMIENTO DE LA CADENA DE CUSTODIA MEDIANTE UN DÍPTICO INFORMATIVO

Autores: AGUILON LEIVA JJ, TORRES PEREZ AM, MIR RAMOS E, MARTINEZ SORIANO M, SUBIELA GARCIA JA, SATUSTEGUI DORDA PJ

AGUILON LEIVA JUAN JOSE · H ALCAÑIZ · HOSPITALIZACION A DOMICILIO

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La Cadena de Custodia (CC) es un procedimiento documentado, caracterizado por la aplicación de normas que aseguran y protegen las muestras para análisis toxicológicos cuyos resultados tengan implicaciones legales, evitando así su posible pérdida, destrucción, suplantación, alteración o contaminación, lo que podría suponer serios problemas en la investigación de una presunta conducta punible, así como, un futuro enjuiciamiento.

Este concepto ha adquirido cierta notoriedad en los últimos tiempos, muy posiblemente motivado por la emisión de recientes sentencias absolutorias alegando infracciones de la CC y en virtud del principio in dubio pro reo.

El punto de partida del Proyecto de Mejora de la Calidad (PMC) fue un estudio realizado en todos los centros de salud y unidades del 061 de la comunidad autónoma de Aragón, durante el año 2014. El estudio de investigación contó con una tasa de respuesta del 73,3%, mostrando que el 64,8% de los profesionales encuestados desconocían qué era la CC, el 90,7% no conocían cómo se cumplimentaban los documentos y el 97,2% no habían recibido formación sobre su aplicación.

Objetivos:

1. Mejorar el grado de conocimiento de los profesionales sanitarios sobre la normativa vigente referente a la CC, analizando el impacto de la intervención en el ámbito extrahospitalario del Servicio Aragonés de Salud (SALUD).

METODOLOGÍA

El PMC fue seleccionado por el Departamento de Calidad del SALUD a mediados de Julio de 2015. Para su adecuada aplicación se utilizó un método de evaluación objetivable de la calidad que consistió en la recogida y análisis de 3 indicadores. El uso de estos indicadores permitió monitorizar, de forma continua y sistemática, la difusión del proyecto, evaluar la efectividad de la intervención y obtener una valoración acerca de su utilidad. Se diseñó un díptico informativo con la normativa referente a la CC. El documento, que fue aprobado por la Unidad de Toxicología Clínica de Aragón, se difundió a todos los coordinadores médicos y enfermeros de los centros de salud y unidades móviles de emergencias del SALUD.

RESULTADOS

La tasa de respuesta fue del 61%. Los resultados muestran como tras la intervención, el 100% de los encuestados sabían qué era, para qué servía y cuándo debían iniciar el procedimiento de CC. El 97% valoraron muy positivamente el PMC.

CONCLUSIONES

La intervención desarrollada resultó ser efectiva y sostenible. Así mismo, es transferible a otros ámbitos y circunstancias donde las actividades asistenciales tengan una repercusión legal.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 622

TÍTULO. ACCESO A LA CONSULTA ESPECIALIZADA DE ENFERMERÍA A TRAVÉS DE INTRANET: ACORTANDO DISTANCIAS

Autores: BLASCO GIL S, RECHE A, MINGUILLON MP

BLASCO GIL SILVIA . H ALCAÑIZ . CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Introducción

En el año 2008 se creó en el Hospital de Alcañiz la consulta de enfermería especializada en heridas crónicas, las cuales suponen un importante problema de salud por su impacto epidemiológico, económico y social. El principal objetivo de la misma es mantener interconectada Atención Primaria y Especializada, ofreciendo un apoyo y complemento para aquellos procesos cuya complejidad lo requiera.

La accesibilidad es uno de los principios básicos que deben regir la asistencia sanitaria. Aspecto a mejorar en una provincia con gran dispersión geográfica y que cuenta con una población muy envejecida. Será preciso gestionar de la mejor manera posible nuestros recursos para ofrecer una atención sanitaria de calidad.

Objetivo

Facilitar el acceso a los servicios de la consulta de enfermería especializada sin necesidad de desplazamientos por parte del paciente.

METODOLOGÍA

Método

Atendiendo a los fundamentos de la teleenfermería, definida por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) como “el uso de la tecnología de las telecomunicaciones en la disciplina enfermera para mejorar la atención a los pacientes”, y teniendo en cuenta nuestro arsenal tecnológico, se elaboró una aplicación web que permite subir datos e imágenes para la realización de interconsultas desde Atención Primaria. La cual es accesible para todo el departamento del SALUD desde la intranet del Sector de Alcañiz

RESULTADOS

Resultados

Desde la puesta en marcha de esta aplicación se han recibido 11 interconsultas. Nueve de ellas referentes a pacientes varones con una media de edad de 74 años. En cuanto a la etiología de las lesiones es muy variada. Un 36% corresponde a úlceras de pie diabético, un 27% a úlceras por presión y el resto se reparte entre una herida de etiología isquémica, una lesión por fricción, un hematoma subungueal y un hematoma subcutáneo. La media de kilómetros desde el lugar de origen del paciente a nuestro centro ha sido de 35,57 km, siendo 64,8 km la distancia mayor.

CONCLUSIONES

Conclusiones

Han sido pocas las interconsultas recibidas por esta vía. Entre los motivos, destacar la falta de divulgación de la misma y el uso mayoritario del soporte telefónico para las consultas a distancia. A pesar de todo ello, consideramos que dicha aplicación es una herramienta útil para el desarrollo de la práctica asistencial de enfermería a pacientes con heridas crónicas de difícil resolución. Superando un handicap en nuestra provincia, la accesibilidad a servicios especializados por parte de una población dispersa y envejecida.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 146

TÍTULO. CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD EN LA POBLACIÓN INCIDENTE EN TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO EN ARAGÓN

Autores: GRACIA GARCIA O, LOU ARNAL LM, ABAD DIEZ JM, ALVAREZ LIPE R, GARCIA MENA M, BERGASA LIBERAL B, CAMPOS GUTIERREZ B, LOPEZ ALEJALDRE I

GRACIA GARCIA OLGA . H ALCAÑIZ . NEFROLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Muchos aspectos del tratamiento renal sustitutivo (TRS) han sido estandarizados en guías de práctica clínica con la finalidad de definir indicadores de calidad cuya monitorización y medición reduzcan la morbi-mortalidad de esta población. El objetivo de nuestro estudio ha sido conocer en nuestra población en diálisis el grado de cumplimiento de los estándares de calidad definidos por el Grupo de Trabajo de Gestión de Calidad en hemodiálisis (HD) y el Plan de Calidad y Mejora Continua en diálisis peritoneal (DP) de la Sociedad Española de Nefrología (S.E.N.).

METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo que incluye 577 pacientes incidentes en TRS en Aragón entre 2009 y 2013. Se recogen variables demográficas, relacionadas con la diálisis y analíticas.

RESULTADOS

El 84% iniciaron HD y el 16% DP. La edad media fue de $63,5 \pm 15,7$ años (64,8 en HD y 58,8 en DP, $p=0.000$) y el 67% eran varones. La nefropatía diabética constituye la etiología más frecuente. El 45% de nuestros pacientes inician hemodiálisis con fístula o prótesis desarrollada con respecto al 80% recomendado y sólo el 35% alcanza a los tres meses del tratamiento la dosis de diálisis ($Kt/V > 1.3$) recomendada. El 90.5% presenta valores de hemoglobina entre 11-13 g/dl frente al 95% que marca el estándar. Un 69% obtiene valores de fósforo = 5.5 mg/dl con respecto al 75% del estándar y el 39.6% cumple el objetivo marcado para los niveles de PTHi (150-300 pg/ml) siendo el estándar $> 30\%$. En relación con los parámetros nutricionales encontramos un 38% con albúmina < 3.5 g/dl (estándar: $< 20\%$). En DP los resultados obtenidos en el área de adecuación superan los objetivos recomendados (estándar: $>90\%$ con $Kt/V > 1.7$, estudio: 99%. Estándar: $> 90\%$ con ultrafiltración total > 1000 ml/día, estudio: 93.5%). El 70% presenta niveles de hemoglobina objetivo (estándar: $> 80\%$) y el 81.7% obtiene valores recomendados de fósforo (estándar $> 80\%$). Para los niveles de PTHi se obtiene un 58% de cumplimiento (estándar $> 70\%$). El 32% inician DP con albúmina < 3.5 g/dl (estándar $< 20\%$).

CONCLUSIONES

Analizar los indicadores de calidad en nuestra población incidente en TRS, nos ha permitido conocer su situación real e identificar los puntos de actuación específicos de la asistencia sanitaria que deberían ser objeto de una revisión más intensa. El acceso vascular, la dosis de diálisis y el estado nutricional se comportan como variables predictoras de mortalidad, por tanto, constituyen las áreas de mejora más relevantes a llevar a cabo en nuestros pacientes.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 506

TÍTULO. INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA

Autores: BROSED YUSTE C, MARTINEZ FERRI MJ, AGUD CARDONA M, LLORENS PALANCA MD, GARCIA COLINAS MA

BROSED YUSTE CHABIER . H ALCAÑIZ . UNIDAD DE CALIDAD

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

1. Formar a los miembros de los equipos en la importancia de las IRAS.
2. Recordar con Talleres de Higiene de Manos, de los 5 momentos de la OMS.
3. Concienciar a los sanitarios, sobre la importancia de la protección al paciente y la protección del trabajador y el entorno.
4. Fomentar el uso adecuado de guantes entre el personal sanitario.
5. Fomentar el uso de productos de base alcohólica y el del lavado de manos a los profesionales, a los pacientes y a los acompañantes.

METODOLOGÍA

El estudio ENEAS nos dice que las IRAS representan un total de 25% de los eventos hospitalarios y que un 55% de estos son evitables.

El estudio EPINE nos muestra una prevalencia de estas infecciones en un 8.18%, es decir, 1 de cada 8 pacientes que ingresa en un Hospital adquiere una infección.

Estos datos se elevan en Unidades de Criticos hasta el 25%.

Las IRAS pueden:

1. Agravar la enfermedad.
2. Prolongar la estancia hospitalaria.
3. Causar discapacidad.
4. Aumentar la mortalidad.
5. Aumentar los costes económicos.
6. Causar un elevado coste personal y familiar.

RESULTADOS

Con medidas sencillas pero protocolizadas, podemos disminuir la prevalencia de las IRAS, en un 50%. A través de Higiene de Manos, de precauciones basadas en mecanismos de transmisión y de limpieza y desinfección de materiales. Más de la 3ª parte de las IRAS son transmitidas por el personal sanitario.

CONCLUSIONES

La higiene de manos es la medida más eficaz para reducir las IRAS.

La limpieza de manos con Productos de Base alcohólica ha demostrado ser más eficiente en la descontaminación que el lavado con agua y con jabón.

El uso de guantes no exime de la limpieza de manos con Productos de Base alcohólica. Su uso de manera inadecuada o indiscriminada no protege ni previene de la transmisión de infecciones.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 628

TÍTULO. IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES EN UN HOSPITAL COMARCAL

Autores: MARTINEZ FERRI MJ, LLORENS PALANCA MD, AGUD CARDONA M, TURON ALCAINE JM, GARCIA COLINAS MA

MARTINEZ FERRI MARIA JOSE . H ALCAÑIZ . CALIDAD

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La tasa de identificación de pacientes mediante pulsera se realiza en el hospital de Alcañiz mediante cortes semestrales en los que se analiza la totalidad de los pacientes ingresados. Desde 2011 las tasas de identificación de adultos a duras penas sobrepasan el 90% agudizándose el problema en el caso de los niños. A pesar de disponer de un procedimiento de identificación de pacientes y de acciones formativas, en el año 2015 ningún niño ni recién nacido estaba identificado en los cortes estudiados alcanzándose la tasa más baja del histórico.

Además identificamos otro problema: la identificación de pacientes alérgicos se realiza mediante la colocación de folios escritos en la cabecera de la cama y se corre el riesgo de cometer errores de seguridad cuando el paciente es trasladado. El objetivo de nuestro es incrementar la tasa de pacientes identificados correctamente mediante pulseras identificativas, en el caso de pacientes alérgicos incluye la identificación de su condición.

METODOLOGÍA

Se ha cambiado en 2016 el procedimiento de identificación de pacientes, en:

1. Adultos: pulsera identificativa que se pone al ingreso y se desecha al finalizar el mismo.
2. Niños: pulsera identificativa en pie, ajustada al mismo que no se puede retirar.
3. RN-Madre: doble pulsera identificativa, con los mismos códigos para la madre, para el niño con la pulsera en el pie y con el mismo código para la pinza umbilical. En el caso de embarazo gemelar: doble pulsera a la madre con dos códigos diferentes. Cada uno de estos códigos, pertenece a cada uno de los recién nacidos y a cada una de las pinzas umbilicales. Además con pegatinas con código, identificativas para el partograma y la Hoja de asistencia de ambos RN
4. Pacientes alérgicos: pulsera identificativa, en la que aparece: Alergias y espacio para escribir las mismas.

Se han realizado actividades formativas mostrando los resultados de las tasas desde 2011 y las repercusiones de algunos incidentes críticos.

RESULTADOS

En 2016 hacemos cortes semestrales del indicador para adultos, en los que el resultado fue de 96%.

En el caso de los niños se realizaron cortes mensuales con los siguientes resultados:

Niños: 89% identificados.

Recién nacidos: 93% identificados.

Gemelares: 100% identificados.

La identificación del paciente alérgico se está implantando, todavía no se ha medido.

CONCLUSIONES

Nuestra medida se ha mostrado efectiva hasta el momento, aunque deberá mantenerse en el tiempo. La monitorización mensual del indicador permitirá comprobarlo. Asimismo se monitorizarán las incidencias relacionadas.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 336

TÍTULO. **IMPLANTACIÓN DE ELECTROENCEFALOGRAFIA EN EL SECTOR SANITARIO ALCAÑIZ A TRAVÉS DE TELEMEDICINA**

Autores: MUÑOZ FARJAS E, SAENZ DE CABEZON A, PEREZ E, DEL BUSTO T, MOLES M, BERDUN E

MUÑOZ FARJAS ELENA . H ALCAÑIZ . NEUROLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La realización de un Electroencefalograma (EEG) de los pacientes del Sector sanitario Alcañiz se ha venido realizando tradicionalmente en el hospital de referencia, por lo que los pacientes tenían que desplazarse en torno a 100 Km. La distancia geográfica conllevaba una limitación al acceso a la misma de los pacientes ambulatorios a los que se les solicitaba la prueba con privación de sueño (alto riesgo de dormirse durante el trayecto), los pacientes ancianos (ausencia de medios de transporte) y los pacientes hospitalizados en situación crítica. Existen experiencias piloto del uso de la Telemedicina para la realización de EEG.

Objetivos: Aumentar la accesibilidad al EEG, evitando desplazamientos a los pacientes, reducir la demora de los pacientes del sector y la demanda en el Hospital de referencia.

METODOLOGÍA

Implantación de una Unidad de EEG en el Sector Sanitario Alcañiz, dependiente del Servicio de Neurofisiología del HUMS. Adquisición aparato EEG e inclusión en cartera de Servicios en el Hospital de Alcañiz. Modelado del servicio con telemedicina para acceso remoto a la aplicación y visualización de trazado EEG en tiempo real y diferido desde HUMS y posterior envío de informe. Formación de enfermería específica para la realización del EEG en el Servicio de Neurofisiología del HUMS.

RESULTADOS

Tras la adquisición del aparato, el modelado de telemedicina y la formación de enfermería, se inició la técnica en mayo de 2015. Primero se realizó en pacientes adultos y desde septiembre de 2015 (después de la adquisición del material pertinente y nueva formación de enfermería) en niños. Se han realizado 193 trazados (175 de adultos), de los cuales el 21.7% eran de pacientes hospitalizados, 16 de estos eran urgentes (antes de la implantación no se podían realizarlos con esta preferencia), con una demora media en la realización de las pruebas de 23 días. El Servicio de Neurofisiología del HUMS presenta un grado de satisfacción medio-alto con la calidad de los registros, y con el beneficio que supone para los pacientes de este Sector.

CONCLUSIONES

La Telemedicina facilita el acceso de mayor número de pacientes a las pruebas neurofisiológicas, mejorando la eficiencia de los servicios implicados. Permite dar respuesta a los pacientes críticos que en otras circunstancias no podrían acceder a los mismos. Todo ello redundará en un grado de satisfacción medio-alto en profesionales y usuarios.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 313

TÍTULO. PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE TRABAJADORES QUE MANIPULAN CITOSTÁTICOS EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCAÑIZ

Autores: PARDOS DOMINGUEZ MJ

PARDOS DOMINGUEZ MARIA JESUS . H ALCAÑIZ . PREVENCION DE RIESGOS LABORALES

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Identificar los servicios donde se manipulan citostáticos y su nivel de exposición
- Identificar a los profesionales que manipulan citostáticos y clasificarlos según su nivel de exposición
- Elaborar un plan de seguimiento específico para profesionales de alta y baja exposición.
- Hacer un seguimiento prospectivo de la incidencia de posibles efectos secundarios ligados a la exposición a estos fármacos.

METODOLOGÍA

- Se ha elaborado un registro de sector donde se registran los episodios de manipulación de citostáticos a diario. Se identifica en el registro:
 - o El profesional y la fecha
 - o La actividad realizada: si el profesional prepara o administra el citostático o retira bombas de perfusión
 - o El habitáculo donde se realiza la actividad
 - o Incidencias durante la manipulación
- Estos registros se remiten a Prevención de riesgos laborales

RESULTADOS

En el año 2015 se han registrado 6931 manipulaciones de las cuales el 8,56% se han producido en primaria. Se detecta infrarregistro en algunos centros de salud donde no se ha enviado el formulario. Los servicios donde más manipulaciones se producen son farmacia y oncología; los centros de salud grandes superan las declaraciones de las plantas del hospital. Se han encontrado 56 trabajadores manipuladores de los cuales 18 superan las 50 manipulaciones al año. En todos los manipuladores se han investigado circunstancias personales que pudieran contraindicar la manipulación. A todos se les oferta reconocimiento médico periódico con aumento de frecuencia en los casos de mayor contacto. Las incidencias registradas son pocas, sobre todo en forma de derrames pequeños al margen de las protestas de los centros de salud por la frecuencia de recogida de los residuos. Encontramos dificultades a la hora de solicitar determinadas pruebas genéticas recomendadas en los protocolos debido a que solamente se realizan en un laboratorio de referencia.

CONCLUSIONES

La introducción del registro nos ha permitido identificar los manipuladores y la frecuencia de exposición permitiéndonos iniciar un programa de seguimiento que consiste en una evaluación inicial de contraindicaciones y revisiones periódicas. El registro se va implementando poco a poco aunque la implantación todavía no es completa sobre todo en Atención Primaria donde tendremos que hacer más hincapié. La presentación de este trabajo en los centros deberá servir de estímulo para mejorarlo

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 574

TÍTULO. MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EN LA CONSULTA DE ESPIROMETRIAS

Autores: MARTIN BERTRAN C, ALTEMIR CAMPO L, NAVASADE SUS I, PULIDO SANCHEZ R E, IBAÑEZ CASTELLAR L, ALQUEZAR GONZALEZ A, BAILAC COSTA J, SUBIRADA CASASNOVAS R

MARTIN BERTRAN CAROLINA . CS BINEFAR . ATENCION PRIMARIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

SITUACION INICIAL Y OBJETIVOS

- DISMINUCION DE LAS LISTAS DE ESPERA EN LA CONSULTA DE ESPIROMETRIAS.
- MEJORA EN LA FORMACION DE PROFESIONALES SOBRE LA REALIZACION E INTERPRETACION DE ESPIROMETRIAS.
- AUMENTO DEL Nº DE PROFESIONALES QUE REALIZAN ESPIROMETRIAS.
- AUMENTO DEL Nº DE ESPIROMETRIAS REALIZADAS CADA MES.
- EVITAR LA DEMORA EN PACIENTES PENDIENTES DE DIAGNOSTICO.

METODOLOGÍA

- REALIZAR SESIONES FORMATIVAS SOBRE INTERPRETACION DE ESPIROMETRIAS.
- REALIZAR SESIONES DE FORMACION SOBRE LA REALIZACION DE ESPIROMETRIAS.
- AUMENTAR LA AGENDA DE LA CONSULTA DE LA CONSULTA DE ESPIROMETRIAS.
- PRIORIZACION DE ESPIROMETRIAS SEGUN EL MOTIVO DE DERIVACION (PRIORIZACION PENDIENTES DE DIAGNOSTICO O/ Y EPOC)

RESULTADOS

- Nº de profesionales de enf. que realizan espirometrias/ nº de profesionales de enf. totales en el centro x 100 = $6/8 \times 100 = 75\%$
- Nº total de espirometrias realizadas/ Nº de pacientes derivados x 100 = $118/140 \times 100 = 84.2\%$
- Reducción de los días de demora: 37 días de demora (con 2 consultas de espirometrias) / 146 días de demora (con 1 consulta de espirometrias) x 100 = 25.3 %. Es decir que se ha reducido la demora en un 74.7 %

CONCLUSIONES

- El seguimiento y control del paciente fumador nos colapsó , en un primer lugar, las consultas de espirometrias, siendo, por otro lado el grupo de pacientes más numeroso y entre los que se ha detectado menor adherencia a esta prueba.
- Por ello se priorizan espirometrías según el motivo de derivación, dando mayor importancia al control de paciente EPOC y Diagnóstico diferencial.
- Disminuye el Nº de incomparecencias, cuando disminuye el tiempo de demora.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 568

TÍTULO. REVISION Y ACTUALIZACION DE CALENDARIO VACUNAL EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON INMUNOSUPRESORES DE C.S. BINEFAR

Autores: ORTEGA GARRIDO MD, LAPRESTA MOROS C, NAVASA DE SUS I, GUTIERREZ J, BUISAN MJ, ALQUEZAR A, MARTIN BERTRAN C, PULIDO RE

ORTEGA GARRIDO MARIA DOLORES . CS BINEFAR . ATENCION PRIMARIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Unificar criterios de actuación en cuanto a las vacunas dosis y pautas a administrar a los pacientes en tto. con inmunosupresores.
- Identificar pacientes que pese a llevar terapias inmunosupresoras no han sido inmunizados adecuadamente
- Actualizar los calendarios vacunales de dichos pacientes

METODOLOGÍA

Se establecieron varias fases para la consecución de objetivos:

- Fase 1: elaboración de un protocolo consensuado de vacunación a paciente con tto. inmunosupresores.
- Fase 2: definición de paciente diana seleccionando los fármacos que se podían considerar de riesgo. Para ello se cuenta con especialista de Medicina Preventiva, Reumatología, Digestivo y Farmacia.
- Fase 3: Identificación de los pacientes diana a través de la base de datos de prescripciones con receta electrónica de Binéfar y de lo dispensado a pacientes externos en el H. Barbastro
- Fase 4: revisión de H.Clinicas de los pacientes diana identificados en la F. 3 para evaluar si es adecuada su selección en el proyecto, y si así fuera evaluar la necesidad de analíticay/o inmunizaciones de acuerdo al protocolo elaborado
- Fase 5: contactar con los pacientes para iniciar las actividades.

RESULTADOS

- las fases 1 y 2 se completaron satisfactoriamente dando como resultado un protocolo y un listado de fármacos que se considera inmunosupresores.
- El resultado de la fase 3 fue la detección de un total de 185 pacientes que inicialmente se beneficiarían de actividades de -inmunización
- De los 185 pacientes detectados se descartaron 21 (11,35%) por diversas razones que no los hacían candidatos a inmunización. quedaron 164 pacientes de los que 130 (79,3%) requieren realización de serología; 161 (98,2%) requieren alguna vacuna y 125 (76,2%) no habían recibido ninguna vacuna
- Actualmente se está comenzando la fase 5, sin embargo, ante los problemas de desabastecimiento de vacunas desde Salud Pública a los Centros de Salud del Sector Barbastro se están produciendo retrasos en esta fase.

CONCLUSIONES

Con las actividades del proyecto se detectaron un total de 164 pacientes a partir de los datos obtenidos de la información de farmacia. todos ellos se beneficiarán en mayor o menor medida de este proyecto, ya que en ninguno están realizadas todas las actividades incluidas en el protocolo.
Es importante la concienciación de las autoridades sanitarias de la importancia de la vacunación a grupos de riesgo.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 424

TÍTULO. EMPATTICS: EMPODERAMIENTO DE PACIENTES PARA UNA MEJOR INFORMACIÓN Y MEJORA DE LOS SISTEMAS DE COMUNICACIÓN

Autores: ANGLÉS BARBASTRO R, COLL CLAVERO J, SIERRA CALLAU M, BUERA AGRAZ J, YUSTE ARA A, CONDE BARREIRO S, GONZALEZ PELEGRIN B, LOPEZ HERNANDEZ M

ANGLES BARBASTRO ROSANA . H BARBASTRO . INNOVACION

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

EMPATTICS se centra en mejorar la auto-gestión y monitorización clínica de pacientes con enfermedades crónicas

- Empoderamiento de pacientes para una mejor información y mejora de los sistemas de comunicación.
- Promover la adherencia de los pacientes y minimizar la no-adherencia.

METODOLOGÍA

Se van a implementar soluciones TIC que ayuden a la capacitación de pacientes y mejoren la adherencia. Estas soluciones permitirán:

- Planificar intervenciones con pacientes
- Monitorizar el progreso de su estado físico y mental
- Compartir planes de cuidado entre profesionales y pacientes
- Analizar el alcance de la integración necesaria entre productos y herramientas de coordinación con la EHR

Se van a desarrollar intervenciones en múltiples niveles:

- Ayuda a los paciente a desarrollar comportamientos saludables para cambiar los comportamientos problemáticos
- Mejora de la comunicación entre pacientes y profesionales
- Conciencia y conocimiento sobre adherencia.
- Herramientas de soporte a la adherencia
- Información para el auto-cuidado

Para el desarrollo de estas soluciones, se va a realizar un procedimiento de compra pública precomercial (PCP). El desarrollo de las diferentes soluciones se realiza en fases eliminatorias en las que participan diferentes empresas.

- Fase 0. Definición de necesidades (actualmente)
- Fases PCP.
- Fase 1 (4 meses). Plan de viabilidad del proyecto (10 empresas)
- Fase 2 (9 meses). Desarrollo de prototipos (5 empresas)
- Fase 3 (8 meses). Versiones completas y pruebas con pacientes (3 empresas)
- Fase Final. Comercialización de producto/ servicio

Se han elegido diabetes, EPOC e IC como patologías concretas de trabajo.

RESULTADOS

El resultado esperado del proyecto es la implementación de soluciones TIC que ayuden a la capacitación de pacientes y mejoren la adherencia.

CONCLUSIONES

El proyecto se encuentra en su fase inicial. Tiene una duración de tres años y está previsto que finalice en Febrero de 2019

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. **428**

TÍTULO. **PROYECTO POLYCARE: CUIDADOS INTEGRADOS A DOMICILIO PARA EL PACIENTE CRÓNICO EN FASES AGUDAS CON SOPORTE DE TICS**

Autores: ANGLÉS BARBASTRO R, SIERRA CALLAU M, COLL CLAVERO J, ANERILLAS ALJAMA D, PARDO MONESMA J, ROMERO MARCO D

ANGLES BARBASTRO ROSANA . H BARBASTRO . INNOVACION

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El reto de POLYCARE es desarrollar y evaluar un modelo de cuidado integrado centrado en el paciente y con soporte en el uso de sistemas TIC y servicios avanzados que permitan la monitorización y el cuidado de pacientes crónicos en fases agudas en su domicilio.

Los dos objetivos principales del proyecto son mejorar la calidad de vida y del cuidado de estos pacientes y mejorar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios y sociales.

METODOLOGÍA

El consorcio del proyecto incluye empresas de desarrollo tecnológico y proveedores de servicios sociales y sanitarios.

Las empresas de desarrollo van a adaptar, desarrollar y a evolucionar aplicaciones existentes con la colaboración de los proveedores de servicios. Estas aplicaciones pertenecen a los campos de SAD (Sistemas de Ayuda a la Decisión), Gamificación, Tele-Monitorización de constantes vitales y wearables.

El proyecto consiste en una prueba de concepto que se llevará a cabo en tres localizaciones diferentes (Sector Sanitario de Barbastro-España, Pays Couserans-Francia y Bonn-Alemania). Las tres regiones pertenecen a modelos organizativos distintos y parten de una situación de base diferente en los ámbitos de integración de cuidados y de sistemas de información sanitarios y sociales.

El reto del proyecto es realizar la prueba de concepto del servicio en estas tres localizaciones con las tecnologías desarrolladas por las empresas tecnológicas.

RESULTADOS

Los resultados esperados son las aplicaciones desarrolladas en el marco del proyecto y la evaluación del servicio en conjunto y en cada uno de las tres localizaciones de la prueba de concepto.

CONCLUSIONES

El proyecto se encuentra en su fase inicial. Tiene una duración de tres años y finalizará en Diciembre de 2018.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 116

TÍTULO. ESTRATEGIAS PARA FACILITAR LA CONTRACEPCIÓN SEGURA EN MUJERES EN RIESO DE EXCLUSIÓN EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores: ARAGON SANZ A, SATUE SALAMERO E, MILLANES GALLINAT P, ROJAS PEREZ EZQUERRA B, FRANCO SERRANO C, MARTINEZ MEDEL J, MADUTA T, GUARDIA DODORICO L

ARAGON SANZ ANGELES . H BARBASTRO . OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

OBJETIVO. Promover la educación e información sobre anticoncepción segura a todas las mujeres del Sector.

Objetivos específicos: Facilitar la información sobre anticoncepción en el puerperio inmediato.

Espaciar el intervalo intergenésico en mujeres vulnerables.

Potenciar los métodos de larga duración (MLD) y eficaces.

Facilitar la accesibilidad a la consulta especializada.

Adecuar las medidas anticonceptivas a la madre lactante.

Disminuir el número de IVES.

Potenciar la consulta de la matrona como centro de información en anticoncepción.

METODOLOGÍA

Información sobre métodos anticonceptivos en planta a las puérperas, antes del alta hospitalaria.

Folleto escrito informativo y traducido.

Dar la cita para consulta especializada para la inserción de métodos de larga duración junto al alta hospitalaria.

Facilitar los Consentimientos informados en el hospital para facilitar la atención en consulta

Estudio de una muestra de mujeres informadas en planta. Revisión de historias clínicas.

Recogida de datos en consulta de matrona de fraga del número de IVE y nacionalidades de las embarazadas asistidas en la consulta.

RESULTADOS

Del total de mujeres informadas en planta, un 8,4% acude a consulta para la inserción de MLD

El 62,96% total de mujeres elige implante su dérmico y 37,03% DIUS.

El 51,85% de las que acuden son españolas y de estas el 64,28% eligen el implante.

El 31,48% de las que acuden son marroquíes y de ellas el 68,75% eligen implante.

El resto de nacionalidades solo acuden 4 para implantes y 5 a DIUS.

El 80% de las mujeres que solicitan IVE en el CS Fraga son extranjeras y de estas las mujeres de Europa del Este suponen el 61,83% de las demandantes de IVES.

CONCLUSIONES

La información en anticoncepción por las matronas, es básica para facilitar la toma de decisiones por la mujer.

Es necesaria una coordinación entre Primaria y especializada para facilitar la accesibilidad a las consultas de especializada para la inserción de Métodos seguros y de larga duración.

Hay que tener programas específicos de apoyo a las mujeres inmigrantes.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 156

TÍTULO. EVALUACIÓN DE LAS PACIENTES CON LESIÓN ASCUS/LSIL MEDIANTE TÉCNICAS MOLECULARES PARA DISMINUIR EL Nº DE COLPOSCOPIAS

Autores: ARAGON SANZ A, COMES GARCIA MD, ONCINS TORRES R, FRANCO SERRANO C, VALLES GALLEGO V, CALDERERO ARAGON V, GRASA CORTINA D, MADUTA T

ARAGON SANZ ANGELES . H BARBASTRO . OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

En el Sector Barbastro, la población diana para cribado de CCU es de 24.700 mujeres. La prevalencia de HPV en mayores de 30 años es del 9%. Se determina el virus HPV a las mujeres mayores de 30 años y se remiten a colposcopia las mujeres HPV positivas con lesiones ASC-US o LSIL.

Disminuir el número de consultas de los especialistas en el CCU.
Controlar con seguridad en Atención Primaria las mujeres con lesiones de bajo grado.
Disminuir los costes del Programa sin perder sensibilidad

METODOLOGÍA

La tinción dual (CINtec plus) detecta dos biomarcadores (p16 y Ki 67). Si ambos se expresan en una misma célula, indican que existe riesgo de progresión a lesión intraepitelial de alto grado y sólo estas pacientes serán remitidas a colposcopia y el resto se controlarán al año.

La utilización de la doble tinción dual en el diagnóstico de las lesiones de bajo grado para CCU es más objetiva que la valoración colposcópica y nos puede servir de ayuda para disminuir la presión en consulta de patología cervical y dar más seguridad a las mujeres que no expresan los biomarcadores de la citología.

RESULTADOS

Se han realizado 94 pruebas CINtec. La media de edad de las pacientes es 39,05 años (SD 11,21). La prevalencia de ASC-US/LSIL fue 9,6%. Del total de tinciones duales 33 (35,1%) son positivas y 60 (63,8%) son negativas, sólo un caso (1,1%) fue no valorable. Los CINtec negativos equivalen a colposcopias evitadas. Sobre las citologías a las que se le realiza el CINtec Plus, 58 son ASC-US y 36 son LSIL. 19 (32,8%) de los ASC-US son CINtec positivos y 39 (67,2%) son CINtec negativos. 14(38,9%) LSIL son positivos, 21 (58,3%) negativos y un caso (2,8%) no es valorable. De las 33 tinciones duales positivas, tenemos resultado de biopsia en 18 casos. 7 resultaron ser benignos, 9 resultaron CIN 1 y 2 casos resultaron CIN 3. En los 15 casos restantes no se realizó biopsia.

CONCLUSIONES

La tinción dual añade eficacia al triage con citología ya que más de dos tercios de los ASC-US son CINtec negativos y estos casos se pueden controlar al año con seguridad.

El método de tinción dual evita colposcopias innecesarias especialmente en las pacientes con ASC-US.

La disminución de colposcopias, evita ansiedad e incomodidad en la paciente, disminuye la presión asistencial en consultas de patología cervical y el gasto del cribado.

A pesar de ser una muestra pequeña, queda reflejada la utilidad de la tinción dual tanto en ASC-US como en LSIL.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 216

TÍTULO. CREACIÓN DE PROTOCOLOS EN EL MÓDULO DE PACIENTES EXTERNOS DEL PROGRAMA FARMATOOLS®

Autores: BUSTOS MORELL C, GOMEZ RIVAS P, GASTON AÑAÑOS JF

BUSTOS MORELL CRISTINA . H BARBASTRO . FARMACIA HOSPITALARIA (FH)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Creación y utilización de protocolos en el módulo de dispensación a pacientes externos (DPE) de la aplicación Farmatools® v. 2.5 para mejorar los procesos de prescripción y dispensación

METODOLOGÍA

Se seleccionaron aquellos medicamentos dispensados en el área de pacientes externos (PEXT) en los que la posología incluye una pauta de inicio o intensificación diferente a la pauta de mantenimiento. No se incluyeron los medicamentos utilizados en el área de onco-hematología ni los medicamentos extranjeros. Se crearon los protocolos en DPE especificando el programa, servicio y diagnóstico al que pertenecen. Dentro de cada protocolo se parametrizaron todos los apartados disponibles en cada una de las secuencias necesarias (artículo, vía, pauta, secuencia, unidades/dosis, día de inicio y duración). Finalmente se realizó una instrucción de trabajo sobre la creación y utilización de protocolos en la aplicación DPE

RESULTADOS

Han sido creados 10 protocolos que afectan a 8 medicamentos (dos de ellos orales y el resto de administración subcutánea), con una media de 2.3 líneas en cada protocolo. La distribución por servicios fue la siguiente: dermatología (secukinumab inicio para Artritis Psoriasica (AP) y Psoriasis (PS), etanercept intensificación, adalimumab inicio PS y ustekinumab), digestivo (adalimumab inicio para Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (CU) y golimumab para CU), reumatología (certolizumab inicio, secukinumab (AP) y Espondilitis Anquilosante), neurología (dímetilfumarato) y finalmente neumología (pirfenidona)

CONCLUSIONES

La atención y dispensación de medicamentos en PEXT es un área en constante expansión tanto en número de pacientes como en número de medicamentos. La disponibilidad de herramientas que faciliten los mecanismos de dispensación minimizando los errores aumenta la calidad del proceso. Además, la creación de protocolos para las pautas de inicio e intensificación mejora la información aportada al paciente en la hoja de dispensación, al aparecer claramente las posologías a seguir en las pautas de inicio.

En cuanto a la creación de protocolos para la dispensación de medicamentos en el área de onco-hematología aún no hemos logrado una solución satisfactoria con las opciones que ofrece el programa.

En este momento, la utilización de los protocolos en DPE durante la dispensación está en implantación en nuestro centro, por lo que será necesario un análisis posterior para evaluar su aceptación y utilización

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 470

TÍTULO. PLAN DE MEJORA DE CALIDAD PARA DISMINUIR LAS COMPLICACIONES EN CESÁREAS EN HOSPITAL DE BARBASTRO. EVOLUCIÓN EN 10 AÑOS

Autores: FRANCO SERRANO C, ARAGON SANZ MA, NIGUES TOMAS FJ, ROJAS EZQUERRA BM, GUARDIA DODORICO L, MARTINEZ MEDEL J, MADUTA T, GONZALEZ PEÑA C

FRANCO SERRANO CARLOS. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Mejorar la atención a la mujer embarazada
Disminuir la tasa de cesáreas, sus complicaciones y la EM
Determinar las indicaciones de cesáreas y su idoneidad
Diagnóstico de complicaciones más frecuentes y establecer medidas profilácticas

METODOLOGÍA

Revisar todas las cesáreas realizadas en el Servicio desde el año 2005
Análisis de variables: tasa de cesáreas, indicaciones, adecuación a criterios de idoneidad, complicaciones y EM
Exponer los resultados en sesiones del Servicio

RESULTADOS

La tasa de cesáreas en el año 2015 en el Hospital de Barbastro fue del 18.35%, menor que la del 2005 (19,47%)
El 77.97% de éstas fueron urgentes, mientras que el 22.03% restante se realizaron de forma programada
El 95.76% se realizaron con anestesia loco-regional y en el 100% se administró profilaxis antibiótica. En el año 2005 se administró antibiótico al 65.3%
La tasa de complicaciones fue del 12.71%, lo que supuso un gran descenso respecto al 2005 (33.3%). Siendo la complicación más frecuente en 2015 la anemia grave que requirió transfusión sanguínea. En 2005 era la infección de la herida quirúrgica
Las complicaciones de la herida fueron del 4.23% (frente al 7.14% del 2014). La endometritis persiste como 3ª causa de complicación (2.54%)
No se dio ningún caso de atonía uterina, ni de histerectomía posparto
En cuanto a la idoneidad de las cesáreas urgentes, se observa que el 88.04% sí cumplen criterios de idoneidad, frente al 11.95% que no
La primera causa de cesárea urgente ha sido el parto estacionado (30.43%), seguida de la presentación anómala (19.56%), la sospecha de DPF (14.13%) y el RPBF (13.04%)
Las causas más frecuentes de cesárea programada han sido: la presentación podálica (50%) y pacientes con 2 cesáreas anteriores (31.61%)
En cuanto a la EM de las cesáreas se ha reducido hasta 3.99 días. Con una diferencia de 3.31 días en relación al 2005.
El impacto económico en un solo año en estancias evitadas supone un ahorro de 117.174€, contando ~ 300€ por día

CONCLUSIONES

Se elaboraron vías clínicas de actuación que facilitan los cuidados pre y postoperatorios que contribuyeron a dar altas más precoces. Se actualizó el protocolo de cesárea, unificando la técnica quirúrgica. También se elaboró un protocolo de actuación de la atonía uterina, con una conducta más activa en pacientes de riesgo.
Todas estas actividades y la evaluación continua de la actividad asistencial ha permitido: Disminuir la tasa de cesáreas progresivamente. Disminuir la tasa de complicaciones, conocer las más frecuentes y proponer acciones de mejora.
Disminuir la EM hospitalaria.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 434

TÍTULO. PLAN DE MEJORA DE CALIDAD DEL CRIBADO DE CÁNCER DE CÉRVIX UTERINO EN EL SECTOR DE BARBASTRO. RESULTADOS TRAS 10 AÑOS

Autores: MARTINEZ MEDEL J, ARAGON MA, CABISTANY AC, FRANCO C, VALLES V, CLEMENTE E, GUARDIA L, ROJAS B

MARTINEZ MEDEL JORGE . H BARBASTRO . OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Incrementar detección de lesiones CIN 2 o superiores (CIN+2), disminuir tasa mortalidad por cáncer de cérvix. Otros: potenciar cribado por matronas de Atención Primaria (AP), valorar sensibilidad del test HPV, control calidad del cribado, circuitos de derivación entre niveles asistenciales.

METODOLOGÍA

Plan integral de Mejora de Calidad entre AP y Especializada, que incluyó: Reuniones periódicas, formación para profesionales, información a la población, actualización de protocolos, coordinación entre niveles asistenciales y creación circuitos de derivación.

Matronas y médicos de familia promovieron activamente cribado. En 2015 "Salud Informa" contactó con pacientes sin cribado adecuado.

Control de calidad del Servicio de Anatomía Patológica: Monitorización de lesiones, revisión de discrepancias cito-viro-histológicas, adecuación de criterios y terminología, informe unificado.

En 2011 se incorporó el test de HPV como cribado primario junto a la citología (cotest) en mayores de 30 años.

La recogida de muestras fue realizada mayoritariamente por matronas de AP. Valoración citológica y determinación de HPV fueron realizadas en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital (normativa ISO 15189), mediante el test Cobas 4800®. Pacientes con citología CIN+2 y/o test HPV positivo se remitieron a consulta de Ginecología del Hospital.

RESULTADOS

Cobertura poblacional aumentó 33,1% en 10 años (70,5% en 2015).

En 2011-2015 (cotest), se diagnosticaron 239 CIN2+. En el 14,47% hubo discordancia HPV-Citología (falsos negativos de citología). Sensibilidad de la citología fue 77,9% y la del test VPH 98,7%.

Durante los 10 años aumentó el número de diagnósticos de CIN2/3 (9 en 2005, 46 en 2015): Hasta 2010 debido al aumento de cobertura. Desde 2011 por mayor cobertura y mayor sensibilidad del test.

Se realizaron 19.196 citologías menos (los especialistas 25.204 menos). El ahorro de las 25.204 consultas (74,7 euros/consulta) evitadas supuso 1.882.738,8€. Hubo 6.182 visitas más de matronas (coste 169.386,8€). Los 17.275 test de VPH costaron 362.775€. El ahorro estimado en 10 años supuso 1.566.723€.

CONCLUSIONES

El Plan de Mejora ha logrado un cribado con cobertura del 70,5%, eficiente y efectivo. Sería deseable una mayor cobertura. El test del HPV ha permitido optimizar el cribado. Son necesarios 4.915 tests HPV para cribar cada 5 años al 100% de la población mayor de 30 años, de los que el 9% serán positivos (442 pacientes). Las matronas de AP realizan el 80% del cribado, con buena aceptación por las usuarias.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 103

TÍTULO. PRIMER AÑO DE DIAGNÓSTICO PRENATAL NO INVASIVO EN EL SECTOR BARBASTRO

Autores: ROJAS PEREZ EZQUERRA B, FRANCO SERRANO C, GUARDIA DODORICO L, MADUTA T, LALANA GARCES M, TAPIA LANUZA A, ANIA LAHUERTA A, ARAGON SANZ MA

ROJAS PEREZ EZQUERRA BEATRIZ . H BARBASTRO . OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

En la actualidad, los tests de Diagnóstico Prenatal No Invasivo (NIPT) son la prueba de cribado más eficaz para el diagnóstico de síndrome de Down, con una sensibilidad del 99% y avalado por múltiples estudios.

En el año 2015 comenzamos a realizar el NIPT en nuestro hospital. A lo largo de 2016 vamos a ampliar las indicaciones para su realización, con lo que esperamos reducir más las pruebas invasivas.

METODOLOGÍA

En 2015 se comenzó a sustituir las amniocentesis por el NIPT en pacientes con riesgo alto de síndrome de Down.

En 2016 ampliamos a pacientes con riesgo intermedio en el cribado combinado de primer trimestre, definidas como riesgo 1/301-1/1000, con lo que se harevisado el anterior protocolo de cromosomopatías y se espera mejorar la tasa de detección.

RESULTADOS

En 2015 han disminuido el número de amniocentesis de forma drástica hasta un 45% con respecto al año 2014, de manera que sólo un 2.4% de nuestros partos han sido sometidos a esta prueba invasiva.

Desde la introducción del screening bioquímico de primer trimestre de forma universal y la erradicación de los criterios "ansiedad" y "edad materna" para indicación de amniocentesis, el número de amniocentesis fue disminuyendo progresivamente. Puesto que la indicación más frecuente de amniocentesis es el cribado bioquímico (+), la introducción del

NIPT como estrategia para disminuir la tasa de FP de éste, ha ayudado a acercar la amniocentesis a convertirse en una prueba de casi diagnóstico, y no de screening como se usaba en los tiempos de las 200 amnios al año.

En conjunto, un 88.23% se diagnosticaron gracias al screening de primer trimestre (bioquímico+ TN). Este porcentaje va subiendo con los años, ya que desaparece la EM como indicación, lo que suponía una de las indicaciones de amnio y diagnóstico de trisomía 21 en los primeros años que evaluamos, y se trataba de pacientes que no se sometían a ningún cribado.

CONCLUSIONES

El NIPT es el futuro presente del cribado de cromosomopatías y debe ir instalándose progresivamente en todo el territorio nacional hasta convertir las pruebas invasivas en pruebas de diagnóstico no de cribado como era hasta ahora.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 421

TÍTULO. ENTORNOS COLABORATIVOS EN SALUD MENTAL CON APOYO TIC. PROYECTO MASTERMIND

Autores: SIERRA CALLAU M, ANGLÉS BARBASTRO R, COLL CLAVERO J, ROMERO MARCO D, KAWAMURA MURILLO E, GARUZ LABARTA S, PASCUAL FRANCO M, BERNUES SANZ G

SIERRA CALLAU MODESTO . H BARBASTRO . INNOVACION

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

MasterMind es un proyecto del 7PM CIP-ICT-PSP (GA 621000) orientado a preparar despliegues a gran escala de servicios mediante programas de telesalud para la gestión de problemas mentales.

Los objetivos específicos del piloto son:

- Mejorar calidad del cuidado de los pacientes de la Unidad de Salud Mental (USM)
- Reducir número de interconsultas y de derivaciones de los Centros de Salud (CS) a las USMs
- Reducir número de consultas presenciales en las USMs
- Fortalecer capacidades de los equipos de AP en el tratamiento de trastornos mentales
- Mejorar equidad en el acceso a los servicios de los pacientes.

METODOLOGÍA

La utilización de videoconferencia para la comunicación entre equipos de AP y de AE facilita la transferencia de conocimiento entre profesionales. Un modelo adecuado apoyado en herramientas TIC adicionales puede tener un efecto positivo en la frecuentación y en la calidad del cuidado al paciente.

Se han diseñado e implementado además tres módulos de software de apoyo para estos entornos colaborativos: un formulario de interconsulta específico para salud mental, generación de listados y registro de información durante las sesiones.

El piloto se denomina "Cuidado colaborativo apoyado en video-conferencia para pacientes con depresión tratados en AP" y se está desarrollando entre el CS de Lafortunada y la USM del Sector Sanitario de Barbastro. Incluye videoconferencias entre equipos de AP y profesionales de las USM para orientar al equipo de AP sobre depresión, validar el diagnóstico, planificar el tratamiento y monitorizar la evolución de los pacientes tanto durante como después del tratamiento.

Los pacientes se seleccionan de un listado generado de forma electrónica a partir de: interconsultas referidas a la USM desde el CS y consultas presenciales previstas en la USM que corresponden a pacientes del CS.

RESULTADOS

Con la prudencia que requiere tanto el periodo de tiempo y la reducida casuística del piloto, se observa:

- Cambio de frecuentación en USM de programada a objetiva. Durante las sesiones, se ajustan las próximas citas de los pacientes. El ajuste normalmente implica un aplazamiento de la siguiente cita
- Reducción del número de derivaciones del CS a la USM
- Satisfacción general de los profesionales tanto de la USM como del CS. Ambos valoran la mejora en la calidad de la atención y el impacto en la frecuentación

CONCLUSIONES

El piloto se encuentra en su fase intermedia. Al final del piloto (previsto para diciembre de 2016) se realizará el estudio de la gestión del cambio para poder hacer el despliegue a otras áreas.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 541

TÍTULO. PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA DEL INSTRUMENTAL DE CURAS Y CIRUGÍA, CENTRO DE SALUD CALATAYUD NORTE

Autores: PIQUERAS LORIENTE S, DELGADO GUAJARDO MC, SISAMON MOLINERO MP, BEN CHEIKH EL AAYUNI W

PIQUERAS LORIENTE SUSANA · DAP CALATAYUD · UNIDAD DE CALIDAD

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La ausencia de procedimiento sobre el proceso de limpieza del instrumental, utilizado en curas y cirugía menor en las consultas y urgencias, previo al proceso de desinfección e esterilización, hace que los diversos profesionales (TCAE, enfermeros, médicos...) que de forma cotidiana realizan este procedimiento, lo hagan de manera arbitraria, solo el 10% de los profesionales disponen de cepillos, el 50% utilizan un jabón inadecuado y el 50% utilizan una técnica de limpieza incorrecta.

Nuestro objetivo es elaborar e implementar el procedimiento de limpieza del instrumentas de curas y cirugía menor en el centro de Salud Calatayud Norte.

METODOLOGÍA

1. Realizar una revisión bibliográfica sobre el procedimiento de limpieza del instrumental utilizados en Atención primaria.
2. Elaboración de un procedimiento adaptada a nuestro centro de salud.
3. Dotar las consultas de materiales necesarios (cepillos, bateas) así como del suministro de jabones y productos desinfectantes y bactericidas adecuados.
4. Difusión del procedimiento a todos los profesionales implicados en el proceso.

RESULTADOS

Se realiza una revisión bibliográfica sobre el tema y se detecta la ausencia de guías en los centros de salud y en el hospital de nuestro sector.

Se elabora un procedimiento de limpieza de instrumentos y se difunde en una sesión clínica a todos los profesionales implicados. En esta sesión se entrega a cada profesional cepillo de cerdas y detergente enzimático con un algoritmo de la técnica de limpieza. A los profesionales que no han podido asistir se les entrego el material y el procedimiento en sus consultas.

CONCLUSIONES

La limpieza es el paso previo e imprescindible en todo proceso de desinfección y esterilización, de manera que si el instrumental no está perfectamente limpio, ni la desinfección ni la esterilización serán eficaces. La existencia de procedimiento homogeneizado a nivel del sector en atención primaria ayudará a garantizar la correcta limpieza de los instrumentos y minimizar los riesgos.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 462

TÍTULO. EVOLUCIÓN DEL PESO EN PACIENTES ATENDIDOS EN UNA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGÍA

Autores: LOSFABLOS CALLAU F, SANZ FOIX P, DE CASTRO HERNANDEZ PM, TORNOS P, TRINCADO AZNAR P

LOSFABLOS CALLAU FRANCISCO · HERNEST LLUCH · ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El exceso de peso es un problema frecuente en los pacientes atendidos en una consulta de Endocrinología generalista como la de un Hospital Comarcal. Pretendemos evaluar la prevalencia de este problema y la evolución del peso a lo largo del tiempo y, en particular, en los últimos 5 años en que estamos haciendo un especial esfuerzo en el diagnóstico del problema (objetivo de calidad de nuestra unidad).

METODOLOGÍA

Estudio observacional, transversal y retrospectivo realizado con 200 pacientes sucesivos atendidos en la única consulta de Endocrinología del Hospital Comarcal de Calatayud a partir del primer día hábil de abril de 2016. Se valora el peso e IMC actual y los pesos registrados previos en períodos de 5 años hacia atrás. Se incluyen los pacientes con un seguimiento de al menos 5 años y con registro del peso y talla. Se excluyen los pacientes sometidos a cirugía bariátrica y los que tengan patología tiroidea grave (TSH > 30 mU/l o T4 libre > 2,5 ng/dl en los últimos 5 años). Los resultados se presentan mediante medidas de estadística descriptiva.

RESULTADOS

73% son mujeres, edad 61,66 años. Diagnóstico principal: 34% hipotiroidismo, 33,5% DM2, 10,5% hipertiroidismo, 8% bocio nodular, 5,5% DM1, 2,5% obesidad, 6% otros. Como diagnóstico secundario destaca: 7% hipotiroidismo y 6% obesidad. 41% son obesos, 39% tienen sobrepeso y 19,5% normopeso y 0,5% bajo peso. El peso en la primera visita era de 75,27 kg (IMC 29,9 kg/m²) y 75,20 kg en los 125 pacientes con al menos 10 años de seguimiento, a los 5 años 76,48 kg (77,71 kg en los de 10 ó más años), a los 10 años 77,86 kg (n=93), a los 15 años 77,01 kg (n=62), a los 20 años 79,45 kg (n=59), a los 25 años 81,97 kg (n=38) y a los 30 años 85,94 kg (n=23). El IMC en la última visita era 30,67 kg/m². En los últimos 5 años el peso pasa de 77,44 kg a 77,51 kg (IMC de 30,64 a 30,67 kg/m²). 46% de obesos y 43% de sobrepesos pierden al menos 2 kg de peso en estos 5 años. 34% de obesos y 29% de sobrepesos aumentan al menos 2 kg de peso en este período. El 66,5% se autodefinen como sedentarios, el 29,5% como activos moderados y sólo el 4% como muy activos.

CONCLUSIONES

Un porcentaje importante de pacientes atendidos en una consulta generalista de Endocrinología tienen exceso de peso. El peso tiende a aumentar a lo largo de los años. La mayoría de nuestros pacientes son sedentarios. Afrontar el problema del peso consigue al menos minimizar la inercia de ganar peso y que más de 2/3 de los pacientes con exceso de peso mantengan o pierdan peso.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 228

TÍTULO. MEJORA DE CONOCIMIENTOS Y EDUCACIÓN SANITARIA A LOS PACIENTES CON ANTICOAGULACIÓN ORAL EN EL C.S. DE BERDÚN

Autores: GIMENEZ BARATECH AC, ARNAL BARRIO A, ASCASO CASTAN L, BOSQUE OROS A, VITORIA GOMEZ MA, GARCES ROMEO T

GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN . CS BERDUN . ATENCION PRIMARIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Cada día vemos un mayor nº de pacientes anticoagulados con Sintrom y con los nuevos anticoagulantes orales (NACOs). Por esto nos planteamos la necesidad de profundizar en los diferentes aspectos de estos tratamientos.

Nos propusimos:

- valorar el grado de conocimiento de estos pacientes, sobre la toma, efectos secundarios, interacciones, prevención de hemorragias...
- actualizar los conocimientos de los sanitarios
- conocer las patologías asociadas y la toma concomitante de otros fármacos en cada paciente
- valorar la creación del episodio de anticoagulado en OMI para usuarios de NACOs

METODOLOGÍA

Para conocer el estado actual de los pacientes anticoagulados realizamos:

1. Listado completo de pacientes anticoagulados
2. Ficha de recogida de datos
3. Pilotaje muestral de la ficha
4. Complimentación de la ficha personalizada, extrayendo los datos de OMI y de la entrevista con el paciente.
5. Evaluación.

Para actualizar los conocimientos de los sanitarios:

1. Revisión de guías clínicas
2. Sesiones clínicas

RESULTADOS

Durante el estudio en 2015, tuvimos 42 pacientes anticoagulados, 26 con Sintrom (62%) y 16 con NACOs ((38%), con una mayoría de varones del 71% y una proporción de mayores de 65 años del 70%.

Del análisis de los resultados hallamos:

- I.R.C. en 4 pacientes con NACOs, que supuso ajuste de dosis.
- Interacciones medicamentosas potencialmente peligrosas en 15 casos con Sintrom y 5 con NACOs
- Los pacientes con Sintrom tenían registrado en OMI educación sanitaria en el 100%, en los que tomaban NACOs, solo constaba en un 18%.
- La valoración y registro en OMI del riesgo de ACV y de sangrado en los anticoagulados con Sintrom (15%) y con NACOs (62,5%)
- Cambio de Sintrom a NACOs en 5 pacientes por las siguientes causas:
control de INR fuera de rango en más del 60% de los controles : 4%
dificultad de acudir a los controles de INR: 1 caso

CONCLUSIONES

- El aumento de pacientes anticoagulados hace imprescindible la actualización de conocimientos en pacientes y sanitarios.
- El inicio, ajuste y control de la anticoagulación se puede llevar a cabo desde AP.
- La educación sanitaria de los pacientes con NACOs se facilita creando el episodio B83 en OMI "Deficiencia de coagulación", en planes personales que siempre consta en los que toman Sintrom.
- La revisión periódica de los pacientes anticoagulados, nos ha llevado a detectar interacciones medicamentosas, mal control de INR, así como casos de IRC que ha llevado a ajuste de dosis en pacientes con NACOs

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 343

TÍTULO. IMPLEMENTACIÓN DE UN FORMULARIO DE RECOGIDA DE DATOS PARA LA REALIZACIÓN DE LA SEDACIÓN TERMINAL.

Autores: BESCOS OROS MDM, ZAMORA MOLINER AC

BESCOS OROS MARIA DEL MAR . ESAD HUESCA . ESAD

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Crear un formulario de recogida de datos que proporcionen la información necesaria para realizar una Sedación Paliativa (SP) sin que queden datos que deben ser conocidos en la Historia Clínica (HC) tanto por su interés clínico como ético y legal.
- Adjuntar este formulario a la HC, y que pueda ser consultado, revisado y justificado el acto médico.
- Conseguir que dicho formulario sea sencillo de cumplimentar y que no suponga un incremento del tiempo dedicado a la recogida de información.
- Utilizarlo durante 30 meses.

METODOLOGÍA

- Realizar un formulario
- Realizar estudio prospectivo descriptivo de las SP llevadas a cabo por el Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) de Huesca desde Octubre de 2012 a marzo de 2015 utilizando dicho formulario.
- Datos a registrar: Edad, Sexo, Diagnóstico, Pronóstico, Síntoma Refractario, con qué profesional se Consensúa, Fármacos previos que puedan deprimir el Sistema Nervioso Central (SNC), Tipo de SP, Consentimiento, Momento en el que se realiza, Fármacos utilizados, Vía de administración, Evaluación de la Intensidad de la SP y Días en que permanece sedado.
- Análisis estadístico con el paquete Excel 2007

RESULTADOS

Se realizaron 59 SP, el 11,8% de pacientes atendidos por el ESAD.
La edad media: 78,96 años, con edades entre 45 y 100 años, 59 % varones.
Diagnósticos: Neoplasias: 71,2% .
Consenso con el médico de familia:57,6% especialista: 13,5% y enfermería:27,11%.
Consentimiento Informado por parte del enfermo: 64%.
Tratamiento Previo con fármacos depresores del SNC: 64,4%
Grado de SP : 66% Superficial.
Duración: 44% fallecen en las primeras 24 h. y 45% entre el segundo y tercer día.
Fármaco utilizado: Midazolam a dosis variable según paciente.
Morfina y Haloperidol como coadyuvantes.

CONCLUSIONES

- El formulario sirve para seguir el protocolo de SP, sin dejar de incluir datos fundamentales en la HC, como se observa frecuentemente.
- La SP por ESAD presenta porcentaje bajo.
- Las dosis de fármacos van ligadas a características del enfermo y a fármacos sedantes que tomaba previamente.
- El tipo de sedación demandada ha sido, en gran parte, superficial.
- El momento de la realización ha sido, mayoritario, en la agonía.
- El consentimiento con el enfermo es mayoritario respetando su derecho de autonomía.
- El 90% fallecen a lo largo de los tres días siguientes.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 585

TÍTULO. **CONTRIBUCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CENTRADA EN LA CALIDAD Y SEGURIDAD**

Autores: BER NIETO Y, OLIVAN L, LAMBAN A, DOMINGUEZ M, RIVAS O, MONTORO M

BER NIETO YOLANDA . H SAN JORGE . DIGESTIVO

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Analizar la contribución del staff de enfermería de la Unidad Monográfica de EII implantada en el HSJ de Huesca (UMEII-HSJ) desde su aparición en noviembre de 2015.

METODOLOGÍA

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) conduce al desarrollo de complicaciones que repercuten gravemente en la calidad de vida de los pacientes a la vez que gravan los costes sanitarios. Incorporar personal de enfermería especializado en este ámbito constituye una valiosa ayuda tanto en el seguimiento clínico de los pacientes como en la prevención de riesgos evitables.

Todos los pacientes atendidos en la UMEII-HSJ han sido derivados a la consulta de enfermería con el objeto de 1) Facilitar páginas informativas acerca de la naturaleza de su enfermedad; 2) Proporcionar un correo electrónico y un teléfono de contacto para facilitar consultas telemáticas de acceso rápido, así como una página web (www.educainflamatoria.com) con contenidos fiables y avalados por Sociedades Científicas y 3) Verificar mediante un «check list» el estado inmunitario del paciente, a fin de mejorar la seguridad en un previsible escenario de inmunosupresión.

RESULTADOS

La UMEII-HSJ atiende aproximadamente a 300 pacientes diagnosticados de EII. En el período comprendido entre nov-2015 y abril-2016, el staff de enfermería ha recibido 83 consultas telemáticas (71% vía mail vs 29% telefónicas). Solo un 5% de las consultas requirieron adelantar la cita programada con el facultativo especialista. Un 2.5% propiciaron un ingreso hospitalario sin necesidad de acudir a Urgencias. El 92.5% restante se resolvieron gracias a la intervención del staff de enfermería con el asesoramiento facultativo cuando fue preciso. En este intervalo se han realizado 309 visitas por parte de personal de enfermería, proporcionando material informativo, revisando el protocolo de vacunación y el estado de tuberculosis latente

CONCLUSIONES

La incorporación de staff de enfermería entrenado ha supuesto una mejora tangible en la accesibilidad del paciente con EII, ahorro de consultas facultativas, posibilidad de gestionar ingresos directos, obtener información fiable sobre el estado de inmunización y mejorar globalmente la calidad sentida por el paciente, así como la prevención de riesgos.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. **591**

TÍTULO. **ADECUACIÓN DE LISTAS DE ESPERA EN CONSULTA ESPECIALIZADA CON PRIORIZACIÓN MEDIANTE GESTIÓN DIRECTA DE LAS AGENDAS**

Autores: BER NIETO Y, BERNAL V, ARGUEDAS Y, DOMINGUEZ M, CORTES L, SOLANO M, MONTORO M

BER NIETO YOLANDA . H SAN JORGE . DIGESTIVO

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Evaluar la lista de espera a fecha de 30 Abril de 2016 en las consultas externas de Digestivo del Hospital San Jorge de Huesca tras 3 meses del nuevo sistema de adecuación de la lista de espera mediante una gestión directa de las agendas.

METODOLOGÍA

Una lista de espera inadecuada genera una peor atención al paciente y un deterioro en la calidad asistencial. Con el propósito de mejorar dicha atención se implantó un nuevo sistema de citación con gestión directa de nuestras agendas. Se eliminó la posibilidad de citación directa desde atención primaria y todos los volantes de derivación (VD) se evaluaron semanalmente. Con la información recogida en el VD y la disponible en las bases de datos del hospital se decidía si: a) enviar un informe con recomendaciones basadas en guías de práctica clínica a seguir por el médico de atención primaria, sin necesidad de evaluación presencial del enfermo, o b) si el enfermo precisa cita presencial preferente (visita < 15 días) o normal (< 30 días).

RESULTADOS

Desde Febrero a Abril de 2016 se han recibido un total de 354 volantes de derivación un 33% de carácter preferente. Tras la revisión del directa se clasificó como preferente un 13,5% de los volantes. El 43% de los VD se resolvieron de forma no presencial con el correspondiente informe de recomendaciones, el resto fueron atendidos en nuestras consultas priorizando la fecha de citación. La demora en una primera visita en nuestras consultas a fecha de Febrero de 2016 era superior a 60 días, con este sistema de priorización hemos conseguido reducir la demora a 16.6 días.

CONCLUSIONES

La gestión directa ha permitido una adecuación rápida y eficaz de la lista de espera con priorización de las patologías preferentes.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 367

TÍTULO. **PATIENT BLOOD MANAGEMENT: CHANGE OF BLOOD REDUCTION OF BLOOD WASTING AND ECONOMICAL SAVING**

Autores: GARCIA ERCE JA, USON C, CEBOLLERO M, HOSPITAL ARA MP, MENENDEZ JANDULA B, BORREL RONCALES M, ZAZO ME, MUÑOZ M

GARCIA ERCE JOSE ANTONIO . H SAN JORGE . HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Introduction. Historically, up to one-half of hospital red blood cell transfusions (RBCT) were attributed to surgical departments (mostly orthopaedic, cardiac and general surgeries). However, the combination of increasing RBCT costs and possible shortage, as well as growing awareness of RBCT side-effects has prompted the interest in multidisciplinary, multimodal "Patient Blood Management" programs. At our centre, the new RBCT protocol includes: progressive replacement of cross-matching & save by type & screening, optimisation of sample validation, "restrictive" transfusion criteria, single-unit RBCT, prospective haemovigilance and management of perioperative anaemia. We reviewed RBCT data from 2008 to 2015, and the possible influences of anaemia management with iron carboxymaltose (since 2010), and a restrictive RBCT policy.

METODOLOGÍA

Methods. RBCT data were retrieved from the Regional Donation Centre management program and analysed according to departments of use: all surgical, critical care, emergencies, and all medical, except haematology and oncology. Results are expressed as RBCT per department both per year (units/year) and as percentage of total annual hospital RBTC (% of total).

RESULTADOS

From 2008 to 2015, we observed a 51.4% decrease in RBCT usage, without change in hospital activity. This decrease in RBCT use occurred in all hospital departments, except for haematology, and was accompanied by a reduction of outdate RBC unit wasting over 80% from 2013 till 2015. The blood consume reduction was observed in all components and in all activity's rate. We found a reduction over 1 day of median stay (14%). Also we have obtained a halved of annual Blood Component's budget. At 2008, the blood components bill was 578,583,45€; whilst at 2014, 262.206,61€ a -54,68% reduction. Since 2010, 1.271.051,10 € have been saved only in direct costs.

CONCLUSIONES

Conclusion. We halved RBTC use, while overall hospital activity remained unchanged. This reduction was almost uniform across departments, except for haematology (which could be attributed explained to complexity and severity of new patients and rHuEPO restrictions). In spite, Pharmacy Service restriction to new iv iron compounds and alpha-EPO use, we have obtained a halved of annual Blood Budget. Since 2010 more than 1.250.000 € have been saved, only in direct costs. We had safe and effectively eliminated the cross-matching & save policy, with significant decrease in both Blood Bank work load and rate of outdate RBC unit wasting, and hospital stays.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 524

TÍTULO. CIRUGÍA DE MOHS: PROYECTO DE COLABORACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA Y DERMATOLOGÍA, HOSPITAL SAN JORGE

Autores: GARCIA MALINIS AJ, QUEIPO FJ, COSCOJUELA C, MARIGIL M, DEL PRADO E, DEL VALLE SANCHEZ E, GOMEZ GONZALEZ C, GILABETE Y

GARCIA MALINIS ANA JULIA . H SAN JORGE . DERMATOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El cáncer cutáneo es un problema de salud mundial, con una incidencia que aumenta anualmente entre 3-8%. La cirugía micrográfica de Mohs es una técnica quirúrgica que permite la extirpación de tumores cutáneos con el máximo ahorro de tejido sano, mediante el estudio anatomopatológico de cada uno de los bordes de la tumoración.

Objetivo general: creación de un proyecto de colaboración entre el Servicio de Anatomía Patológica y Unidad de Dermatología, para la realización de la Cirugía Micrográfica de Mohs, con el fin de incrementar la tasa de curación de cáncer cutáneo.

Objetivos secundarios:

- Minimizar la posibilidad de persistencia tumoral que condicionaría la recidiva del tumor.
- Preservar el mayor tejido sano peritumoral posible, de especial importancia en tumores faciales.
- Disminuir el impacto psicosocial y el gasto sanitario que de una derivación a un otro centro sanitario fuera de la Comunidad Autónoma.

METODOLOGÍA

Las indicaciones principales para la cirugía de Mohs son los carcinomas basocelulares y espinocelulares con localización compleja (párpados, orejas,...), recurrencias, tamaño mayor de 2 cm, márgenes mal definidos, entre otros.

Actualmente, las indicaciones para la realización de este tipo de cirugía se encuentran en aumento, teniendo que individualizar cada caso en función de las características del paciente y el tumor.

El paciente que cumpla indicaciones para el tratamiento con cirugía de Mohs, será incluido dentro de la lista de espera quirúrgica para dicha cirugía. Previo a la realización del proceso quirúrgico, en aquellos casos en los que el protocolo lo indique, se realizará una prueba de imagen para delimitar las dimensiones del tumor y permitir un mejor abordaje quirúrgico.

Una vez que el paciente se encuentra en la intervención quirúrgica, se realizarán todos los pases quirúrgicos necesarios, hasta que no se observe persistencia histológica. Posteriormente, se procederá al cierre del defecto mediante cierre directo o reconstrucción mediante colgajo o injerto cutáneo, según precise.

RESULTADOS

Se espera obtener:

Una mejora en las tasas de curación medida mediante el porcentaje de tumores recidivados en los 2 años de seguimiento tras una cirugía de Mohs comparado con el número los mismos tipos histológicos de tumores recidivados en los 2 años de seguimiento antes de instaurarse la cirugía de Mohs.

CONCLUSIONES

El tratamiento adecuado del cáncer cutáneo, permite mejorar las tasas de curación y evitar de esta forma, las recurrencias a largo plazo.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 543

TÍTULO. ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS DE DONANTES DE SANGRE SOBRE LA DONACIÓN DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS

Autores: GASCON GIMENEZ I, HIJOS LARRAZ LA, GIMENEZ BURILLO AM

GASCON GIMENEZ IRENE . H SAN JORGE . HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Objetivos: Averiguar las actitudes y los conocimientos de los donantes de sangre sobre la donación de PH.

METODOLOGÍA

Metodología: Estudio descriptivo-observacional en donantes de sangre del Banco de Sangre del Hospital San Jorge de Huesca realizado en los meses de febrero y marzo de 2016. Mediante un cuestionario ad hoc se buscaba conocer si eran donantes de PH, su actitud y sus conocimientos frente a la donación de PH. La descripción de variables cuantitativas se realizó mediante media y moda como medida de tendencia central y desviación estándar como medida de dispersión. Mientras que las cualitativas se expresaron mediante porcentajes.

RESULTADOS

Resultados: El 95% de los participantes no era donante de PH. Un 77,5% de los donantes de sangre serían donantes de PH en un futuro, además de que le 85% indicó que no era dañino para el donante. Si no son donantes de PH los encuestados aluden que es por motivos como falta de información sobre la donación de TPH (90,0%) o no haber recibido petición expresa por parte de profesionales sanitarios (57,5%). Los donantes de sangre ponen al mismo nivel, como motivo para si donar PH, tanto la cercanía de n familiar como la solidaridad; siendo muy valorado también tener información. El nivel de conocimientos es escaso, no acertaron la edad mínima para hacerse donante de PH el 52,5% y la máxima el 97,5%. Respecto a los tiempos de donación, el 65,0% supo que se puede donar PH más de una vez y un 17,5% acertó el tiempo ente donaciones de PH. Por último, los centros sanitarios son los más valorados para recibir información acerca del proceso de donación de PH, en concreto el banco de sangre (45,0%).

CONCLUSIONES

Conclusión: Los donantes de sangre presentan las características idóneas para ser donantes de PH. Además se observa una actitud positiva y favorable hacia la donación, siendo lo único que les aleja la falta de información sobre la misma y la no petición de hacerse donante de PH. Por ello las campañas de educación para la salud deben ir encaminadas a reforzar estos aspectos en los bancos de sangre, lugares en los que el personal de enfermería tiene los conocimientos necesarios sobre la donación y es capaz de entablar una relación de confianza con el donante de sangre.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 208

TÍTULO. KANBAN EN EL ALMACÉN DEL BLOQUE QUIRÚRGICO. HOSPITAL SAN JORGE

Autores: LAGUARTA ORTAS AI, CHIC CIPRES SARA, GARCIA OTAL ELENA, JAUREGUI ANA CARMEN, SERRANO BITRIAN MERCEDES, AQUILUE ESCO LOURDES

LAGUARTA ORTAS ANA ISABEL . H SAN JORGE . QUIROFANO

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Explicar la implantación del sistema Kanban en el almacén del Bloque quirúrgico, y contar la experiencia secundaria a los cambios y mejoras de la Logística en el Hospital San Jorge. Este nuevo sistema de almacenaje, ha supuesto una mejora en la calidad del suministro del material fungible almacenable desde el Almacén del Sector. Con todo esto se ha logrado mejorar la eficiencia del suministro y dotar de toda la responsabilidad del material al personal de almacén, desde la recepción del transportista al suministro en el almacén del quirófano. Así el personal sanitario gana en tiempo para su labor asistencial, en lugar de la reposición y orden del fungible. Se realiza en este estudio una evaluación de la satisfacción del personal respecto a este sistema, con la comparación de dos encuestas, una realizada al inicio de la implantación y otra al año de su funcionamiento.

METODOLOGÍA

Es un estudio descriptivo, cualitativo y cuantitativo.

RESULTADOS

Tras la descripción del proceso, y evaluación de resultado del estudio, se aprecia un importante aumento en la satisfacción del personal, tras un año de implantación del sistema. Se ha planteado una pregunta abierta de opinión que recoge algunas sugerencias y se han aplicado cambios para mejorar.

CONCLUSIONES

Todos los cambios que se llevan a cabo en un Centro son difíciles. La implantación de los cambios en el servicio de Suministros de nuestro Hospital ha supuesto una mejora en la eficiencia del suministro de material. Este sistema Kanban, es un sistema dinámico y se va adaptando a las necesidades del Bloque quirúrgico, con ayuda de todos los usuarios del almacén del quirófano, se han disminuido las incidencias registradas desde el Almacén del sector, gracias a la colaboración de todos. Aun nos quedan cosas por mejorar, pero es positivo el cambio.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 703

TÍTULO. COSTE-EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE AHORRO DE SANGRE EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Autores: LLORENS EIZAGUERRI M, BELEN SERAL B, MORENO CHULILLA JA

LLORENS EIZAGUERRI MARIA . H SAN JORGE . CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Tras ser integrante en el proyecto de "Mejora de la Calidad en el Salud" titulado: "Implantación de un programa de autotransfusión como medida de ahorro de sangre homóloga en un Servicio de traumatología y Cirugía Ortopédica" observé la importancia que tienen las estrategias alternativas a las transfusiones con sangre alogénica (TSA) en los pacientes programados para ser intervenidos de artroplastia primaria o de revisión de cadera o rodilla. Dentro de este marco nació mi Tesis cuyos objetivos fueron: Disminuir el número de transfusiones con TSA, determinar la eficiencia comparada entre el grupo caso y control mediante análisis de minimización de costes y evaluar la eficiencia del Programa de Ahorro de Sasngre para justificar su permanencia.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio prospectivo Caso (PAS)-Control (no PAS) (164 pacientes) operados de artroplastia durante 2 años. El PAS consistió en la Donación Prequirúrgica de sangre Autóloga (DPSA), prescripción de feroterapia oral y/o intravenosa y la administración de EPO según parámetros hemáticos prequirúrgicos. Se evaluaron el coste del PAS-TSA, efectividad del PSA (calculándose la efectividad de la DPSA, feroterapia ora/IV y EPO), superioridad del programa y eficiencia del PSA (coste-efectividad, coste efectividad incremental).

RESULTADOS

Con la autodonación se redujo el porcentaje de pacientes transfundidos ($p < 0.05$) con sangre alogénica y la media de bolsas transfundidas de TSA ($p < 0.05$).

Se evitó una TSA por cada nueve pacientes que participar en el PAS.

El coste del PAS fue menor ($p < 0.05$) que el grupo control. Se ahorraron 5524.84 euros aproximadamente, es decir, el coste del programa es menor ($p < 0.05$).

Por cada bolsa de sangre alogénica transfundida en el grupo control en el grupo caso se ahorró 627.12 euros.

Un paciente en el PAS supuso un ahorro de 69.69 euros.

CONCLUSIONES

Los pacientes intervenidos de artroplastia que participaron en el PAS fueron menos transfundidos, necesitando menos bolsas de sangre predonada y de sangre alogénica.

Este PAS fue una estrategia eficiente, siendo la Donación Prequirúrgica de Sangre Autóloga la parte menos costo-efectiva que mejoraría si sólo se reservara una bolsa en pacientes mayores de 75 años o con niveles de hemoglobina < 14 g/dl.

La coordinación y la participación de todos los Servicios implicados y satisfacción de los pacientes en este programa fueron necesarios para su viabilidad y eficiencia.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 450

TÍTULO. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS EN LA VALIDACIÓN CLÍNICA ELECTRÓNICA

Autores: SERRANO VICENTE MC, VIÑUALES ARMENGOL MC, ALLUE FANTOVA N, AMADOR RODRIGUEZ MP

SERRANO VICENTE MARIA CARMEN . H SAN JORGE . FARMACIA HOSPITALARIA (FH)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Analizar las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas durante el proceso de validación mediante una aplicación de prescripción electrónica asistida así como evaluar el impacto de las mismas en función del grado de aceptación.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo observacional de las IF realizadas de enero a mayo de 2016, en pacientes ingresados de un hospital de 300 camas con sistema de dispensación en dosis unitarias asociado a prescripción electrónica. No se incluyen los servicios de Urgencias, UCI, Pediatría y Reanimación. Se recoge el número de IF en función el servicio responsable, fármaco implicado y tipo de intervención así como el grado de aceptación. Los motivos de intervenciones son: Adecuación de la prescripción (submotivo: selección inadecuada de medicamento, transcripción del texto asociado, otros), Conciliación de medicación, Error de medicación (submotivo: dosis incorrecta, duplicidad terapéutica, duración de tratamiento incorrecta, forma farmacéutica errónea, cambio pauta/secuencia horaria, interacción) y Medicamentos no incluidos en guía farmacoterapéutica (GFT).

RESULTADOS

Se realizaron 275 IF, los servicios implicados fueron Medicina Interna (22,7%), Traumatología (17%), Cirugía (9,5%) y Psiquiatría y Urología (ambas 9%). Los medicamentos implicados pertenecían a los siguientes grupos terapéuticos: B04 Hipolipemiantes (18,2%), M01 Antiinflamatorios/Antirreumáticos y N05 Psicofármacos (9,8%), A02 Antiácidos/Antiulcerosos (6,8%) y J01 Antibióticos sistémicos (5,7%).

Las IF realizadas: 51,3% Adecuación de la prescripción (44% de ellas selección inadecuada de medicamento y 35,5% transcripción de texto asociado), 26% Error de medicación (34% duración tratamiento incorrecta, 17% dosis incorrecta e interacciones respectivamente, 11,3% cambio de pauta/secuencia horaria), 21% Medicamentos no incluidos en GFT, un 1,1% conciliación medicamentos.

El porcentaje de aceptación en el periodo de estudio fue del 100%, no todas las IF se comunicaban para valoración del prescriptor por ser la mayoría de aceptación directa.

CONCLUSIONES

Las IF realizadas desde el Servicio de Farmacia evitan errores de medicación y conducen a una mejora de la asistencia del paciente.

El análisis de las intervenciones realizadas ha permitido detectar que un alto porcentaje se podrían evitar mejorando el proceso de prescripción electrónica. Como medida de mejora se han puesto en marcha sesiones prácticas con los servicios médicos (facultativos y residentes) para recordar y dar pautas que mejoren la prescripción electrónica.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 453

TÍTULO. SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON HEPATITIS C (VHC): EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LOS NUEVOS ANTIVIRALES

Autores: SERRANO VICENTE MC, VIÑUALES ARMENGOL MC, ALLUE FANTOVA N, TORRES SOPENA L, AMADOR RODRIGUEZ MP

SERRANO VICENTE MARIA CARMEN . H SAN JORGE . FARMACIA HOSPITALARIA (FH)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de los nuevos tratamientos para hepatitis C (VHC).

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo descriptivo Diciembre 2014 - Febrero 2016. Criterios inclusión: pacientes infectados por VHC que iniciaron tratamiento con las terapias dasabuvir+paritaprevir-ombitavir-ritonavir (DAS+OMBI/PARI/r), simeprevir(SIM), sofosbuvir+daclatasvir (SOF+DACL) ó sofosbuvir-ledipasvir (SOF/LDV) en el periodo de estudio. Criterios exclusión: aquellos que no alcanzaron las 12 semanas post-tratamiento en el periodo de estudio. Variables de efectividad: edad, sexo, genotipo, grado de fibrosis (F1-F4), coinfección VIH, Carga Viral (CV) basal, Respuesta Viroológica Rápida (RVR, CV < 15 UI/ml) semana 4, CV a fin de tratamiento y Respuesta Viroológica Sostenida (RVS) semana 12 post-tratamiento. Variables de seguridad: reacciones adversas al medicamento (RAM) e interacciones farmacológicas (IF) detectadas. Datos obtenidos del programa informático de pacientes externos y de informes clínicos de pacientes.

RESULTADOS

Se incluyeron 40 pacientes (30 hombres). Media de edad: 55 ± 2.36 años. 15 pacientes naïve (37,5%), 14 (35%) coinfectados con VIH. Grado de fibrosis: 21 (52,5%) F4, 11 (27,5%) F3, (resto F1-F2). Genotipo VHC: 28 genotipo 1 (70%), 6 genotipo 4 (15%) y 5 genotipo 3 (12,5%). La distribución de pacientes según terapia: 23 con SOF/LDV (57,5%), 6 con DAS+OMBI/PARI/r (15%), 8 con SOF+DACL (20%) y 3 con SIM (7,5%). Efectividad: 28 pacientes (70%) presentaron CV basal >800000 UI/ml. 31 pacientes (77,8%) alcanzaron RVR. El 100% obtuvieron CV indetectable al terminar el tratamiento. En semana 12 post-tratamiento 34 pacientes (85%) mantenían CV indetectable, 5 no tenían realizada la CV y 1 de ellos rebrotó con CV >800000 UI/ml (paciente coinfectado VIH). Seguridad: 34 pacientes (85%) no presentaron ninguna RAM, los 6 restantes: 4 presentaron efectos adversos gastrointestinales, 3 astenia, 2 reacciones leves de tipo alérgico y 1 mareos. Se detectaron IF con la medicación domiciliaria en 17 pacientes, 12 de ellos con Inhibidores de la bomba de protones, 5 con estatinas y 2 con hipoglucemiantes orales y digoxina.

CONCLUSIONES

La aparición de estos nuevos antivirales representa un gran avance en el tratamiento del VHC. En nuestro estudio el 100% de los pacientes consiguió CV indetectable al finalizar el tratamiento así como una alta tasa de RVS en semana 12. A nivel de seguridad son terapias bien toleradas pero requieren la intervención del farmacéutico para evitar las interacciones farmacológicas.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 548

TÍTULO. EVALUACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE HIERRO CARBOXIMALTOSA EN UN HOSPITAL GENERAL

Autores: SERRANO VICENTE MC, ALLUE FANTOVA N, VIÑUALES ARMENGOL MC, AMADOR RODRIGUEZ MP

SERRANO VICENTE MARIA CARMEN . H SAN JORGE . FARMACIA HOSPITALARIA (FH)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Analizar la adecuación del uso de hierro carboximaltosa (HCM) en pacientes atendidos en un hospital general tras detectar un incremento en el uso del fármaco en el hospital.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo Enero-Abril 2016, se incluyeron todos los pacientes (ingresados y ambulatorios de Hospital de Día) que recibieron HCM. Los datos recogidos previos a la administración de HCM fueron: edad, sexo, servicio médico, dosis prescrita, hemoglobina (Hb), sideremia, ferritina, índice de saturación de transferrina (IST). Se revisó si los pacientes habían recibido hierro oral ya que tal y como establece el Comité de Evaluación de Nuevos Medicamentos en los Hospitales de Aragón el HCM está indicado en el déficit de hierro y anemia ferropénica en pacientes crónicos cuando los preparados de hierro oral no son eficaces o no pueden utilizarse.

RESULTADOS

158 pacientes recibieron HCM en dicho periodo (78% ambulatorios, 22% ingresados), 94 mujeres (60%) y 64 hombres (40%). Servicios que realizan las prescripciones: 37% Hematología, 30% Digestivo, 17,1% Medicina Interna, 7% Nefrología, 6% Oncología y 2,9% restante Endocrinología y Ginecología. Media de edad de los pacientes 66,4 años, destacando Medicina Interna y Hematología con un 44 y 20% de pacientes mayores de 85 años respectivamente. Se encontraron valores de Hb inferiores a los límites normales en 112 pacientes (71%). Del total de pacientes, 79 (50%) tenían alterados los parámetros hematológicos de anemia por déficit de hierro (Hb, sideremia, ferritina o IST) y sólo 37 (23%) habían recibido hierro oral previo, el 9% de los pacientes no tenían ninguno de los parámetros hematológicos alterados. Porcentaje de pacientes con sideremia y ferritina inferiores a valores normales por servicio: Digestivo 53% y 36% respectivamente; Hematología 33,4% y 30%; M.Interna 33% y 45% respectivamente; Nefrología 73% y 45%; Oncología 56% y 11% respectivamente.

CONCLUSIONES

El HCM se está utilizando como tratamiento de choque en caso de detectarse niveles de Hb o de alguno de los parámetros de estudio de hierro bajos, pero sin cumplir los criterios de uso adecuado del fármaco. El grado de inadecuación en el uso de HCM debe mejorarse para optimizar la relación coste –beneficio, para ello se debe consensuar con los servicios prescriptores una utilización más ajustada a las condiciones de uso establecidas por el Comité Central de Evaluación.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 196

TÍTULO. PROGRAMA PRIMER IMPACTO DIRIGIDO A PACIENTES Y FAMILIARES RECIÉN DIAGNOSTICADOS DE CÁNCER

Autores: LAGUNA CAPEL V

LAGUNA CAPEL VANESA . ASOCIACION ESPAÑOLA CONTRA EL CANCER (AECC) . EQUIPO PSICOSOCIAL

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Programa destinado a abordar las necesidades bio-psico-sociales del enfermo recién diagnosticado de cáncer y sus familiares de manera integral e inmediata.

Se basa en un modelo de intervención psicosocial que ofrece una adecuada cobertura a las necesidades del enfermo y/o sus familiares. Se abordan desde un inicio las reacciones emocionales que surgen del diagnóstico ya que desempeñan un papel fundamental en la adaptación a la enfermedad, y se potencian los recursos sociales y personales, con el objetivo de evitar un proceso desadaptativo de la enfermedad.

METODOLOGÍA

La intervención se realiza en los hospitales y se pone en marcha a través de acuerdos de colaboración y mediante reuniones informativas con el personal sanitario hospitalario y de atención primaria.

Se ejecuta a través de la acogida, donde se detectan necesidades sociales, emocionales y médico sanitarias del paciente y/o familiar, mediante un proceso de triage a través de una entrevista semiestructurada y el termómetro de distress. Al identificar estas necesidades se determina el servicio o programa más adecuado dando acceso inmediato a los recursos terapéuticos, materiales, económicos y de información disponibles.

RESULTADOS

Se consigue dar una atención rápida y eficaz que ayuda a disminuir el impacto emocional propio de esta fase, mejorar la fluidez y satisfacción en la relación terapéutica y aumenta la satisfacción de los usuarios al percibir en el ámbito sanitario una prestación asistencial más humanizada y de mayor calidad.

CONCLUSIONES

El cáncer se asocia a una amenaza para la salud y repercute en todas las esferas de la vida del paciente y de sus familiares: a nivel social, laboral, económico y familiar. Una intervención integral e inmediata incrementa el bienestar, mejora el ajuste y el afrontamiento de la enfermedad y reduce el malestar provocado por el diagnóstico, así como una mejor adhesión a los tratamientos oncológicos.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 442

TÍTULO. PROGRAMA DE VOLUNTARIADO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER

Autores: PEREZ COLON ME

PEREZ COLON MARIA EUGENIA . ASOCIACION ESPAÑOLA CONTRA EL CANCER (AECC) . COORDINACION DE VOLUNTARIADO

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Programa destinado a mejorar la calidad de vida del paciente oncológico, previniendo o actuando en situaciones de aislamiento, soledad y sobrecarga del cuidador, a través del voluntariado a domicilio, facilitando la adaptación a la enfermedad, un apoyo social y posibilitando la permanencia del paciente en su medio habitual, el domicilio.

El acompañamiento conforma, desde la realización de gestiones para el enfermo, descanso del cuidador principal como acompañamiento al paciente a consultas médicas, de tratamiento o de ocio.

Los beneficiarios del programa serán todo paciente oncológico en cualquier fase de la enfermedad o paliativos, que se encuentre en su domicilio con necesidades de apoyo social. Al igual que sus familiares que necesiten apoyo emocional y descanso para hacer frente al proceso de enfermedad.

METODOLOGÍA

El programa se estructura en distintas fases: recogida de la demanda a través de las trabajadoras sociales de la Asociación y una valoración sociofamiliar en el domicilio con el enfermo y la familia. Si la valoración es positiva, se selecciona el voluntariado más adecuado al caso y se realiza la presentación del voluntario al enfermo en el propio domicilio.

A través de la visita a domicilio y entrevista semiestructurada se detectan las necesidades de apoyo del enfermo y su familia, se detallan las condiciones del domicilio, estructura familia así como otros datos de interés: valores, aficiones y expectativas. A su vez se informa del funcionamiento del programa.

La coordinadora realiza la valoración, un seguimiento, supervisión y apoyo del voluntariado y del servicio prestado.

RESULTADOS

Se contribuye atender necesidades de compañía y relación interpersonal del paciente que proporcionan un apoyo social tanto a familiares como a su cuidador principal, aliviando la carga y el sufrimiento, además de contribuir a una mejor adaptación de la enfermedad y una mejora de calidad de vida del paciente.

CONCLUSIONES

El apoyo social se considera un factor protector que contribuye a una mejor adaptación de los pacientes oncológicos a la enfermedad. A su vez el programa pretende reforzar una estructura estable y profesional de los servicios sanitarios en el ámbito de ayuda a los pacientes oncológicos a través de la figura del voluntariado, dando respuesta a las necesidades psicosociales que presentan estos enfermos y su familias y no pueden ser cubiertas por la sanidad pública, mejorando de esta forma la calidad del paciente en su medio habitual, su domicilio.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 248

TÍTULO. IMPLEMENTACIÓN DE UN HORARIO DE VISITAS ABIERTO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Autores: BARRA QUILEZ F, ALVAREZ HERNANDEZ AC, GARCIA GUILLEN L, RUIZ BELLOSO ORTIZ DE URBINA C, TRULLEN GRACIA MP, BERNAD PEREZ P

BARRA QUILEZ FERNANDO . MUTUA DE ACCIDENTES DE ZARAGOZA (MAZ) . UCI

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Mejorar la conciliación familiar durante el ingreso en UCI. Disminuir la ansiedad y el estrés tanto del paciente como de sus familiares.

METODOLOGÍA

Estudio realizado durante el año 2015, en el Hospital MAZ de Zaragoza. Tras analizar los resultados de las encuestas de satisfacción realizadas a los familiares de los pacientes en los últimos años se objetivó una demanda tanto de ampliación como de mayor laxitud de los horarios de visita.

Durante el último trimestre de 2014 se elaboró un grupo de trabajo multidisciplinar (2 médicos, 3 enfermeras y 1 TCAE), cuyas funciones incluían: revisar la bibliografía publicada sobre el tema, valorar la ampliación de los horarios, y elaborar un protocolo específico a fin de disminuir la variabilidad en la aplicación de las normas. Se realizaron una serie de acciones de mejora, y se decidieron unas normas para garantizar la adecuada organización con el personal de la UCI, así como la privacidad del paciente.

Del mismo modo, se acordó la realización de una encuesta específica, tanto a los familiares como al personal de la UCI, para conocer su opinión al respecto.

RESULTADOS

Tras revisar la bibliografía publicada, se decidió instaurar un horario de visitas ampliado desde las 11 hasta las 21h, permitiendo la presencia de forma continuada de un máximo de 2 personas. Se realizó un protocolo específico a tal efecto, y se comenzó con el nuevo horario en enero de 2015.

Entre las acciones de mejora realizadas, se incluyeron, entre otras: colocar un dispensador de solución alcohólica a la entrada de la unidad, la ubicación de taquillas en la sala de espera y una silla para los familiares en cada box. Aún a día de hoy se siguen realizando mejoras, como un nuevo tríptico informativo o la adecuación de la sala de espera.

Aunque sólo disponemos de los primeros datos, se puede destacar que el 100% de los familiares encuestados hasta el momento no modificaría el horario actual. Según una escala del 1 al 10, consideran que el horario de visitas abierto ayuda a la recuperación del paciente (9,24/10), a disminuir la ansiedad y estrés de éste (9,4/10), a disminuir la ansiedad y estrés de la familia (9,36/10), y que aumenta la confianza en el equipo de la UCI (9,32/10).

CONCLUSIONES

Aunque sólo disponemos de datos iniciales, podemos asegurar que un horario de visitas abierto es beneficioso tanto para el paciente como para sus familiares, ya que disminuye el nivel de estrés y ansiedad, aumentando la confianza en el equipo de la UCI y contribuyendo a la recuperación del enfermo.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 249

TÍTULO. HORARIO DE VISITAS ABIERTO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA. ¿QUÉ OPINAN LOS PROFESIONALES?

Autores: BARRA QUILEZ F, ALVAREZ HERNANDEZ AC, GARCIA GUILLEN L, RUIZ BELLOSO ORTIZ DE URBINA C, TRULLEN GRACIA MP, BERNAD PEREZ P

BARRA QUILEZ FERNANDO . MUTUA DE ACCIDENTES DE ZARAGOZA (MAZ) . UCI

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Conocer la opinión del personal de la UCI acerca del horario de visitas abierto.

METODOLOGÍA

Estudio realizado en el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital MAZ de Zaragoza. Desde enero del año 2015 se amplió el horario de visitas de 11 a 21h, permitiendo la presencia continuada de hasta dos familiares. Si bien de forma subjetiva la medida ha tenido una gran acogida tanto por familiares y pacientes como por el personal, queríamos conocer la opinión de los profesionales al respecto.

Para ello se diseñó una encuesta específica, basada en encuestas publicadas previamente y adaptada a nuestra unidad. Ésta consta, además de datos de categoría profesional, rango de edad y experiencia en UCI, de 24 preguntas, unas para responder con un valor numérico (de 1 a 10), y otras con respuesta múltiple. Se entregaron a todo el personal que ha trabajado en la unidad desde la implantación del nuevo horario.

RESULTADOS

Se contestaron el 100% de las encuestas (30). Respecto al horario abierto, la mayoría de los profesionales consideraron que ayuda a la recuperación del paciente (media 8,37/10), contribuye a disminuir la ansiedad y estrés del paciente (9,13) y de la familia (9,07), aumenta la confianza en el equipo de la UCI (8,90), la satisfacción respecto al cuidado del paciente (8,90) y permite obtener más información sobre el estado del paciente (9,17).

La mayoría consideraron que alguna vez dificulta el descanso del paciente (27, 90%), y que alguna vez interfiere en su privacidad (25, 83%). También que alguna vez altera la organización de los cuidados (23, 76,7%) o que interrumpe el trabajo (25, 83%), aunque nunca interfiere negativamente en éste (19, 63%) ni provoca el retraso de pruebas o procedimientos (20, 66,7%). Casi la mitad del personal (14, 46,7%) dijo haberse sentido alguna vez incómodo por la presencia de familiares en la UCI, y en mayor medida (21, 70%) al examinar un paciente en su presencia, si bien la mayoría considera que no ha cambiado su forma de trabajar (20, 66,7%).

Para finalizar, cabe destacar que la práctica totalidad el personal (28, 93%) no modificaría el horario actual de visitas, y todos (30, 100%) preferirían una unidad con estos horarios en caso de que un familiar suyo tuviera que ingresar en la UCI.

CONCLUSIONES

Si bien en alguna ocasión puede dificultar el descanso del paciente o interferir en su privacidad, los profesionales prefieren un horario de visitas abierto, ya que consideran que disminuye la ansiedad y estrés de pacientes y familiares sin interferir en el trabajo de la unidad.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 471

TÍTULO. ÉTICA DE LA RELACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES: LA GESTIÓN POR PROCESOS DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

Autores: MUNIESA URBISTONDO C, DELGADO MARROQUIN MT, BUIL TRICAS B

MUNIESA URBISTONDO CRISTINA . UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA . FACULTAD DE MEDICINA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Conocer las cuestiones éticas que subyacen en la atención a los pacientes crónicos complejos, relativas a la relación entre profesionales y niveles asistenciales, desde la perspectiva de los profesionales implicados.

METODOLOGÍA

Estudio exploratorio realizado con metodología cualitativa. Se asegura la credibilidad (validez interna) por medio del juicio crítico de expertos, comprobación de los participantes y coherencia estructural; la fiabilidad por la réplica paso a paso (diario de campo) y la confirmabilidad (objetividad) por la revisión de los resultados por otros investigadores y el juicio crítico de expertos.

Procedimiento: Al tiempo de realizar una revisión de la literatura se realizaron 7 entrevistas en profundidad a informantes clave, elegidos en función de criterios de selección pre-establecidos. Posteriormente se procedió a su transcripción y análisis del contenido mediante el programa MAXqda, con un enfoque inductivo-deductivo-inductivo.

RESULTADOS

Los principales códigos encontrados han sido: trabajo en equipo, implicación, respeto al paciente y continuidad de cuidados. La implicación y el cambio de paradigma en la atención a los pacientes crónicos complejos suponen la base sobre la que fundamentar la modificación de roles de los profesionales, orientada a una mayor coordinación. Todo esto tiene como objetivo lograr una asistencia cercana e individualizada al paciente, haciéndole partícipe de su propio cuidado.

CONCLUSIONES

Se reivindica un cambio en la asistencia de estos pacientes, orientada hacia una mayor continuidad. Se hace necesaria la implicación de todos los profesionales, con respeto entre los estamentos, para apostar por el trabajo en equipo y el cambio de roles que permitan llevar a cabo el cambio que se promulga.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 323

TÍTULO. MEJORA DE LA CALIDAD ANTE LA PERCEPCIÓN DE PROBLEMAS DE SEGURIDAD PARA LOS PROFESIONALES EN EL PUESTO DE TRABAJO.

Autores: LAINEZ LORENTE MT, GOMEZ CADENAS C, CERESUELA A, ZAFRA F, IZQUIERDO B, GOMEZ PEREZ MJ, ROMERO D, PALOMAR P

LAINEZ LORENTE MARIA TERESA . CS MONREAL DEL CAMPO . ATENCION PRIMARIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Hemos realizado un proyecto para mejorar la seguridad en el trabajo, teniendo en cuenta el protocolo de actuación ante la violencia externa en el lugar de trabajo (PAVET) de la CAA, que define violencia externa como “ toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable mediante el cual una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma ...”

Objetivos: 1. Mejorar medidas de seguridad con dispositivos eficaces; 2. Mejorar la satisfacción de los profesionales disminuyendo la percepción de inseguridad; 3. Mejorar la atención a los pacientes

METODOLOGÍA

Se ha hecho un diagnóstico de la situación ante los episodios de violencia que han ocurrido en los últimos años.

Problemas: 1. Muchos trámites realizados por la persona agredida, cuando lo que quiere es “olvidar la situación”; 2. Desconocimiento de protocolos; 3. Falta feedback profesionales - riesgos laborales.

Actividades propuestas: 1. Informar en reunión de EAP de los problemas detectados y de la existencia de un nuevo protocolo (PAVET); 2. Informar de esta iniciativa a RL y Gerencia de AP, solicitando formación específica; 3. Realizar encuestas para valorar percepción de riesgo; 4. Mejorar la seguridad pasiva con dispositivos adecuados; 5. Taller tipo “Roll playing” para consensuar un plan de actuación adecuado a nuestro centro.

RESULTADOS

Resultados de la encuesta:

- Ningún profesional ante riesgo de agresión tenía claro como comportarse, ni como actuar de forma conjunta.
- Más del 50% de los encuestados tuvo en algún momento una percepción media-alta de miedo.
- El 77% considera insuficientes las medidas de seguridad en domicilio. El miedo en domicilio es en un 45% percibido como medio-alto.
- En consulta la percepción de miedo es media-baja: 65%
- En AC más del 50% percibió miedo como medio-alto, valorando los sistemas de seguridad como insuficientes o inexistentes: 7%

CONCLUSIONES

1. Mayor inseguridad y/o miedo durante AC. Se incrementa si trabajan solo mujeres; 2. No existen medidas de seguridad pasivas, por lo que se necesita la implicación de la Administración para inversión y apoyo a los profesionales incluido formación y pautas de actuación específicas. 3. Interesa ampliar este estudio a todos los centros del SALUD; 4. Ratificamos la afirmación del PAVET “ la violencia externa en el lugar de trabajo no es un problema individual ni aislado, es un problema estructural y estratégico ...”

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 202

TÍTULO. PROYECTO DE HUMANIZACION EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

Autores: GARCIA SANZ M, DIAZGARCIA M, ALMAZANCALVEMJ, GOMEZNAVARROR, MONTEROCERCOSP, PONZFLORE, SANMARTINIGUALE, VICENTERROMEROMJ

GARCIA SANZ MONSERRAT . CSS SAN JOSE . DIRECCION DE ENFERMERIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Que todos los profesionales sanitarios y no sanitarios del hospital lleven a cabo acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración.

Que los pacientes y sus cuidadores sientan la necesidad de que los cuidados sean significativos, donde el escuchar, la empatía y el afecto se consideren tan importante como los aspectos técnicos del quehacer asistencial

METODOLOGÍA

Desde las distintas unidades se trabajará tanto desde el punto de vista técnico como humano en el cuidado del paciente.

En las sesiones multidisciplinares se abordarán las posibles áreas de mejora en el campo de la humanización.

Se pondrá información en pantalla y tableros de uso público a cerca de actividades a realizar en el centro.

Se realizarán talleres para cuidadores principales.

Se promoverán todas aquellas actividades e iniciativas de forma reglada que permitan hacer de nuestro centro un hospital más humanizado

RESULTADOS

A. Resultados asistenciales:

Que se tenga en cuenta la necesidad de mantener los ejes de la acreditación en salud: seguridad de paciente, humanización de la atención, gestión de la tecnología y gestión del riesgo.

B. En el Abordaje transversal del tema de humanización:

Garantizar los Derechos y deberes de los pacientes
Apoyo emocional al usuario y su familia

CONCLUSIONES

El análisis del grado de satisfacción de los usuarios en todas las actividades llevadas a cabo así como de las actividades formativas programadas para los profesionales, demuestran que debemos concentrar nuestros esfuerzos en lograr perfecto equilibrio entre la mejor calidad asistencial en nuestra práctica técnica como en el trato humano del que hacer diario

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 173

TÍTULO. CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS DE CALIDAD EN LA VIA CLÍNICA DE FRACTURA DE FEMUR EN LA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA DE TERUEL

Autores: GOMEZ NAVARRO R, GONZALEZ GARCIA P, DIAZ GARCIA M, VIAL ESCOLANO R, SAN MARTIN IGUAL E, VICENTE ROMERO MJ, CASTRO SAURAS A, SOLSONA GARCIA S

GOMEZ NAVARRO RAFAEL . CSS SAN JOSE . GERIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Evaluar el grado de cumplimiento de los criterios de calidad de la trayectoria clínica de atención al anciano con fractura de cadera en la Unidad de Ortogeriatria de Agudos (UOGA) del Sector de Teruel para identificar oportunidades de mejora.

METODOLOGÍA

Criterios de calidad:

1) El subproceso de atención en urgencias tendrá una duración <4 horas (estándar >75%). 2) La valoración por geriatría se realizará antes de las 72 horas de ingreso (estándar >75%). 3) La cirugía se realizará antes de las 72 horas de ingreso (estándar >75%). 4) A todos los pacientes se les determinarán niveles de vitamina D (estándar >50%). 5) Durante el ingreso los pacientes no presentarán delirium (estándar >70%). 6) Durante el ingreso los pacientes no presentaran ITU (estándar >80%) 7) Al alta se pautará tratamiento farmacológico preventivo de fractura (estándar >50%). 8) Al alta se realizará informe conjunto entre Traumatología y Geriatria (estándar >50%).

Criterios 5 y 6 de resultados, resto de proceso.

Dimensión estudiada: calidad científico-técnica y seguridad.

Unidad de estudio: pacientes con fractura de fémur atendidos por la UOAG durante el año 2014.

Muestreo sistemático para obtener 60 casos.

RESULTADOS

Cumplimiento: Criterio 1 (96,7±3,6); Criterio 2 (83,3±7,6); Criterio 3 (66,7±9,6); Criterio 4 (90,0±6,1); Criterio 5 (65,0±9,7); Criterio 6 (81,7±7,9); Criterio 7 (55,0±10,1); Criterio 8 (96,7±3,6).

CONCLUSIONES

El análisis del grado de cumplimiento de la trayectoria clínica de fractura de cadera de Teruel resulta una herramienta útil para mejorar la atención a los pacientes con fractura de cadera atendidos en el Sector, que demuestra que debemos concentrar nuestros esfuerzos en prevenir el delirium y en analizar y gestionar las causas de la demora quirúrgica >72 horas, principalmente.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 265

TÍTULO. IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO SOBRE SUJECIÓN FÍSICA EN EL HOSPITAL SAN JOSE DE TERUEL (HSJ)

Autores: SAN MARTIN IGUAL E, ALAMAN A, DIAZ M, GOMEZ R, MONTERO P, PONZI I, GONZALEZ P, VICENTE MJ

SAN MARTIN IGUAL ELISA . CSS SAN JOSE . GERIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

-Regular el uso de sujeciones físicas mediante la implementación del Protocolo de sobre sujeción física en el Hospital San José.

-Evaluación de los resultados de la implantación del protocolo de sujeción física en los primeros seis meses.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo del uso de sujeción física de los seis meses siguientes a la implantación de dicho protocolo.

La población de estudio han sido los pacientes que se les ha colocado un dispositivo de contención física durante su estancia.

El protocolo fue elaborado por el Grupo de Enfermería Basado en la Evidencia de Aragón, en el cual aparecen los criterios y pautas de actuación en la aplicación de la sujeción física.

Se realizaron sesiones de difusión en todas las unidades donde se iba a implantar el protocolo. Se hicieron cambios en los sistemas de registro para la recogida de los datos para cumplir los criterios del protocolo.

Tras los seis meses de implantación se realizó la evaluación mediante la medición de los indicadores y análisis general del proceso de implementación.

Indicadores de proceso:

Difusión del protocolo en el centro o servicio

Pacientes con medidas de sujeción con consentimiento informado

Pacientes con medidas de sujeción según protocolo

Porcentaje de medidas de sujeción que son comunicadas al órgano judicial correspondiente

Indicador de resultado:

Porcentaje de incidencias y/o lesiones producidas por el uso de la sujeción

RESULTADOS

El protocolo se implanto en septiembre del 2015, tras las sesiones formativas al personal sanitario del HSJ.

Un 12% de los pacientes ingresados durante el periodo de estudio se les prescribió la colocación de un dispositivo de contención física.

Todos los pacientes con medidas de sujeción tenían firmado y registrado en la historia clínica el consentimiento informado y cumplieron los criterios y pautas de actuación según el protocolo.

En cuanto al indicador de resultado; no ha habido ninguna lesión o incidencia directamente relacionada con la medida producidas por el uso de sujeción física.

CONCLUSIONES

El protocolo de sujeción física ha resultado una herramienta útil para unificar los criterios y pautas de actuación mejorando la atención de los pacientes cumpliendo con la normativa y garantizando los derechos de los pacientes.

La implantación del protocolo ha contribuido a valorar exhaustivamente la indicación de la medida para hacer la sujeción solo cuando se hayan agotado las otras posibilidades.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 621

TÍTULO. VARIABLES ASOCIADAS A LA MEJORA FUNCIONAL EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA

Autores: ALAMAN VICENTE A, SAN MARTIN E, DIAZ M, GOMEZ R, PONZI I, MONTERO P, GONZALEZ P, VICENTE MJ

ALAMAN VICENTE ALBERTO · CSS SAN JOSE · GERIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Conocer los resultados de la rehabilitación funcional de pacientes ingresados por fractura de fémur proximal en una Unidad de Recuperación Funcional (URF) y analizar la influencia de distintas variables recogidas en la VGI sobre la misma.

Conocer la mortalidad e incidencia de institucionalización durante el año posterior a la fractura.

METODOLOGÍA

Estudio longitudinal prospectivo de los pacientes ingresados por fractura de cadera para recuperación funcional en el Hospital San José de Teruel durante el año 2014. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, situación funcional (índice de Barthel, capacidad de deambulación) y cognitiva (test de Pfeiffer) basales, al ingreso, al alta y un año después.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio ingresaron 100 pacientes con fractura por fragilidad en la URF del Hospital San José, con una edad mediana de 85,5 años [DE 5,92] y un índice de Comorbilidad abreviado de Charlson de 1,63 [DE 1,39]. El 75% eran mujeres. El Índice de Barthel previo a la fractura era de 83 puntos [DE 20,96], el 58% de los ancianos no utilizaba ayudas técnicas para deambular, y sólo el 1% hacía vida cama-sillón.

Durante el ingreso en la URF los pacientes realizaron un promedio de 9 sesiones de fisioterapia. El 71% tuvieron menos de 4 errores en el Test de Pfeiffer, y el 20% presentó síndrome confusional. La recuperación de la pérdida funcional al alta, medida con el Índice de Montebello (IM), fue de 0,52 [DE 0,28].

Al año de la fractura un 11% de los pacientes habían sido institucionalizados, un 17'3% hacía vida cama-sillón y un 15% había fallecido.

En el análisis multivariante se observa que existe relación estadísticamente significativa entre la recuperación funcional y el Índice de Montebello, el estado cognitivo al ingreso (p 0,006) y el hecho de presentar síndrome confusional (p 0,01).

CONCLUSIONES

Existe recuperación funcional al alta hospitalaria según el Índice de Montebello, sin embargo, sólo un 25% de los pacientes recuperó su nivel de independencia previo al año de la fractura. La menor puntuación en el test de Pfeiffer ha sido el mayor factor predictivo independiente de mejora funcional con significación estadística, junto con la no aparición de síndrome confusional durante el ingreso.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 154

TÍTULO. **AUTOGESTIÓN DE LAS PRIMERAS CONSULTAS SOLICITADAS A LA UNIDAD DE DIGESTIVO EN EL ÁREA DE TERUEL**

Autores: THOMSON LLISTERRI C, BOTELLA ESTEBAN MT, PASTOR PEREZ MJ, GARZA TRASOBARES E, ALCALA ESCRICHE MJ, ARIÑO PEREZ I, DONATE BORAO AB

THOMSON LLISTERRI CONCHA . H OBISPO POLANCO . DIGESTIVO

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

En la actualidad existe un aumento de la demanda de consultas en Atención Especializada que puede ocasionar demoras excesivas. Ante esta situación nos propusimos priorizar las solicitudes en la consulta de Digestivo según patologías más relevantes

METODOLOGÍA

Las solicitudes de citación para Primera Consulta son valoradas en el Servicio y se da respuesta a la consulta citando a los pacientes que lo precisen según criterios clínicos de priorización o contactando con el médico peticionario para aclarar dudas o aportar sugerencias.

RESULTADOS

Se recibieron 2128 solicitudes de Primera Consulta desde el 01/04/2014 al 01/04/2016, 58,6% mujeres y 41,4% hombres, con una edad media de 53,2 años (rango 14-95). El 88,2% de las solicitudes provenían de Centros de Salud y el resto de consultas hospitalarias. Fueron citados en consulta 2009 pacientes (94,4%) con una demora media de 32,2 días (35,9 días durante el primer año y 29,4 días en el segundo). Los motivos más habituales de consulta son: dispepsia (30,2%), síndrome del intestino irritable (SII) (12,1%), diarrea crónica (8,2%), elevación de las transaminasas (7,6%), enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) (4,1%) y rectorragia (3,4%). De los 117 pacientes que no fueron citados, en un 22,2% se les realizó endoscopia digestiva. Al resto, muchos con ERGE que mejora con tratamiento, seguimientos postpolipectomía no indicados o alteraciones en el patrón férrico no subsidiarios de estudio, se les envió, a paciente y médico, indicaciones a seguir

Al hacer el estudio de los motivos de solicitud se han objetivado una serie de problemas;

- Se solicita revaloración cuando el paciente ya fue estudiado previamente: dispepsia (5,7%), SII (3,4%)
- Se envía al paciente que precisa una endoscopia a consulta: ERGE que no mejora con tratamiento (3,2%), anemia ferropénica (2,2%), rectorragia en >50 años (1,7%), SOH (1,2%)
- No se tienen en cuenta las guías de práctica clínica: rectorragia en <50 años (1,7%), seguimiento postpolipectomía (1,6%)
- Se siguen solicitando evaluaciones innecesarias: ERGE que mejora con tratamiento (0,9%), control de hernia de hiato o de úlcera duodenal (0,8%), control de gastritis crónica (0,7%)

CONCLUSIONES

Al evaluar y priorizar las solicitudes de consulta se ha conseguido un descenso de la demora media. A la vista de los resultados hemos intentado implementar en los Centros de Salud Guías de Práctica Clínica y facilitar la comunicación "on line" con los médicos de Atención Primaria para la resolución de dudas y en un intento de evitar consultas presenciales innecesarias

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 214

TÍTULO. **IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN LA UCI DEL H. OBISPO POLANCO**

Autores: VALDOVINOS MAHAVE MC, PEREZ C, MONTON JM, OJUEL T, TORRALBA JC, LOPEZ C, MEDINA S

VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION . H OBISPO POLANCO . MEDICINA INTENSIVA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

-Instaurar en la UCI un Protocolo de prevención y diagnóstico de colonización o infección por Bacterias Multirresistentes (BMR). Unificando criterios de actuación de todos los trabajadores de la Unidad y disminuyendo la variabilidad en la práctica clínica.-Elaborar Registros de las actividades.-Disminuir la incidencia.-Reducir y optimizar el gasto económico y asistencial.-Servir de ayuda a profesionales de nueva incorporación-Facilitar el cumplimiento, accesibilidad de consulta, discusión y revisión de las medidas

METODOLOGÍA

-Se elaboró un Protocolo.-Se han registrado las medidas de prevención de BMR.-Se han estandarizado los Criterios diagnósticos y de Tratamiento y se ha elaborado una Hoja de Registro.-Se han realizado Cursos de formación.-Se han diseñado una serie de Indicadores

RESULTADOS

El Protocolo se implantó en Enero de 2015 y hasta Diciembre de 2015 han ingresado 305 pacientes. Se han cumplimentado en un 100% las hojas de registro de las medidas de prevención. Se ha incorporado en el Servicio de Microbiología un nuevo método de detección de BMR. Todo el personal de la UCI ha realizado formación. Se lleva a cabo un seguimiento mediante la cumplimentación de un Registro a nivel Nacional "Resistencia Zero". Se han diseñado Indicadores y se ha realizado una Monitorización. Los resultados obtenidos desde la implementación del Protocolo en 2015 comparados con los previos en 2014, son los siguientes:

- Tasa de pacientes con una determinada BMR por 1.000 días de estancia en UCI: 3,65 (en 2015)/9,66 (en 2014)
- Tasa de pacientes con una o más BMR adquiridas en UCI: 1,31(en 2015)/4,45 (en 2014)
- Tasa de pacientes con una o más BMR identificadas en las neumonías relacionadas con ventilación mecánica y en las bacteriemias primarias o relacionadas con catéter vascular: 0,33 (en 2015)/0,68 (en 2014)

CONCLUSIONES

La implantación de un Protocolo de Prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones por BMR ha supuesto: la unificación de criterios de actuación, la identificación precoz de los pacientes portadores o infectados por BMR, la disminución de las tasas de pacientes con BMR y un manejo terapéutico precoz en aquellos con infección. Por lo que todo ello ha servido para mejorar la calidad asistencial

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 625

TÍTULO. **NO HACER EN RX**

Autores: BARTOLOME MORENO C, SAMITIER LERENDEGUI M, EGUILUZ LOPEZ M, GIUSSEPE ALESSIO A, AGUDO ABAD J, CAMBRA A

BARTOLOME MORENO CRUZ . CS PARQUE GOYA . UNIDAD DOCENTE MF Y C Z1

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Estudiar la indicación de dos pruebas de imagen, radiografía de columna lumbar y/o cervical (distribución según edad y sexo), en los centros de salud de una comunidad autónoma. Conocer la radiación innecesaria que supone.

METODOLOGÍA

Diseño: estudio prevalencia multicéntrico.

Ámbito: Atención Primaria.

Criterios de selección: todas las peticiones de pruebas de imagen en mayores de 14 años, de dos sectores sanitarios de una CCAA entre 01/01/2014 y 30/06/2015.

Muestra: estimamos un 50% de prevalencia (nivel de confianza 95%, precisión 5%) por carecer de estudios previos. El tamaño muestral para inferencia es de 384 pacientes para cada petición. Aumentado para compensar pérdidas, estudiando 1333 peticiones aleatorizando y estratificando por sector.

Análisis estadístico: descriptivo, bivariante con Chi cuadrado para variables cualitativas, cálculo de prevalencias ajustado por población, cálculo irradiación no indicada.

Limitaciones: sesgo de infrarregistro por trabajar con historias clínicas.

Aspectos ético-legales: estudio aprobado por CEICA (comité ético de investigación clínica).

RESULTADOS

De las 71336 solicitudes de imagen se han analizado aleatorizando 1333 (553 columna cervical, 624 lumbar y 156 ambas). 20,1% sector I y 79,9% sector II. La mayoría de las peticiones son en mujeres (58,9%). El 68,9% en sujetos de 26 a 65 años. Respecto a la prioridad: 79% normal, 19% preferente y 2,1% urgente. Estaban mal indicadas el 71,5%, (de las lumbares el 28,1% por lumbociática y 2,3% por contracturas; de las cervicales 18,2% por vértigo, 16,6% por contractura y 3,1% por cefalea) eso supone el equivalente a una radiación natural durante 372 años. Peor en mujeres (Chi cuadrado = 2,712; $p = 0,100$) y conforme disminuye la edad (Chi cuadrado = 97,545; $p = 0,000$). En las Rx lumbares, las solicitudes marcadas como urgentes están bien indicadas (73,3%), en cambio no lo están ni las preferentes (35,8% ni las normales 25,6%) siendo la diferencia significativa (Chi cuadrado = 20,788; $p = 0,000$). En las Rx cervicales, no están bien indicadas ninguna de las prioridades (urgentes el 61,5% están mal indicadas, el 68,8% de las preferentes y el 72,9% de las normales, no siendo la diferencia significativa (Chi cuadrado = 1,931; $p = 0,381$).

CONCLUSIONES

Dos tercios de las peticiones están mal indicadas, con la repercusión que tendría en las listas de espera, además, supone para los pacientes 372 años de radiación natural que se podrían evitar. Peor para mujeres y pacientes de estratos más jóvenes.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 554

TÍTULO. MEJORANDO LA AUTONOMÍA EN HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO

Autores: GONZALEZ EIZAGUIRE MM, BIBIAN GETINO CM, FERRANDO LACARTE I, DEZA PEREZ C, DOMINGO SANCHEZ MD, SANCHO GINER MI

GONZALEZ EIZAGUIRE MARTA MERCEDES . H NTRA SRA DE GRACIA . GERIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- 1.- CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN HDG.
- 2.- VALORAR PROGRESIÓN FUNCIONAL SEGÚN ÍNDICE DE BARHTEL DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA HDG.
- 3.- DETERMINAR INCLUSIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL Y CINESITERAPIA EN DICHO RECURSO.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, prospectivo. Recogida de datos de pacientes incluidos en el programa de recuperación funcional de HDG del periodo de enero a septiembre de 2015. Datos sociodemográficos, comorbilidad (I. Charlson), ABVD según I. Barthel al ingreso y al alta de HDG. Determinar número de sesiones de terapia ocupacional y cinesiterapia, así como la adaptabilidad a las mismas.

RESULTADOS

103 pacientes. Paciente octogenario, predominio de sexo femenino y comorbilidad, con adecuado nivel cognitivo y polifarmacia asociada. 15,5% derivados desde consultas externas. Motivo de inclusión más frecuente traumatología (39,8%), enfermedad médica (33%) y neurológico-acv (24,3%). Realizan terapia ocupacional el 94,9% con media de sesiones de 15,95. El 71% realizan cinesiterapia con una media de 8,59 sesiones. Según I.B. se evidencia mejoría en todas las ABVD, alcanzando la independencia en alimentación en el 83%, vestido en el 39,4% y aseo personal en el 85,9%. Sin embargo, persiste alta dependencia en el baño (86%). El 54,5% son independientes al alta al ir al wc, logrando continencia fecal en el 87,9% de los casos y continencia miccional en el 66,7%. En cuanto a movilidad, observamos que un 47,5% son independientes para la deambulación, necesitando la mayoría (48,5%) ayuda para transferencias y únicamente el 1,2% es capaz de subir y bajar escaleras.

CONCLUSIONES

- 1.- Los pacientes incluidos en HDG proceden en gran parte de hospitalización, siendo las enfermedades médicas y traumatológicas (fractura de cadera) las de mayor prevalencia. Paciente con comorbilidad, polifarmacia asociada y gran deterioro funcional.
- 2.- Progresión funcional en los pacientes con mejoría en todas las ABVD, con aumento de la autonomía.
- 3.- Casi la totalidad realiza sesiones de terapia ocupacional y cinesiterapia. Buena adaptabilidad de los pacientes.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 458

TÍTULO. REVISIÓN DEL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN PACIENTES ANCIANOS

Autores: GONZALEZ EIZAGUIRRE MM, FERRANDO LACARTE I, DEZA PEREZ MC, GAMBOA HUARTE B, BIBIAN GETINO C

DEZA PEREZ MARIA CARMEN . H NTRA SRA DE GRACIA . GERIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

1. Evaluar las causas más frecuentes de indicación de inhibidores de la bomba de protones en ancianos que ingresan en un servicio de geriatría y el tipo de IBP.
2. Analizar la adecuación en el tratamiento con inhibidores de la bomba de protones en estos pacientes, según las recomendaciones de una Guía de Práctica Clínica de empleo de los inhibidores de la bomba de protones en la prevención de gastropatías secundarias a fármacos (Salud Zaragoza 2011).

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, prospectivo. Pacientes ingresados desde junio a noviembre de 2014. Variables analizadas: sociodemográficos, antecedentes personales (AP), fármacos habituales, valoración funcional (I. Barthel- IB), valoración cognitiva (SPMSQ), comorbilidad (índice de Charlson-IC), parámetros bioquímicos y fallecimiento intrahospitalario. Paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS

318 ingresos. Mujeres (68.2%). Edad media: 85.89 (89.6% mayores de 80 años). Urgencias 84%. SPMSQ: 5.22. IB < 45 en 37% al ingreso y 53,1% al alta. AP: cardiovasculares 82,4%, neurológicos 61,3%, demencia 43,1%, nefrourológicos 40,6%, sensoriales 30,6%. FG MDRD < 60 ml/min: 23% en antecedentes, 45% en analítica de ingreso. Al ingreso: I. Charlson =3 46,9% y al alta I.Charlson =3 55,5%.
Fármacos: Ácido acetil salicílico: 39.9 %, clopidogrel: 5.3%, anticoagulante oral clásico: 14.2%, NACOS: 1.3%. AINES: 3.1%, corticoesteroides crónicos: 2.8%, metamizol 1.5%. Antecedentes digestivos: Reflujo gastroesofágico (ERGE): 3.1%, gastropatía: 4.4%, úlcera gastroduodenal (UGD): 5.3%. Zollinger-Ellison: 0%.
Tratamiento con IBP: 58.8%, de este porcentaje el omeprazol representa el 45 %, seguido de pantoprazol (5%). Cumple indicación adecuada: 70%. Motivo indicación IBP: antiagregante 71 %, anticoagulante oral clásico 21.4 %, UGD: 10.7%, gastropatía por AINES: 9.2%, corticoesteroide: 6.9%. El resto de la muestra que no lleva tratamiento con IBP, cumple indicación de llevarlo el 49.6%. Mortalidad intrahospitalaria: 16%.

CONCLUSIONES

Alto porcentaje de pacientes que toman omeprazol. La toma de antiagregante es el motivo más frecuente para la prescripción de IBP.
Según la guía de práctica clínica, en más de la mitad de nuestra muestra, estaría indicada la utilización de IBP. Hecho que creemos que se corresponde con la realidad de nuestros pacientes, con importante comorbilidad cardiovascular y riesgo de eventos gastrolesivos.
Pequeño porcentaje de antecedentes de patología digestiva que podría corresponderse a un déficit en la recogida de datos al ingreso.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 485

TÍTULO. CONSULTAS DE GERIATRIA. EL PRINCIPIO DE UN PROYECTO DE MEJORA

Autores: GONZALEZ EIZAGUIRRE MM, DEZA PEREZ MC, FERRANDO LACARTE I, DOMINGUEZ BARCELONA LM, GARCIA ARILLA CALVO E

DEZA PEREZ MARIA CARMEN . H NTRA SRA DE GRACIA . GERIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Analizar la valoración de Médicos de Equipos de Atención Primaria (EAP) sobre el funcionamiento de unas consultas externas de Geriatria.
- Conocer los motivos más frecuentes de derivación.
- Mejorar la comunicación entre consultas de Geriatria y EAP.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo y transversal desde Octubre 2014 hasta Enero 2015. Elaboración de una encuesta de 11 ítems con respuesta múltiple. Se contacta con el coordinador de los Centros de Salud que con mayor frecuencia remiten pacientes, para solicitar colaboración en el estudio. Se acude a cada centro para que personal médico cumplimente la encuesta. SPSS.

RESULTADOS

52 encuestas de 7 Centros de Salud de Zaragoza. Conocen las consultas de Geriatria 92.3%. Solicitado consulta el 78.8%. Frecuencia derivación: 67.3% a veces, 9.6% a menudo, 19.2% nunca. Motivo derivación: Valoración geriátrica integral: 53.8%, Demencia: 51.9%. Pluripatología: 34.6%, Alteración conductual: 21.2%, Visados: 15.4%, Polimedición: 13.5%. Respecto a la demencia suele derivar a otros especialistas simultáneamente: 46.2% a veces, 36.5% a menudo, 11.5% siempre. Respuesta satisfactoria al motivo de derivación: 51.9% a menudo, 15.4% siempre. Recibe informe por escrito de consulta 55.8% siempre, 15.4% a menudo. Se percibe satisfacción del familiar tras la consulta: 48.1% a menudo. 17.3% siempre. Valoración del funcionamiento de la consulta: 76.9% adecuado.

CONCLUSIONES

La gran mayoría de los médicos de EAP conoce nuestras consultas aunque un 19.2% no ha derivado nunca. Puede estar en relación al desconocimiento de la posibilidad de ser atendido en nuestro centro con independencia del sector sanitario al que pertenece.

La valoración geriátrica integral y el deterioro cognitivo son motivos frecuentes de consulta y comprobamos que la demencia es un motivo de derivación simultánea a otros especialistas.

Nuestras consultas aprueban con un notable. Valoramos mejorar el acercamiento del S. de Geriatria con los EAP. Se plantea una propuesta futura de trabajo como proyecto de mejora, buscar nuevos cauces de contacto efectivos que permita hacer más sencilla esta comunicación.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 624

TÍTULO. ¿SON LOS PACIENTES ANCIANOS PALIATIVOS “VISIBLES” EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA?

Autores: GAMBOA HUARTE B, FERRANDO LACARTE I, GONZALEZ EIZAGUIRRE MM, DEZA PEREZ MC, GARCIA ARILLA CALVO E

GONZALEZ EIZAGUIRRE MARTA MERCEDES . H NTRA SRA DE GRACIA . GERIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

1. Evaluación de los informes de alta hospitalaria de ancianos paliativos ingresados en Geriatria.
2. Analizar la información registrada en la historia clínica electrónica (HCE) de la Comunidad Autónoma de Aragón (Atención Primaria/Especializada).

METODOLOGÍA

Revisión de informes de alta de pacientes del servicio de Geriatria entre 1/09/2015 y el 30/04/2016. Variables: edad, sexo, antecedentes personales (AP), tipo de cama, terminalidad, diagnóstico, evolución, mortalidad, diagnóstico en OMI al alta, intervención del ESAD, motivo de inclusión. Revisión HCE. Supervivencia hasta 20/05/2016. Análisis descriptivo. SPSS.

RESULTADOS

Altas hospitalarias: 114. 53.5% mujeres. 22.8% se identificó un diagnóstico previo en OMI tributario de cuidados paliativos. AP: 24.6% de la muestra se menciona la necesidad de estos cuidados. El 15.8% de los pacientes fueron asignados a camas funcionales de cuidados paliativos. 65.8% cumplían criterios de terminalidad. El 95.6% de los informes de alta identificaba claramente la necesidad de cuidados paliativos. El procedimiento cuidados paliativos (V66.7) se identificó en el apartado de diagnóstico secundario en el 65.8% y la necesidad en el 76.3% de las evoluciones realizadas. 58.8% fallecen en el hospital. De los pacientes que fueron alta a domicilio sólo en el 19.1% es registrado por parte de Primaria y visualizado en la Historia Clínica Electrónica. Se identifica diagnóstico definido que justifica los cuidados paliativos en el 83% de los informes.

CONCLUSIONES

1. La búsqueda de datos en Atención Primaria se ha agilizado desde la inclusión en el sumario clínico de episodios con derivación directa a la información descargada en OMI. No obstante el paciente anciano paliativo se asienta en el sistema de información de Atención Primaria únicamente por diagnóstico o con epígrafes de terminalidad y dependencia, sin identificarse claramente la indicación de cuidados paliativos.
2. En Atención Especializada no existe en la actualidad herramienta que permita visualizar con facilidad la información del sujeto de este estudio. Únicamente la revisión de informes de alta generados o de consulta permiten obtenerla. Pero esto es altamente laborioso suponiendo carga añadida al trabajo asistencial ordinario. Buscando una actuación sanitaria más eficiente sentimos la necesidad de futuras modificaciones en la historia clínica.
3. Precisamos líneas de mejora de informes de alta y estrategias en la transmisión de la información.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 446

TÍTULO. FORMACIÓN AL PACIENTE EN AUTOCONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL. ¿QUÉ HEMOS VARIADO EN 5 AÑOS?

Autores: FRANCO GARCIA ME, ABAD OLMOS AL, LOPEZ CORONADO PEREZ JL, PEREZ LAYO A, MONEVA JORDAN JJ, CARRASCO BARAJA V, LOPEZ GOMEZ LA

FRANCO GARCIA MARIA ESTHER . H NTRA SRA DE GRACIA . HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

En 2009 SALUD ofertó el ATAO; en 2010 surgió el grupo de ATAO del Sector I. En junio 2011 presentamos resultados del primer año de trabajo en estas jornadas. Ininterrumpidamente hemos seguido como único grupo en Zaragoza que forma y controla pacientes en ATAO y siendo sus hematólogos de referencia.

En 2010 empezamos con el material proporcionado por SALUD. En estos 5 años han surgido nuevas necesidades, por lo que hemos elaborado nuevos documentos, pautas y recomendaciones, implementando el material recibido de SALUD. SALUD nos suministró en 2010:

- diapositivas de docencia a pacientes
- diarios del paciente anticoagulado (marrón para INR terapéutico 2-3; azul para INR 2,5-3,5), incluye las tablas para dosificación según el INR obtenido del autoanálisis
- guía del SALUD para el paciente anticoagulado
- coagulómetro portátil
- bolígrafo de punción capilar
- tiras reactivas de medición del INR
- hoja de recogida de datos del paciente
- consentimiento informado

Tras sucesivos cursos de formación impartidos hemos implementado:

- teléfono de atención a nuestros paciente en ATAO
- nuevas diapositivas para curso de formación a pacientes
- hoja de observaciones generales; añaden información al diario y guía del paciente anticoagulado
- hojas de recogida de resultados de INR y de dosis (copia de seguridad)
- tablas de ajuste de dosis en INRs terapéuticos distintos de habituales
- tablas equivalencia de DTS (TAO clásico) y niveles (ATAO)
- pautas para HBPM, si precisa
- pautas para no retirada de TAO en extracción dental sencilla (consenso de hematólogos y odontólogo)
- ficha de inclusión del paciente en ATAO, para historia clínica
- ficha de revisiones periódicas en nuestra consulta
- informe del coagulómetro para aduana/aeropuerto
- hoja registro (nº de serie) de coagulómetro entregado
- test aptitud en ATAO del paciente/cuidador
- informe para C Salud, indicando que el paciente pasa a ATAO
- encuesta valoración/satisfacción del paciente tras curso de formación en ATAO

Hemos elaborado (junto al Grupo trabajo Coagulación de la Sociedad Aragonesa Hematología y Hemoterapia), de criterios de priorización para candidatos a ATAO y del formulario de solicitud de inclusión en ATAO, a cumplimentar por el médico que deriva al paciente.

El material referido se pondrá a disposición de enfermería de los centros que acudirán a los 2 cursos FOCUSS que realizamos en 2016 y al grupo de enfermeras CS Actur Norte, que adoptarán nuestros materiales, procedimientos y métodos, con el fin de expandir uniformemente el ATAO en Aragón, apoyados desde SALUD.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 295

TÍTULO. EVOLUCIÓN DEL PACIENTE DE HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO EN LA PRIMERA DÉCADA DEL SIGLO XXI

Autores: DEZA PEREZ C, FERRANDO LACARTE I, GONZALEZ EIZAGUIRRE MM, BIBIAN GETINO CM, DOMINGO SANCHEZ D

DEZA PEREZ CARMEN · HNTRA SRA DE GRACIA · GERIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

1. Conocer el perfil de paciente derivado a consulta de alta resolución (CAR). 2. Comprobar si se ha modificado el perfil en los últimos 10 años.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo pacientes valorados en CAR en los años 2005 y 2015. Parámetros: nº pacientes, edad, sexo, procedencia, motivo consulta, comorbilidad, fármacos, v. funcional (Barthel, tinetti), cognitiva (Pfeiffer), adecuación derivación, demora consulta, destino tras valoración.

RESULTADOS

2005: 201 pacientes, mujeres 59.7%, edad media 80.7 años. Procedencia: EAP (46.3%), CCEE geriatría (11.4%), y hosp. geriatría (6%). Motivos: Fractura cadera (33.3%), Det. Funcional (17.4%), ACV 10.9%, otras fracturas 7.5%, post-ingreso 6.5%, caída (5%). Comorbilidad media 4.27. Media fármacos previos 5.67, posterior 5.76. Funcional: Mediana Barthel 50. Media tinetti 2.27. Pfeiffer 2.3. Demora primera consulta 5.1 días. El 63.7% adecuados HDG. *Indicadores: Pacientes nuevos 126, estancias totales 2707, % ocupación 90.23, asistencia media total / pacientes 21.48, IPNC 0.47.
2015: 271 pacientes, mujeres 65.3%, edad media 82.16 años. Procedencia: EAP 27.9%, CCEE Geriatría 11.9%, Hosp. Geriatría 11.5%, ortogeriatría 10.4%. Motivo: Fractura cadera 28.9%, Det. Funcional 22.2%, ACV 16.7%, post-ingreso 11.5%, postcaída 3.3%. Comorbilidad media 6.86. Media fármacos previos 8.55, tras consulta 8.58. Funcional: Mediana Barthel 50. Media tinetti 2.24. Media pfeiffer 2.47. Demora primera consulta: 9.82 días. 79.3% candidatos HDG.
*Indicadores: Pacientes nuevos 209, estancias totales 3998, % ocupación 84.1, asistencia media total / pacientes 19, IPNC 0.52.

CONCLUSIONES

En 2015 mayor número de pacientes valorados, edad media superior, y procedencia hospitalaria. Mismos motivos de consulta con aumento fractura cadera, mayor comorbilidad, polifarmacia, dependencia y mejor adecuación a HDG por su mayor deterioro funcional y adecuado nivel cognitivo. Existe en los últimos años un aumento de edad de los usuarios de HDG con mayor comorbilidad, polifarmacia y procedencia hospitalaria. Esto refuerza el objetivo de los HDG de evitar estancias hospitalarias prolongadas en este tipo de pacientes y la supervisión de los mismos para evitar reingresos. Los pacientes crónicos se beneficiarían de una mayor cobertura de HDG.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 330

TÍTULO. EVOLUCION CLINICA Y SEGUIMIENTO AL AÑO DE PACIENTES DE EDAD AVANZADA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Autores: DEZA PEREZ C, FERRANDO LACARTE I, GONZALEZ EIZAGUIRRE MM, CANOVAS PAREJA C, CORCHERO MARTIN JI, GARCIA ARILLA CALVO E

DEZA PEREZ CARMEN . H NTRA SRA DE GRACIA . GERIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Características de pacientes mayores de 80 años que ingresan en UCI y seguimiento de uso de recursos y mortalidad un año tras el alta.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo prospectivo en pacientes que ingresan en UCI entre los años 2012 y 2014. Evolución y seguimiento durante el primer año tras el alta.

RESULTADOS

142 pacientes, 8 mayores de 90 años (22.36% del total ingresos). Distribución por años: 2012: 19.32%, 2013: 22.54%, 2014: 25.90%

Varones 56.3%. Edad media: 83.65 años (80 – 93).

Apache II: 12.62 (4-38).

Estancia media: 6.57 días.

Procedencia: Urgencias 79.6%, hospitalización médica 11.3%, quirúrgica 4.2% otras UCIs 4.9%.

Motivo ingreso: Síndrome coronario agudo 41.9%, trastornos del ritmo 25,8%, I cardíaca 6.5%, I respiratoria 4.8%, PCR 4%, sepsis 4%, neumonía 3.2%, TEP 1.6%

Antecedentes: fibrilación auricular 19.7%, cardiopatía isquémica 26.8%, patología valvular 14.8%, HTA 79.6%, I cardíaca 18.3%, I renal crónica 12%, I respiratoria crónica 12.7%, ACV 16.9%, deterioro cognitivo 8.5%, DM 26.8%, EPOC 14.1%.

Complicaciones: Infección nosocomial 14.8%, delirium 17.6%.

Técnicas: Vía central 60.6%, IOT 22.5%, toracocentesis 1.4%, cateterismo cardíaco 44.4%, paracentesis 0.7%, BiPap 12.7%, traqueotomía 2.8%, coronariografía 19%, marcapasos 10.5%, ventilación mecánica 5.6%.

Número de fármacos: Ingreso media 6.17 (0-22). Alta media 7.18 (0-17).

Mortalidad en UCI: 22.5%, al año: 26.4%

Durante el año posterior acuden a urgencias 1 ó 2 veces el 41.8%, > de 3: 19.1%. (39.1% no precisan acudir a servicios de urgencias). El 40% requieren 1 ó 2 ingresos hospitalarios, >3: 10%. (50% no ingresan en el primer año). Un paciente reingresó en UCI (0.1%).

CONCLUSIONES

Elevada prevalencia de pacientes de edad avanzada que precisan tratamiento intensivo, con un número creciente de ingresos en años sucesivos. Patología predominante cardíaca que con independencia de su edad son candidatos a técnicas invasivas. Escaso deterioro cognitivo y delirium. Moderada mortalidad durante el ingreso y en el año posterior. Elevado uso de los Servicios de Urgencias, no precisando ingreso en la mitad de los casos.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 278

TÍTULO. **COMPRESIÓN Y COMUNICACIÓN EN LA INFORMACIÓN A LOS CUIDADORES DE LOS PACIENTES EN UN SERVICIO GERIATRÍA**

Autores: FERRANDO LACARTE I, DEZA PEREZ MC, GONZALEZ EIZAGUIRRE MM, MINTHE M, CANOCAS PAREJA C

FERRANDO LACARTE IGNACIO . H NTRA SRA DE GRACIA . GERIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Evaluar el nivel de comprensión de la información que se traslada a la familia/cuidador del paciente geriátrico y el grado de satisfacción de los mismos, dada la elevada prevalencia de las enfermedades crónicas que dificulta, en ocasiones, la comprensión.

METODOLOGÍA

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo prospectivo de pacientes ingresados en periodo comprendido entre octubre y diciembre de 2015. Recogida de variables. Entrevista con cuidador principal tras el alta. Análisis nivel de conocimiento de antecedentes médicos y concordancia con las patologías reales del paciente. Evaluación grado de satisfacción con la información suministrada, lenguaje utilizado y lugar de información. SPSS.

RESULTADOS

Se incluyen 172 pacientes edad media de 86,65 años, 64,5% mujeres, Viven:sólos 5,8%, con cónyuge 19,2%, con hijos 34,9% en residencia 32,6%. I. Barthel alta: <20: 37,5%, >60: 25,1%. MSQ Pfeiffer >3: 54,5%. I. Charlson con edad: 6,92. Cuidador principal: familia primer grado 60%, segundo grado 0,6%, cuidadores externos 32,6%. Nivel educativo: universitarios 24,5%, estudios primarios y secundarios:12,3%, sin estudios: 15,7%. Grado conocimiento sobre antecedentes: neoplasia 63.6%, HTA 67,2%, I cardiaca 54%, EPOC 71,8%, diabetes 72,2%, I renal 35,1%, anemia 62,5%, patología tiroidea 25%, artrosis 32%, ictus 68,8%. demencia 70%, Parkinson 75%, depresión 11,42%. No hay relación entre la línea de parentesco, nivel educativo, lugar de residencia del paciente, ni la prevalencia de uso de un servicio de Urgencias u hospitalización ($p>0,005$). Tipo información que desea recibir: 40,1% información completa lenguaje coloquial, 28,5% lo que el facultativo considere oportuno, 14% muy simplificada, 5,8% términos médicos complejos, 4,1% investiga en internet. Grado satisfacción con la información: 43% muy satisfecho, 43% satisfecho, 7% mejorable, 1,2% no satisfecho. Lugar información preferido: pasillo 61,1%, habitación 16,9%, despacho 12,8%, sala familiares 1,7%.

CONCLUSIONES

DISCUSIÓN

La satisfacción del cuidador con la información recibida es adecuada pero existe bajo nivel de conocimiento real sobre enfermedades del paciente, sin encontrar relación con el perfil del cuidador principal, el lugar de residencia o la prevalencia de uso hospitalario.

Es necesario profundizar en tácticas que faciliten la comunicación con la familia en el Hospital tras analizar las oportunidades de mejora incidiendo en el tiempo destinado a explicación y aclaración de dudas, lenguaje apropiado y el espacio físico más idóneo.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 279

TÍTULO. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA REALIDAD EN EL PACIENTE TERMINAL

Autores: FERRANDO LACARTE I, GONZALEZ EIZAGUIRRE MM, DEZA PEREZ MC, CANOVAS PAREJA C, MINTHE M

FERRANDO LACARTE IGNACIO . H NTRA SRA DE GRACIA . GERIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Es sabido que es un derecho del paciente conocer la verdad sobre la gravedad de la enfermedad que padece y su evolución. En ocasiones se omite dicha información para "proteger al paciente" y evitar situaciones de depresión o ansiedad, que pudieran perjudicar la evolución de su dolencia. El objeto de este trabajo es conocer la opinión del cuidador principal sobre la necesidad de informar al paciente, en situación de terminalidad.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo prospectivo de pacientes ingresados entre octubre y diciembre 2015. Recogida de variables. Entrevista con cuidador principal. Descripción de patologías crónicas y años de evolución. Se formula pregunta al cuidador: "¿si el paciente tuviera patología grave con criterio de terminalidad y mantuviera capacidad de comprensión, querría que tuviera información real de su enfermedad" y en caso negativo, ¿ por qué motivo?".

RESULTADOS

172 pacientes edad media de 86,65 años, 64,5% mujeres, I. Barthel alta: <20: 37,5%, >60: 25,1%. MSQ Pfeiffer >3: 54,5%.

Viven: solos 5,8%, con cónyuge 19,2%, con hijos 34,9%, en residencia 32,6%. Cuidador principal: familia primer grado 60%, segundo grado 0,6%, cuidadores externos 32,6%. Nivel educativo del cuidador: universitarios 24,5%, estudios primarios y secundarios: 12,2%, sin estudios 15,7%.

Antecedentes: neoplasia 22%, HTA 116%, I cardiaca 50%, fibrilación auricular 56%, cardiopatía isquémica 17%, EPOC 32%, diabetes 36%, I renal 37%, anemia 62,5%, patología tiroidea 13%, artrosis 71%, ictus 45%, demencia 76%, Parkinson 8%, depresión 35%

En caso de enfermedad grave con criterios de terminalidad: 45,3% no desea que el paciente tenga ningún conocimiento, 25% considera adecuado lo que determine el profesional sanitario, 9,3% únicamente información seleccionada 14% la totalidad de la información real.

Los motivos para no informar: 32% no lo comprendería, 11% se alteraría, 6,4%, se deprimiría, 0,6% no especifica motivos.

CONCLUSIONES

Existe un elevado número de cuidadores de pacientes con criterios de terminalidad que no desean proporcionar información veraz acerca de su enfermedad para evitar sufrimiento, limitando su derecho a decidir y a conocer su patología.

Hay que potenciar la comunicación con el paciente y su núcleo familiar para romper el "complot del silencio" y prepararlos para esta etapa en el final de la vida

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 308

TÍTULO. ALERGIA A MEDICAMENTOS: ¿PROBLEMA DE SEGURIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA?

Autores: REBOLLAR TORRES E, LARUMBE SOLDEVILLA M, ANDRES ARRIBAS I

REBOLLAR TORRES ELENA . H NTRA SRA DE GRACIA . FARMACIA HOSPITALARIA (FH)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Evaluar y cuantificar el registro del apartado alergias en el programa de prescripción asistida (PEA) con la información de la historia clínica electrónica (HCE) común para atención primaria y especializada. Proponer campos de mejora para aumentar la seguridad en el uso de medicamentos.

METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo-prospectivo de los cuatro últimos meses de 2015. Se incluyen todos los pacientes ingresados en un Servicio de Geriátrica con Unidad de Ortogeriatría. Al ingreso, el farmacéutico revisa en la HCE las alergias que constan tanto en el sumario clínico como en los informes de Urgencias. Se analiza la información y la cumplimentación del apartado alergias en la PEA, considerando cumplimentado este apartado tanto si constan o no. En este último caso se etiqueta "no conocidas".

RESULTADOS

Se revisan 405 ingresos del período estudiado. De los 129(31,8%) pacientes con registro de alergias en la HCE, en 60(46,5%) hay discrepancias en los datos de alergias y en 42(32,6%) se califican como sospecha. En 301 pacientes (74,3%), el apartado de alergia no se cumplimenta en la PEA hasta que lo realiza el farmacéutico. De ellos, en 103(34,2%) sí figuran alergias en la HCE. En los 104 restantes (25,7%), consta información sobre alergias en la PEA: en 69(66,5%) por ser reingresos ya cumplimentados en su día, 64 por el farmacéutico (92,7%) y 5 por el médico (7,2%). El farmacéutico rellena y codifica alergias en 366 casos (90,4%) y el médico en 39(9,6%), mayoritariamente como texto libre, siendo el farmacéutico el que codifica en el 90% de estos casos.

CONCLUSIONES

- Las alergias a medicamentos son frecuentes en pacientes hospitalizados. Estos datos son superiores a los encontrados en la bibliografía, debido a la elevada notificación de alergias como "sospecha".
- En casi la mitad de los casos hay discrepancias en las alergias recogidas en la HCE, lo que afecta gravemente a su fiabilidad.
- En la mayoría de los pacientes el apartado alergias no se rellena al ingreso, por lo que la intervención farmacéutica al registrar y codificar las alergias en la PEA, aporta eficiencia y una importante sinergia asistencial, aumentando la seguridad del paciente.
- Propuestas de mejora: rellenar el apartado alergias al realizar el ingreso en PEA y verificar y disminuir las sospechas de alergias a medicamentos actualizándolas en la HCE con el fin de reducir las discrepancias en las alergias informadas.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 212

TÍTULO. EVOLUCION DE LAS INTERVENCIONES FARMACEUTICAS EN UN SERVICIO DE GERIATRIA

Autores: REBOLLAR TORRES E, ANDRES ARRIBAS I

REBOLLAR TORRES ELENA . H NTRA SRA DE GRACIA . FARMACIA HOSPITALARIA (FH)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Evaluar y cuantificar la atención farmacéutica comparando las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas en dos periodos distintos con el fin de identificar cambios en el perfil de intervención.

METODOLOGÍA

Estudio prospectivo de septiembre a diciembre de 2014. Ámbito del estudio: Servicio de Geriátría y Unidad de Ortogeriatría y Cirugía con 63 camas, todas ellas cuentan con prescripción electrónica asistida (PEA) y sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitarias.

Se revisaron el 100% de las líneas de prescripción y se recogieron datos de identificación, edad, sexo, alergias y terapia farmacológica de los pacientes. Se compara este estudio con el realizado en 2010.

RESULTADOS

El número total pacientes ingresados en el período de estudio fue de 405: 225 mujeres (55,56%) y 180 hombres (44,44%), con una edad media de 84,4 años.

Se intervino en 325 pacientes (80,25%-88,74% en 2010). Se validaron 8.876 líneas de prescripción y se realizaron 685 IF (7,9%-8,1% 2010). El número de intervenciones por paciente fue de 1,71 (3,27 en 2010) y las intervenciones por día 5,71 (9,78 en 2010).

Tras analizar las IF, se encontró que las más frecuentes fueron: dosis inadecuadas 211 (30,8%-34,68% 2010); 170 eficiencia-eficacia y 41 de seguridad; cambio de especialidad farmacéutica (EF) 152 (22,19%-62,79% 2010); 106 de vía de administración (15,47%-10,6% 2010); pauta de administración 80 (11,68%-13,66% 2010); selección inadecuada de EF 34 (4,96%-10,4% en 2010); información de medicamentos 32 (4,67%-4,96% 2010); omisión 15 (2,19%-7,95% 2010) y duración de tratamiento 19 (2,77%-11,82% en 2010).

Todas las intervenciones se realizaron en el seguimiento clínico diario.

CONCLUSIONES

El porcentaje total de IF ha sido similar en los dos periodos comparados, si bien el número de intervenciones por paciente y día se ha reducido.

Se mantienen las IF que aportan eficiencia y seguridad en las dosis utilizadas y se han reducido las realizadas por cambio de EF, debido a una mayor adhesión a la guía farmacoterapéutica del hospital, y las IF por selección inadecuada de EF. La atención farmacéutica aporta seguridad en la utilización de los medicamentos y refleja el compromiso del farmacéutico de hospital en la gestión clínica, lo que repercute directamente en la calidad de la atención prestada a los pacientes.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 444

TÍTULO. ELABORACION DE UN TRIPTICO DE CMA (CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA) EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores: AYALA ESTEVEZ MDM, RODRIGUEZ CURIESES P, CARDONA MONZON L, REMARTINEZ FERNANDEZ JM, PELLEJERO GRACIA C, BONO ARIÑO C, SANCHEZ BARTOLOME E

AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR . H ROYO VILLANOVA . CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Desarrollar un tríptico que refuerce la entrevista con el paciente en la consulta de anestesia.
- Promover y mejorar costumbres, hábitos y comportamientos para optimizar los resultados de la cirugía.
- Fomentar un vínculo entre el paciente y los profesionales sanitarios que le atienden para aumentar la comunicación y la confianza.

METODOLOGÍA

Se constituyó un equipo multidisciplinar de ocho profesionales del ámbito de la salud para analizar el procedimiento habitual de atención al paciente de C.M.A. Se decidió unificar las recomendaciones preoperatorias en un único tríptico que ampliaba la información con los siguientes contenidos:

- Concepto de C.M.A.
- Recomendaciones para antes, durante y después de la intervención.
- Información relacionada con el Servicio de C.M.A: ubicación, teléfono, acceso en transporte público, trámites de bajas y justificantes, etc.

Se analizó la repercusión del proyecto mediante una encuesta; se repartió el tríptico, de manera aleatoria, a 200 pacientes y se comparó su opinión con la de otros 200 que no lo recibieron.

Las tres preguntas son indicadores de calidad de la información difundida:

1. ¿Considera suficiente la información recibida antes de llegar a la C.M.A.?
2. ¿Sabe usted dónde pedir los justificantes de intervención?
3. ¿Sabe usted dónde solicitar la baja laboral?

RESULTADOS

Tras la pregunta #1, el 94,5% del grupo a estudio manifestó que habían sido suficientemente informados frente al 88,5% de los pacientes sin tríptico.

Ante la pregunta #2, el 89,5% del grupo a estudio sabían dónde solicitar los justificantes de intervención frente al 43,5% del grupo control.

Con la cuestión #3, el 89,5% de los pacientes con tríptico manifestó saber dónde se pedía la baja frente a sólo el 27,5% de los intervenidos sin tríptico.

CONCLUSIONES

Los resultados en la pregunta #1 manifiestan la percepción que tiene el paciente de ser correctamente informado. Sin embargo, la información real es superior en aquellos que han leído el tríptico, según las respuestas a las demás preguntas.

La elaboración y difusión de un tríptico informativo sobre el proceso de C.M.A. es sumamente positivo, sencillo y aporta seguridad y confianza.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 361

TÍTULO. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE REGISTRO DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Autores: GONZALEZ CABALLERO AC, TIRADO G, ALIAGA P, EZPELETA AI, ORTEGA S, DE SOLA P, PEREZ R, QUILEZ A

GONZALEZ CABALLERO ANA CRISTINA . H ROYO VILLANOVA . UCI

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs), son unidades con un riesgo elevado de eventos adversos graves, ya que los eventos que suceden en pacientes en estado crítico les pueden causar daños irreversibles o incluso la muerte.

En la UCI del Hospital Royo Villanova hemos implantado un sistema de registro de incidentes y eventos adversos.

Los objetivos de nuestro sistema de registro son:

- Recopilar información sobre los incidentes acaecidos en nuestra unidad.
- Identificar, documentar, analizar los riesgos y debilidades detectadas en la unidad.
- Planificar medidas para evitar y prevenir la aparición de incidentes
- Difundir los datos a través de sesiones informativas
- Contribuir a la mejora del clima de seguridad dentro del ámbito de trabajo de nuestra unidad.

METODOLOGÍA

- 1.- En Mayo del 2015 se formó un grupo de Seguridad del Servicio de Medicina Intensiva, constituido por personal de la UCI de todas las escalas profesionales y denominado Grupo de Eventos Adversos.
- 2.-Se elaboró una encuesta sobre seguridad que fue contestada anónimamente por el personal de la unidad.
- 3.-Se elaboró una hoja de notificación de incidentes de fácil accesibilidad al personal de la unidad y de carácter voluntario y anónimo.
- 4.-Se colocó un buzón en la unidad donde depositar las hojas de notificación.
- 5.-Se realizó formación de todo el personal de la unidad mediante sesiones de 20-30 minutos y donde se trataron los siguientes temas:

- ? Concepto de "cultura de seguridad"
- ? Características y funcionamiento del sistema de registro.
- ? Cumplimentación de los registros:
 - Explicar cada componente de la Hoja de Notificación
 - Definir cada tipo de suceso
 - Definir cada nivel de gravedad (incidente, evento adverso leve y evento adverso grave).

Tras la impartición de las charlas, el 8 de Marzo de 2016 se puso en marcha el sistema de notificación.

RESULTADOS

- Se recogieron 25 encuestas sobre seguridad del paciente.
- Tras los cursos de formación, se han recogido hasta el momento 25 notificaciones (la mayoría sobre medicación y relacionadas con los cuidados) sobre cuyo análisis se han emitido las recomendaciones oportunas que se van comunicando periódicamente al personal de la unidad.

CONCLUSIONES

- Los resultados de la encuesta revelaron la importancia de mejorar nuestra cultura de seguridad.
- El proyecto ha tenido una buena acogida y las notificaciones recibidas demuestran el interés por parte del personal en mejorar áreas de nuestro trabajo de manera que lo hagan más seguro y eficiente para nosotros y nuestros pacientes.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 170

TÍTULO. VERIFICACIÓN DE LAS MEDIDAS DE ASEPSIA EN LA INSERCIÓN DE LA VÍA CENTRAL

Autores: GIMENO GIMENO MA, LOZANO SANCHEZ EM, USON ALVAREZ C, DIESTE GONZALEZ M

GIMENO GIMENO M ANGELES . H ROYO VILLANOVA . QUIROFANO

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Proporcionar los conocimientos y habilidades necesarias para mantener la asepsia en la colocación del catéter de vía central, mediante la lista de verificación en la inserción de vías centrales.

METODOLOGÍA

2.1- Definición:

Los catéteres venosos centrales son sondas que se introducen en los grandes vasos venosos del tórax o en las cavidades cardíacas derechas, con fines diagnósticos o terapéuticos.

2.2- Procedimiento:

- Preparación del paciente
- Valorar factores de riesgo
- Medidas de máxima barrera:
Preparación de campo estéril
Preparación del material que se va a utilizar
Fijación del catéter
- Comprobación correcta de la colocación del catéter
- Completar la lista de verificación
- Registro de la actividad.

RESULTADOS

2.1- Definición:

Los catéteres venosos centrales son sondas que se introducen en los grandes vasos venosos del tórax o en las cavidades cardíacas derechas, con fines diagnósticos o terapéuticos.

2.2- Procedimiento:

- Preparación del paciente
- Valorar factores de riesgo
- Medidas de máxima barrera:
Preparación de campo estéril
Preparación del material que se va a utilizar
Fijación del catéter
- Comprobación correcta de la colocación del catéter
- Completar la lista de verificación
- Registro de la actividad.

CONCLUSIONES

Al aplicar las medidas de "bacteriemia 0", se consigue disminuir el riesgo de infecciones casi en su totalidad:

- Se disminuye el riesgo de sepsis
- Se reduce el riesgo de lesión hística.
- Se acelera la autonomía, bienestar y recuperación del paciente, reduciendo así el riesgo de complicaciones.
- Conseguimos disminuir la estancia media de ingreso, evitando el riesgo de infecciones nosocomiales con la consiguiente reducción del gasto sanitario.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 594

TÍTULO. OPTIMIZACIÓN DEL TARV: ¿EFICIENTE O EFECTIVO?

Autores: SAMPERIZ ABAD F, DE LA LLAMA NATALIA, MORENO J, ESCOLANO A, NAVARRO H, ARAZO P

SAMPERIZ ABAD FLORIA . H ROYO VILLANOVA . MEDICINA INTERNA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Evaluar efectividad y eficiencia en los pacientes VIH en seguimiento en consultas externas de HUMS a los que se ha realizado un cambio del TARV.

METODOLOGÍA

Estudio prospectivo. Se incluyen los cambios TARV realizados desde 1/07/2014 hasta 31/12/2015. Se analizó el motivo del cambio, carga viral (CV) y la variación de costes respecto a los TARV previos que les eran administrados.

RESULTADOS

Se han incluido un total de 395 cambios de TARV, en un total de 316 pacientes.

El motivo de cambio fue 45% por efectos adversos (EA), 29 % por simplificación, 6% por fracaso virológico(FV), 14 % de forma proactiva, 2% por embarazo, 2% por abandono de TARV, 2% desconocido el motivo del cambio.

Si analizamos los esquemas de TARV previo observamos que el esquema que más se intervino fue en TVD+NN y TVD+IP. Siendo los esquemas de cambio mas utilizados KVV+NN, KVV+INI y biterapias con IP.

En nuestro hospital se considera CV indetectable con <20copias/ml. Se ha realizado análisis basándonos en nuestros márgenes y los tomados de forma clásica (CV<50copias/ml). Se observa un aumento de la indetectabilidad al realizar un estudio de la CV previa al cambio y la inmediata posterior (CV<20: 73.2 % vs 83.7%. CV<50: 81.1 vs 88.9%).

Si analizamos por separado los pacientes que han requerido más de un cambio (79 pacientes). Observamos que 10 pacientes volvieron al TARV previo (6 por intolerancia al nuevo TARV, 1 por fin de tratamiento VHC, 1 por aumento de CV-VHB, 1 por anemia (AZT) y 1 abandono TARV). 20 fueron al simplificar IP/r por IP/cobicistat. 3 por BLIP y 6 por FV franco (siendo 3 pacientes malos adherentes al TARV previamente). Resto de los re-cambios se realizaron de forma proactiva o por simplificación 20 de ellos y por EA (la mayoría intolerancia a algún fármaco) 33.

En cuanto al ahorro, se produjo una disminución del gasto global de -31.621,71 €/mes (-379.460,52 €/año). Si se desglosan los gastos por motivo del cambio, observamos que en el caso de simplificación-proactivo supusieron un ahorro de -23.547,56 €/mes (-282.570,72 €/año) mientras que el FV y el abandono TARV supusieron un aumento de 4.577,98 €/mes (54.935,76 €/año).

CONCLUSIONES

Pese a que los cambios TARV suponen un sobreesfuerzo (aumento de visitas, tiempo dedicado a cada paciente, ...) si se realiza optimización del TARV, no solo se consigue mejorar el gasto farmacológico directo, sino mejor eficacia y mayor adherencia, siendo el beneficio a largo plazo bueno tanto para el SNS como para el paciente.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 157

TÍTULO. ACTUACION DE ENFERMERIA EN EL MANEJO DEL RECUPERADOR DE SANGRE POSTQUIRÚRGICO

Autores: DIESTE GONZALEZ MM, GIMENO GIMENO MA, LOZANO SANCHEZ E, USON ALVAREZ MC

DIESTE GONZALEZ MARIA MERCEDES . H ROYO VILLANOVA . ANESTESIA Y REANIMACION

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Valorar la eficacia de Sistema de Recuperador sanguíneo.
Valorar su facilidad de uso.
Valorar el coste al Sistema Sanitario.
Beneficios en la recuperación del paciente.

METODOLOGÍA

Seleccionamos 20 pacientes quirúrgicos intervenidos de PTR a los que se les puso recuperador.
Durante su estancia en la sala del despertar se activa el dispositivo observando resultados.

RESULTADOS

En 10 pacientes se realiza transfusión de la sangre del recuperador en la Sala del Despertar.
En 3 pacientes se perdió el sistema de vacío siendo ineficaz el dispositivo..
En 5 pacientes no hubo suficiente cantidad para la infusión.
En 2 casos se transfundió más de una vez.

CONCLUSIONES

El sistema no facilita el uso del Recuperador produciéndose pérdida del vacío en alguno de los casos.
Buena aceptación por parte del paciente ya que disminuye la necesidad de transfusión heteróloga.
El sistema supone un ahorro en la utilización de los recursos.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 299

TÍTULO. IMPLANTACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL TEST DEL ALIENTO CON UREA MARCADA CON 13C

Autores: NAVARRO AZNAREZ G, NAVARRO AZNAREZ H, TRILLO CALVO E, USON MARTIN A, AGUARON CASORRAN P, FERRER CASAUS A, NAVARRO AZNAREZ M

NAVARRO AZNAREZ GLORIA . CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA) . ATENCION PRIMARIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Implantación, en un centro de salud urbano de Zaragoza, de la técnica del test del aliento con urea marcada con 13C, utilizando el protocolo europeo, que incluye la administración previa de ácido cítrico.
Valorar y analizar la implantación de dicho test así como el tratamiento instaurado y la respuesta obtenida.

METODOLOGÍA

Se estudia la totalidad de los pacientes a los que se les ha efectuado el test desde su implantación el 7 de octubre de 2015 hasta el 11 de mayo de 2016, citando 3 personas los miércoles de cada semana.
Los datos recogidos son: sexo, edad, motivo que causa la petición del test, resultado del mismo, tratamientos efectuados, control posterior con nuevo test para detectar si ha habido erradicación o no y en caso negativo nuevo tratamiento erradicador con su consiguiente control.

RESULTADOS

Se han estudiado 70 pacientes, con un rango de edad entre 17-90 años, y una media de 58,6 años, de los cuales el 77% son mujeres (54) y el 22,8% son hombres (16).
El 47,14% de los tests, fueron positivos y de éstos, recibieron tratamiento, el 84,8%.
El 79% de los tratamientos prescritos, seguían las recomendaciones de las guías.
Se indicaron control post-tratamiento en todos los casos, pero únicamente se dispone de datos en el 50% de los mismos, habiéndose negativizado el test en el 71% de los éstos.
Cuando se precisó nuevo tratamiento, se recurrió a la cuádruple terapia, negativizándose el 50% de las pruebas.
En el momento actual hay un 27% (9) de pacientes en espera de poder realizar el test.

CONCLUSIONES

La incorporación del test del aliento en Atención Primaria permite conocer el resultado del mismo y poner el tratamiento erradicador en nuestras consultas sin la necesidad de derivar al segundo nivel acortando tiempos de espera.
Hemos obtenido una prevalencia en la población (50%) similar a la descrita en la bibliografía, así como hemos comprobado que afecta a todos los grupos de edad, sin embargo, en cuanto al sexo, en nuestro estudio, un alto porcentaje son mujeres.
La mayoría de los tratamientos utilizados se ajustan a las recomendaciones de las guías.
Con el tratamiento se ha conseguido negativizar un alto porcentaje de dichas pruebas.
Creemos necesario continuar y ampliar el seguimiento para obtener resultados más representativos.
Necesitamos conocer estrategias de empoderamiento para concienciar a los pacientes del papel que juegan en su autocuidado y poder evitar pérdidas de resultados de los que depende su salud.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 250

TÍTULO. PROGRAMA DE ABORDAJE DE TABAQUISMO ACTIVO Y CRIBADO DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

Autores: GARGALLO GASCA N, MURO CULEBRAS M, TOMELO MUÑOZ R, ARNAL MEINHARDT A, LOZANO ROYO S, ISLA COBETA J, PEMAN MUÑOZ T, PUEYO SALAVERA C

GARGALLO GASCA NAIRA. CS LA ALMOZARA. UNIDAD DOCENTE DE MF Y C 22

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Realizar cribado de pacientes con riesgo temprano de Enfermedad Pulmonar Obstructiva. Crónica (EPOC) en pacientes con tabaquismo de nuestro Centro de Salud.
- Utilizar la espirometría como prueba diagnóstica en estos pacientes.
- Determinar precozmente el diagnóstico de EPOC para iniciar tratamiento en fases tempranas.
- Remitir a todos los pacientes con tabaquismo activo a consulta de deshabituación tabáquica.

METODOLOGÍA

Entre Septiembre y Diciembre del 2015 se captaron pacientes fumadores mayores de 35 años, a los que se les realizó el cuestionario de cribado COPD-PS, el Test COPD-6 con dispositivo portátil VITALOGRAPH y el Test de Richmond. Los resultados se introdujeron en un formulario de Google Drive para su registro y se crearon accesos directos al formulario en las consultas de los médicos y enfermeras participantes en el proyecto.

Los pacientes con resultados en el COPD-PS mayor o igual a 4 y/o COPD-6 con cociente FEV1/FEV6 <70 fueron remitidos para realizar una espirometría. Los pacientes con resultado en el Test de Richmond igual o mayor a 7 fueron derivados a la consulta de suspensión tabáquica.

Se consideró diagnóstico de EPOC todo paciente mayor de 35 años con hábito tabáquico y que presentó en la espirometría un cociente FEV1/FVC <0,7 tras broncodilatación.

RESULTADOS

Se han captado 83 pacientes fumadores a los cuales se les ha realizado el cuestionario COPD-PS y FEV1/FEV6 medido con dispositivo portátil.

De los 83 pacientes incluidos (100%), 49 (59%) fueron calificados de EPOC según el COPD-PS y/o el COPD-6, de los cuales 11 (13,25%) han sido diagnosticados de EPOC en la espirometría.

Del total de pacientes, 6 (7,2%) presentaron una motivación media o alta para dejar de fumar. Todos han sido remitidos a deshabituación tabáquica y 3 (3,1%) permanecen sin fumar en la actualidad.

Los pacientes con diagnóstico de EPOC han obtenido con el test COPD-PS un 100% de positividad, y con la prueba, un 25% de positividad

CONCLUSIONES

Realizar un cribado para la detección temprana de EPOC es factible y sencillo, y nos permite diagnosticar casos que de otra forma pasarían desapercibidos.

El test COPD-PS fue superior a la prueba VITALOGRAPH COPD-6 permitiendo finalmente diagnosticar un 75% más de casos.

Consideramos que es recomendable realizar el test COPD-PS junto al test de Richmond a todos nuestros pacientes fumadores como parte del protocolo de actuación en atención primaria, debido a su gran utilidad para el cribado de obstrucción crónica al flujo aéreo, pese a su baja implementación en nuestras consultas.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 231

TÍTULO. UTILIDAD DE LA ESCALA SAME-TT2R2 EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR TRATADOS CON ACENOCUMAROL

Autores: DOBROMIROVA DOBREVA G, TEJADA DE LOS SANTOS L, GARCIA RODRIGUEZ J, RODRIGUEZ SERRA L, SARSA GOMEZ AM, BELLOSO RODANES MI, MARTIN RUIZ A

GARCIA RODRIGUEZ JAVIER . CS LAS FUENTES NORTE . UNIDAD DOCENTE DE MF Y C Z2

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Determinar la concordancia que existe entre el grado de control del tratamiento con acenocumarol según el tiempo en rango terapéutico y el resultado de la escala SAME-TT2R2 .

METODOLOGÍA

Partiendo de una corte de 22513 usuarios activos se hizo una primera selección automatizada de pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular de 434, de los que se excluyeron 49 (por fallecimiento, no localización, falta de seguimiento o ausencia de registro del episodio) manteniéndose una muestra final de 385 pacientes. De estos últimos, 67 pacientes (50.75% mujeres y 49.25% varones, todos ellos de raza caucásica) cumplen las condiciones de estar en tratamiento con acenocumarol y ser controlados por Atención Primaria. Sobre éstos se realiza un estudio transversal retrospectivo en el que se recogen las variables según la escala SAME-TT2R2 [sexo, edad (<60 años), antecedentes médicos (al menos 2 de los siguientes: HTA, DM, enfermedad coronaria, vasculopatía periférica, insuficiencia cardiaca, ictus previo, enfermedad pulmonar crónica, insuficiencia renal o hepática), tratamiento (fármacos que puedan interferir), tabaquismo activo y raza (no caucásica)] para predecir el grado de control terapéutico con dicho fármaco.

RESULTADOS

Tras la aplicación de la escala SAME-TT2R2 en los pacientes seleccionados se observa que el 46,3 % de ellos presentan previsión de buen control (valores entre 0 y 1) frente al 53,7 %, que no lo presentan (valores mayores o iguales a 2). El porcentaje de pacientes con TRT óptimo (> 60) es de 40,3 mientras que el 59,7% presentan un control subóptimo (< 60). En relación a la concordancia entre el tiempo en rango terapéutico y los valores de la escala SAME-TT2R2, se observa que el 50,7 % de los resultados sí concuerdan mientras que en el 49,3 % no lo hacen.

CONCLUSIONES

Basándonos en los resultados de estudios anteriores, la escala SAME-TT2R2 es una herramienta de utilidad a la hora de elegir el tratamiento anticoagulante para un paciente con fibrilación auricular. Tras la aplicación de dicha escala a nuestra muestra los resultados obtenidos no son concordantes; podría atribuirse a la elevada edad de nuestros pacientes (media de 80,43 años) , su mayor morbilidad y polimedicación. Sería necesaria la realización de nuevos estudios con mayor tamaño muestral dado que la calidad del control de la anticoagulación es crucial para el manejo de la fibrilación auricular.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 353

TÍTULO. **SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II**

Autores: SANZ RUBIO MC, MARCEN ROMAN Y, FRANCO SIERRA MA, VARONA LOPEZ W, BERNAL PEREZ M, NOSTI ESCANILLA J, MORO LARA FJ, COCA MORENO J

SANZ RUBIO MARIA CONCEPCION . CS ROMAREDA (SEMINARIO) . UNIDAD DE FISIOTERAPIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Determinar la frecuencia de satisfacción e insatisfacción en usuarios atendidos en unidades de Fisioterapia de Atención Primaria del sector Zaragoza II en 2015.

METODOLOGÍA

Se realiza una Encuesta de opinión sobre la percepción de la satisfacción en la atención recibida en las unidades de Fisioterapia de Atención Primaria del sector Zaragoza II. El periodo de estudio en el que se llevó a cabo la recogida de información fue durante los meses de marzo y abril de 2015.

RESULTADOS

En el periodo comprendido entre los meses de marzo y abril de 2015 asistieron a las unidades de Fisioterapia del sector Zaragoza II 998 usuarios, de los cuales 735 eran elegibles para la muestra ya que se ajustaban a los criterios de inclusión establecidos en el estudio. De este último grupo 147 no participaron. La tasa de respuesta de los usuarios al cuestionario fue del 80%.

El tiempo de espera desde que se solicita la cita hasta la primera consulta es el ítem que apenas supera el 40% de usuarios satisfechos en el conjunto de la muestra. La facilidad para conseguir la cita también es otro de los elementos externos que alcanza menor porcentaje de respuestas con satisfacción y tiene que ver también con la accesibilidad al servicio. La valoración de la confianza, la amabilidad y el interés mostrado por los fisioterapeutas en Atención Primaria alcanza el 100% de respuestas con satisfacción en varias de las unidades de Fisioterapia del sector Zaragoza II. La asistencia recibida en general acumula un porcentaje del 91,6% de usuarios satisfechos y muy satisfechos con el servicio en el conjunto de la muestra. La mayoría de los usuarios considera que el tiempo dedicado es el adecuado. Casi la totalidad de los encuestados en el sector Zaragoza II recomendaría su unidad de Fisioterapia de Atención Primaria a amigos y familiares.

CONCLUSIONES

1. La experiencia de los usuarios de las unidades de Fisioterapia del sector Zaragoza II es habitualmente satisfactoria.
2. Los ítems sobre el tiempo de espera desde que solicita la cita hasta la fecha de consulta y la facilidad para conseguir la cita son los que más insatisfacción generan.
3. El 91,6% de los usuarios de las unidades de Fisioterapia del sector Zaragoza II valora como satisfactoria la asistencia global recibida en ellas.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 354

TÍTULO. SATISFACCIÓN EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. ANÁLISIS DE LAS FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA

Autores: SANZ RUBIO M, MARCEN ROMAN Y, FRANCO SIERRA MA, GALINDO MORALES G, PEREZ MENDIARA JI, SEBASTIAN LORENTE L, SOTO MARIN AR, USERO TIL N

SANZ RUBIO M CONCEPCION . CS ROMAREDA (SEMINARIO) . Unidad de Fisioterapia

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

1. Determinar el porcentaje promedio de respuestas con satisfacción e insatisfacción con cada área del cuestionario en usuarios atendidos en unidades de Fisioterapia de Atención Primaria (UFAP) del sector ZII en 2015.
2. Determinar el criterio para clasificar los usuarios que perciben en cada área la existencia o no de fortalezas y/o de oportunidades de mejora.
3. Determinar la frecuencia de usuarios del conjunto de participantes que perciben en cada área la existencia de fortalezas y/o de oportunidades de mejora

METODOLOGÍA

Tras la realización de una encuesta de opinión, se generaron variables que recogían para cada usuario el promedio de satisfacción y el promedio de insatisfacción y otras para ver aquellos usuarios que consideraban como fortaleza/oportunidad de mejora cada una de las dos áreas. El valor usado fue el porcentaje promedio de respuestas satisfactorias/insatisfactorias que resultó tener más exactitud para discriminar sujetos con satisfacción/insatisfacción en el ítem de valoración general.

Para definir dichos puntos de corte en cada área, se desarrolló una curva ROC seleccionando el porcentaje de aceptabilidad o inaceptabilidad con el índice de Youden.

RESULTADOS

En ambas áreas encontramos elevados porcentajes promedio de respuestas con satisfacción y muy bajos porcentajes promedio de respuestas con insatisfacción, especialmente en el área de los Elementos Internos (96,3% y 0,37%). Para el área de Elementos Externos, el punto de corte que proporciona la más exacta discriminación de satisfacción es el porcentaje del 45%. Para el área de Elementos Internos es el porcentaje del 90%.

En el análisis de la insatisfacción, en el área de Elementos Externos el punto de corte que mejor discrimina es el porcentaje del 10%.

La frecuencia de usuarios que perciben la existencia de fortalezas supera el 80% en las dos áreas. Sin embargo, la frecuencia de usuarios que perciben la existencia de oportunidades de mejora es mucho mayor en el área de Elementos Externos, alcanzando únicamente el 1,4% los usuarios que perciben la existencia de oportunidades de mejora en el área de Elementos Internos.

CONCLUSIONES

1. El promedio de ítems satisfactorios experimentados por usuario es mayor en los elementos internos.
2. Más del 80% de los usuarios considera los elementos externos e internos de la asistencia como áreas de fortaleza de las UFAP del sector ZII.
3. La experiencia insatisfactoria con alguno de los elementos internos es casi nula. Sin embargo, aproximadamente el 40% de los usuarios percibe los elementos externos como un área susceptible de mejora.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 355

TÍTULO. ASPECTOS MÁS DESTACADOS EN LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: SANZ RUBIO M, MARCEN ROMAN Y, FRANCO SIERRA MA, YAGÜE SEBASTIAN MM, YAGÜE SEBASTIAN MP, PEÑA LOPEZ AI, MINGUILLON LOPEZ P, LAHUERTA JARQUE A

SANZ RUBIO MCONCEPCION . CS ROMAREDA (SEMINARIO) . Unidad de Fisioterapia

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Determinar cuáles son las cuestiones que más preocupan a los usuarios de las unidades de Fisioterapia de Atención Primaria del sector Zaragoza II.

METODOLOGÍA

Se realiza una Encuesta de opinión entre los usuarios de las unidades de Fisioterapia de Atención Primaria del sector Zaragoza II durante los meses de marzo y abril de 2015. Se analizan las variables en relación a los aspectos positivos y negativos más relevantes.

RESULTADOS

En los 588 cuestionarios respondidos se analiza el apartado de preguntas abiertas en el que se muestran los aspectos más destacados relacionados con la satisfacción e insatisfacción de los usuarios.

• Aspectos positivos de los servicios recibidos:

Se observa un porcentaje de respuestas en blanco del 15,5% y un 13,3% responden de manera inespecífica. Dentro de los 419 cuestionarios que especifican algún aspecto concreto sobre lo que más les ha gustado de los servicios recibidos, se encuentran diferentes constructos que se han agrupado en varias categorías. Destacan aquellas que nombran la amabilidad y el trato (39,4%) y la asistencia recibida (26,2%).

• Aspectos negativos de los servicios recibidos:

La gran mayoría de los encuestados (71,3%) no destaca ningún aspecto negativo del servicio recibido en la unidad de Fisioterapia de Atención Primaria. Entre los 169 cuestionarios que señalan algún concepto sobresalen aquellos que mencionan los elementos externos a la atención fisioterápica propiamente dicha, destacando los que nombran la lista de espera hasta la primera consulta (30,6%). Por su parte, el 24,2% de las respuestas obtenidas hace referencia a las instalaciones y equipamientos como aspecto negativo y el 16,7% al escaso número de fisioterapeutas en las unidades de Fisioterapia de AP.

CONCLUSIONES

1. Los aspectos positivos más destacados por los usuarios de las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria del Sector Zaragoza II hacen referencia al componente afectivo además de las experiencias y el cumplimiento de las expectativas.

2. El tiempo de espera hasta la primera consulta es el aspecto negativo más repetido por los usuarios, seguido por las deficiencias en cuanto a los recursos materiales y recursos humanos, concretamente el escaso número de fisioterapeutas en las Unidades de Fisioterapia del sector Zaragoza II.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 356

TÍTULO. COMPARACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA CON OTROS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: SANZ RUBIO M, MARCEN ROMAN Y, FRANCO SIERRA MA, PEREZ BENITO M, SORIANO LAMANA P, TAPIA PEREZ AI, YAGÜE SEBASTIAN MM, YAGÜE SEBASTIAN MP

SANZ RUBIO MCONCEPCION . CS ROMAREDA (SEMINARIO) . UNIDAD DE FISIOTERAPIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Determinar si la frecuencia de satisfacción e insatisfacción en usuarios atendidos en las unidades de Fisioterapia de Atención Primaria del sector Zaragoza II varía respecto a otros servicios de sus centros de salud.

METODOLOGÍA

Se realiza una Encuesta de opinión sobre la percepción de la satisfacción en la atención recibida en las unidades de Fisioterapia de Atención Primaria del sector Zaragoza II y se comparan los resultados con los presentados para este sector en la Encuesta de Satisfacción de Usuarios del Sistema de Salud de Aragón que la Dirección General de Calidad y Atención al Usuario del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia del Gobierno de Aragón realizó en 2013 para conocer la opinión de los ciudadanos sobre la asistencia prestada en Atención Primaria.

RESULTADOS

Se observa una homogeneidad en los resultados dado que en ambos análisis los ítems relacionados con elementos externos a la asistencia son peor valorados que los correspondientes a los elementos internos. Sin embargo, se encuentran diferencias significativas en la valoración de algunos aspectos. El estado de las instalaciones y la facilidad para conseguir cita son peor valorados que en el resto de los servicios de Atención Primaria. Sin embargo, el tiempo de espera entre la hora de cita y la atención es mejor valorado entre los usuarios de las unidades de Fisioterapia que en el conjunto de los servicios de Atención Primaria. La confianza, la amabilidad y el interés mostrado también son mejor valorados entre los usuarios de las UFAP que en el resto de los servicios de Atención Primaria. Por otra parte, aún siendo las sesiones en la unidad de Fisioterapia más largas que las del resto de los servicios, el tiempo dedicado se valora mejor en el resto de los servicios de Atención Primaria. No obstante, la recomendación del servicio a amigos y familiares está mejor valorada en las unidades de Fisioterapia.

CONCLUSIONES

- 1.La frecuencia de satisfacción difiere con respecto a otros servicios de Atención Primaria, con un patrón que varía según se trate de elementos externos o internos.
- 2.Las unidades de Fisioterapia tienen más experiencias satisfactorias con los elementos internos que otros servicios de Atención Primaria y sucede al contrario con los elementos externos.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 357

TÍTULO. EVOLUCIÓN DE LA SATISFACCIÓN EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II DE 2012 A 2015

Autores: SANZ RUBIO MC, MARCEN ROMAN Y, FRANCO SIERRA MA, FRANCO GIMENO MV, GIMENO SANZ E, HERNANDEZ GALLARDO A, ARAKISTAIN MARKINA M, ARTIGAS GARCIA A

SANZ RUBIO MARIA CONCEPCION . CS ROMAREDA (SEMINARIO) . UNIDAD DE FISIOTERAPIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Comparar la frecuencia de usuarios satisfechos e insatisfechos obtenida en el año 2015 con la obtenida en los años 2012 y 2013.

METODOLOGÍA

Se realiza en 2015 una Encuesta de opinión sobre la percepción de la satisfacción en la atención recibida en las unidades de Fisioterapia de Atención Primaria del sector Zaragoza II y se comparan los resultados con los datos recogidos en años anteriores.

RESULTADOS

Comparando los resultados del estudio en 2015 con los recogidos en 2012 y 2013 en las mismas unidades de Fisioterapia, se muestra una estabilidad en el tiempo en los resultados de satisfacción e insatisfacción en todos los ítems, tanto en los Elementos Externos e Internos de la atención prestada como en la Valoración General.

Se observa siempre que los porcentajes de satisfacción para los elementos internos son más elevados y los elementos externos son los que menos satisfacción acumulan, de manera uniforme a lo largo del tiempo. Sucede al contrario en los porcentajes de insatisfacción, que habitualmente son bajos salvo en el ítem de aspectos externos que hace referencia al tiempo de espera desde que solicita la cita hasta la fecha de consulta, desde 2012 hasta 2015.

Sin embargo, el único ítem que presenta una diferencia estadísticamente significativa es el de la valoración del tiempo dedicado, cuyos datos en 2015 reflejan mejoría respecto a 2013, con mayor porcentaje de satisfacción (85,7 versus 76) y menor porcentaje de insatisfacción (14,3 versus 24).

CONCLUSIONES

- 1.La frecuencia de experiencias satisfactorias e insatisfactorias en los elementos externos e internos es homogénea a la experimentada durante años anteriores en las unidades de Fisioterapia.
- 2.El tiempo de espera hasta la primera consulta es el aspecto que recoge los porcentajes más bajos de satisfacción y los más altos de insatisfacción, con una diferencia estable a lo largo de los años.
- 3.Los aspectos relacionados con la interacción personal, la confianza, la amabilidad y el interés mostrado, muestran porcentajes elevados de satisfacción de manera estable en el tiempo. Así sucede también con la valoración de la asistencia recibida en general y con la recomendación del servicio a amigos o familiares.
- 4.La valoración por parte de los usuarios del tiempo dedicado en las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria del Sector Zaragoza II ha mejorado en 2015.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 358

TÍTULO. VARIACIÓN DE LA SATISFACCIÓN EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS Y SU TRATAMIENTO

Autores: SANZ RUBIO MC, MARCEN ROMAN Y, FRANCO SIERRA MA, VARONA LOPEZ W, NOSTI ESCANILLA J, MORO LARA FJ, YAGÜE SEBASTIAN MM, YAGÜE SEBASTIAN MP

SANZ RUBIO MARIA CONCEPCION . CS ROMAREDA (SEMINARIO) . UNIDAD DE FISIOTERAPIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Determinar la frecuencia de satisfacción e insatisfacción en usuarios atendidos en las unidades de Fisioterapia de Atención Primaria del sector Zaragoza II en 2015 y si ésta varía entre características de los usuarios y su tratamiento.

METODOLOGÍA

Encuesta de opinión sobre la percepción de la satisfacción en la atención recibida en las unidades de Fisioterapia de Atención Primaria del sector Zaragoza II. Adicionalmente al Cuestionario de Satisfacción de Usuarios, se utilizaron las bases de datos con la actividad asistencial prestada en estas unidades.

RESULTADOS

En el análisis de los 588 cuestionarios cumplimentados el volumen de mujeres es superior al de hombres. La media de edad de los participantes es 58,51 años. Las personas de más de 65 años son las que mayor peso tienen en la muestra. La patología prevalente es la que cursa sobre la columna y la media de sesiones recibidas es 11. En cuanto a la variable de la edad, la categoría de usuarios mayores de 65 años conlleva un porcentaje de usuarios satisfechos significativamente superior en la facilidad para conseguir cita, la confianza que el personal transmite, la información recibida y el respeto a su intimidad. La condición de trabajar presenta una menor respuesta de satisfacción en el tiempo de espera entre la hora de citación y la atención y en la información recibida. Los usuarios atendidos por problemas relacionados con la columna vertebral aportan un menor porcentaje de respuestas con satisfacción en cuanto al interés mostrado por el personal. Las personas que han recibido 15 o más sesiones son las que se muestran significativamente más satisfechas con el respeto a su intimidad en la atención (96,6%). En el ítem que valora la asistencia en general se observa una mayor respuesta de satisfacción, estadísticamente significativa, entre los usuarios con afecciones distintas a la patología de columna vertebral y hombro (94,9%).

CONCLUSIONES

- 1.Los sujetos más jóvenes y los que trabajan son los que menos satisfacción acumulan en algunos ítems como la facilidad para conseguir la cita, el tiempo de espera desde la hora de cita a la atención y la información recibida.
- 2.Los usuarios atendidos por problemas relacionados con la columna vertebral presentan menor satisfacción en algunos ítems como el interés mostrado por el personal.
- 3.Los usuarios mayores de 65 años muestran una mayor respuesta de satisfacción con el servicio prestado, tanto en elementos internos como externos a la propia atención.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 359

TÍTULO. COMPARACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS EN CADA UNA DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

Autores: SANZ RUBIO MC, MARCEN ROMAN Y, FRANCO SIERRA MA, ABENGOECHEA MEDRANO M, BLASCO GASCA O, CABANILLAS DEL POZO M, CARRASCOSA CANALES C, CHILLIDA HIGUERA MA

SANZ RUBIO MARIA CONCEPCION . CS ROMAREDA (SEMINARIO) . FISIOTERAPIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Determinar y comparar la frecuencia de satisfacción e insatisfacción en usuarios atendidos en cada una de las unidades de Fisioterapia de Atención Primaria del sector Zaragoza II en 2015.

METODOLOGÍA

Encuesta de opinión realizada en 2015 sobre la percepción de la satisfacción en la atención recibida en todas las unidades de Fisioterapia de Atención Primaria (UFAP) del sector Zaragoza II (ZII).

RESULTADOS

En todas las UFAP del sector ZII predominan los cuestionarios respondidos por mujeres. La media de edad más elevada la registran las UFAP de Las Fuentes Norte y San Pablo. El porcentaje más alto de trabajadores se encuentra en Valdespartera.

Destaca la patología de columna en la UFAP de Las Fuentes Norte, suponiendo más de la mitad de los usuarios atendidos, mientras que en la UFAP de Almozara supone tan sólo el 23,9% de las derivaciones. Existe variabilidad en cuanto al número medio de sesiones recibidas.

La opinión de los encuestados registra una distribución similar. No obstante, encontramos variaciones en algunos de los porcentajes de satisfacción entre las distintas UFAP, con diferencias estadísticamente significativas.

El ítem que recoge el mayor número de respuestas de insatisfacción en todas las unidades es el tiempo de espera desde que solicita la cita hasta la fecha de consulta, salvo en la UFAP de San Pablo, que además presenta alguna diferencia respecto a las otras.

La asistencia recibida en general acumula un porcentaje del 91,6% de usuarios satisfechos y muy satisfechos con el servicio en el conjunto de la muestra. Este porcentaje sólo desciende del 90% en tres unidades de Fisioterapia que también tienen en común que superan los cien días de espera hasta la primera consulta.

CONCLUSIONES

- 1.La experiencia de los usuarios de las unidades de Fisioterapia del sector Zaragoza II es habitualmente satisfactoria.
- 2.Las unidades de Fisioterapia presentan porcentajes de ítems satisfactorios e insatisfactorios muy próximos a los valores promedio. Las unidades también mantienen un patrón similar respecto a la frecuencia en la que se presentan fortalezas y debilidades.
- 3.Las unidades de Fisioterapia de los centros más nuevos presentan un porcentaje promedio de respuestas con satisfacción más alto gracias a la mejor valoración del estado de las instalaciones.
- 4.La confianza, la amabilidad y el interés mostrado por los fisioterapeutas en Atención Primaria alcanza el 100% de respuestas con satisfacción en varias de las unidades de Fisioterapia del sector Zaragoza II.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 479

TÍTULO. SE DEBERÍA RECURRIR A MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS PARA ATENUAR EL DOLOR ASOCIADO A LA VACUNACIÓN INFANTIL

Autores: GARCIA VERA C, GOMEZ BORAIO M, CENARRO GUERRERO T

GARCIA VERA CESAR . CS SAGASTA-RUISEÑORES . PEDIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Comprobar si una serie de medidas no farmacológicas atenúan el dolor durante el acto vacunal en niños de 2 a 18 meses de edad, con el fin de implantarlas en las rutinas habituales de inmunización

METODOLOGÍA

Estudio cuasiexperimental, antes-después. Durante un periodo de 3 meses se recogen datos relacionados con el dolor en la vacunación (tiempo de llanto en segundos, escala MBPS en diferentes tiempos y escala EVA), en niños de 2 a 18 meses pertenecientes a dos cupos de pediatría de un Centro de Salud urbano de Zaragoza, conformando el grupo control. Los datos se comparan con los obtenidos en el grupo de intervención en un periodo de 6 meses posterior, en el que se aplican medidas no farmacológicas encaminadas a atenuar el dolor (vacunación en el regazo de uno de los padres, ingesta previa de lactancia materna o solución de sacarosa, chupete y vacunación simultánea en lugar de secuencial). Se compara mediante el cálculo de la diferencia de medias (DM) con sus intervalos de confianza al 95% (IC 95%) y su significación estadística.

RESULTADOS

En global, el tiempo de llanto fue significativamente mayor en el grupo control: DM 13,27 sg (IC 95%: 7,06 a 19,84 sg; $p < 0,000$). La escala de dolor MBPS fue similar en ambos grupos a los 10 segundos de la inyección, pero significativamente mayor en el control a los 30 (DM 2,47 puntos; IC 95%: 2,47 a 3,21 puntos ; $p < 0,000$) y 50 segundos (DM 0,92 puntos; IC 95%: 0,38 a 1,46 puntos; $p = 0,001$). La valoración del dolor por parte de los padres con la escala EVA, fue significativamente más alta en los niños del grupo control (DM 0,48 puntos; IC 95%: 0,03 a 0,93; $p = 0,039$). Cada medida analizada aisladamente en contraposición al grupo control, mostró también efectividad significativa en la reducción del tiempo de llanto y en las escalas de dolor y de valoración de los padres. Cuando solamente se administra una inyección las diferencias de medias se dan en el mismo sentido pero no alcanzan significación estadística. La encuesta de satisfacción a los padres refuerza la recomendación a los sanitarios para que se tomen este tipo de medidas.

CONCLUSIONES

En concordancia con lo ya conocido, existen medidas no farmacológicas útiles para atenuar el dolor, principalmente cuando hay que administrar más de una inyección en el acto vacunal. Estas son de sencilla aplicación y deberían de implantarse en la práctica habitual.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 616

TÍTULO. ANÁLISIS DEL PERFIL DE LOS CUIDADORES QUE ASISTEN AL "TALLER DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD PARA PERSONAS CUIDADORAS"

Autores: PUEYO UCAR C, BUJEDO RODRIGUEZ F, PEÑA LOPEZ AI, NAVARRO SALDAÑA L, BECERRIL GERMAN C, RUIZ SANZ M, AVELLANA GALLAN M, ROYO BLESA M

PUEYO UCAR CRISTINA . CS SAN JOSE NORTE . UNIDAD DOCENTE MF Y C Z2

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Por el incremento de patologías crónicas y el envejecimiento de la población, está aumentando el número de pacientes dependientes. En el C.S. San José Norte y Centro, de los 45000 habitantes atendidos, el 2'6% son dependientes. Cuando una persona entra en esta situación, se crean dos tipos de pacientes: dependiente y cuidador. Nuestro objetivo es preservar su estado de salud entendido como bienestar global, pero los pacientes dependientes y sus cuidadores tienen unas necesidades especiales que no pueden cubrirse en la práctica diaria. En nuestro centro se realiza anualmente un Taller de Educación para la Salud para Personas Cuidadoras, impartido por un equipo de Médicos y Enfermeras (bienestar físico), Psicóloga (mental) y T. Social (social).

Hemos analizado los datos del perfil de los participantes en años anteriores y su grado de satisfacción para adecuar, haciendo un uso adecuado de recursos, el contenido de las sesiones, duración y horario, añadir nuevos temas o insistir en los que más preocupan.

METODOLOGÍA

Se imparte una sesión semanal, seis totales, en horario matutino. Se explican aspectos para mejorar el cuidado del dependiente, del cuidador y de la comunicación entre ambos, así como para aprender a utilizar los recursos sociales. Se realiza un registro de la edad, parentesco con el paciente dependiente, sexo, años de cuidado y el grado de dependencia concedido.

Al finalizar el taller, cumplimentan una hoja de evaluación, recogiendo su opinión sobre contenido, exposiciones, horario, duración, utilidad y satisfacción.

RESULTADOS

La media de participantes es de 11. El 74% son familiares de 1er grado, 10% de 2º grado y 16% cuidadoras profesionales. La edad media es 60 años y el 64% son mujeres, con una media de 4'3 años al cuidado de un dependiente.

En todas las ediciones se ha obtenido una elevada satisfacción en todos los ítem valorados. La sugerencia más recurrente es la de ampliar el horario.

CONCLUSIONES

El perfil predominante es el de mujer de 55-60 años familiar de 1er grado, aunque se aprecia aumento de participación masculina. Acuden sobre todo cuidadores "no profesionales".

Este año rellenarán cuestionarios COOP/WONCA antes y después del taller, para comprobar que las habilidades adquiridas ayudan a mejorar la calidad de vida del paciente.

Se ratifica la importancia de un equipo multidisciplinar en el que cada miembro aporta conocimientos valiosos para beneficio del paciente.

El alto nivel de satisfacción anima a planificar nuevas ediciones e intentar ampliar el horario.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 407

TÍTULO. IMPACTO DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN LAS SEGUNDAS VÍCTIMAS, VALORADO POR DIRECTIVOS Y COORDINADORES DE CALIDAD

Autores: MARCOS CALVO MP, ASTIER PEÑA MP, AIBAR REMON C, MIRA SOLVES JJ, CARRILLO_MURCIA I

MARCOS CALVO MARIA PILAR . CS TORRERO LA PAZ . ATENCION PRIMARIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Analizar implantación y utilidad de los planes de intervención en hospitales y atención primaria para responder ante eventos adversos graves, considerando soporte a segundas y terceras víctimas. Describir cultura de seguridad. Conocer si las segundas víctimas reciben apoyo, tienen cobertura del seguro de responsabilidad civil y reciben asesoramiento legal de la institución. Analizar si hay comunicación franca tras un EA. Conocer si hay plan de comunicación e imagen institucional tras un EA.

METODOLOGÍA

Población: Directores y Coordinadores de Calidad de Hospitales y Atención Primaria de 8 servicios regionales de salud españoles.

Se construyó encuesta con intervenciones de instituciones sanitarias internacionales de respuesta a EA. Constaba de 45 intervenciones en 5 áreas: 1: Cultura de Seguridad en la Institución, 2: Plan de crisis en caso de un EA grave, 3: Comunicación y transparencia con el paciente y su familia, 4: Atención a Segundas Víctimas (profesionales) y 5: Comunicación e Imagen Institucional. Para cada área se valoraba utilidad e implantación. Se calculó índice sintético global por cada área de la encuesta y se analizaron las diferencias en implantación y utilidad percibidas entre estos tipos de profesionales y entre los niveles de atención.

RESULTADOS

Respondieron 406 profesionales, 197 Directores y 209 Coordinadores de Calidad. Las diferencias entre los índices sintéticos de las 5 áreas en la comparación entre niveles asistenciales, son estadísticamente significativas para la implantación, siendo esta mayor en hospitales. Los índices sintéticos para la utilidad de las intervenciones son similares con alta valoración en ambos niveles salvo para el área 2 (plan de crisis) que es algo más valorada en hospital.

CONCLUSIONES

La mayoría de intervenciones son útiles para directivos y coordinadores de seguridad, pero de muy baja implantación. Al menos 1 de cada 3 profesionales sanitarios se ve involucrado en algún EA. Directivos y responsables de seguridad debieran promover apoyo y ayuda profesional. En atención primaria la implantación de intervenciones de soporte a las segundas víctimas es menor, y están más desprotegidas que en los hospitales. La mayoría de Instituciones Sanitarias no tienen programa de atención a segundas víctimas ni un plan para proteger a la institución como tercera víctima, pero lo considerarían útil tanto en Atención Primaria como en Hospital. Desarrollar recomendaciones y guías de intervención es una línea de trabajo para el futuro inmediato.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 395

TÍTULO. ¿UTILIZAS ADECUADAMENTE EL ANTISÉPTICO EN LAS HERIDAS?

Autores: TOBAJAS SEÑOR EM, LOZANO DE HOYO ML, ARMALE CASADO MJ, BROCCATE SANJUAN M, MORENO FRAILE R, MARTES LOPEZ C, GRACIA PELIGERO MT, GALLEL URGELL MM

TOBAJAS SEÑOR EVA M. DAP ZARAGOZA 2. DIRECCION DE ENFERMERIA AP

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Aportar la mejor práctica basada en la evidencia sobre uso adecuado de antisépticos al profesional sanitario

METODOLOGÍA

La prevención y el manejo de infección en las heridas es fundamental en el tratamiento de las heridas. Los profesionales sanitarios se encuentran ante una falta de evidencias científicas sobre el tema de la antisepsia, y en muchos casos, ante mensajes contradictorios. A pesar de su importancia y de posibles consecuencias, no disponemos de estudios experimentales, sino basada en la opinión de expertos. (1)
Una óptima utilización de antisépticos es una medida de gran eficacia para la prevención de la infección. Existen estudios que nos indican que la correcta protocolización en el cuidado de las heridas quirúrgicas puede disminuir el tiempo de hospitalización a 9,21 días de estancia media y reducción consecuente del gasto sanitario (2)
Se realiza una búsqueda bibliográfica, además de haber recibido formación acreditada y asistir a varios Simposios Nacionales sobre Ulceras por presión y heridas crónicas.

RESULTADOS

Los antisépticos no deben usarse de manera indiscriminada para la limpieza de heridas limpias. En una herida infectada los antisépticos no tienen acción curativa (3,4)
Los antisépticos sólo deberían usarse como un soporte a la terapia antibiótica sistémica, tiempo limitado y ser revisado regularmente (1).
Después del uso de un antiséptico, la superficie de la herida deberá ser irrigada con solución salina para minimizar la toxicidad potencial.
No se recomienda emplear antisépticos colorantes porque pueden enmascarar el aspecto de la herida, dificultando la valoración de la misma (5)
Es muy importante conocer las propiedades de los antisépticos, ventajas e inconvenientes, ya que un uso inadecuado de los mismos puede ser ineficaz y ocasionalmente dañino. (6).
Las evidencias sugieren que se han de seleccionar antisépticos que sean activos frente a la materia orgánica y que presenten pocas contraindicaciones.
Gluconato de clorhexidina al 0,05 al 1% es el antiséptico que cumplen mejor estos criterios (7,8)

CONCLUSIONES

Las guías nos ayudan a conocer el dónde, cuando y porque se debe utilizar un antiséptico, pero a pesar de ello, hay gran variabilidad en la practica clínica, incluso, actuaciones desaconsejadas.
Su uso inadecuado puede ser dañino.
En los casos que hay que utilizar un antiséptico, la clohexidina parece que es el de elección

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 403

TÍTULO. ACTUACIONES DE MUY BAJA EVIDENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS

Autores: TOBAJAS SEÑOR EM, PASCUAL GUTIERREZ F, SUÑER ABADIA S, TERUEL MAICAS A, ARRIETA HIGUERAS E, BRUN SOTERAS C, GONZALO LOZANO MF, SARASA BELLOSTA C

TOBAJAS SEÑOR EVA M. DAP ZARAGOZA 2. DIRECCION DE ENFERMERIA AP

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Argumentar las actuaciones de muy baja evidencia en el tratamiento de las quemaduras entre los profesionales sanitarios

METODOLOGÍA

El manejo adecuado de las quemaduras es fundamental.

Los profesionales sanitarios se encuentran ante una falta de evidencias científicas sobre quemaduras, y en muchos casos, ante mensajes contradictorios o actuaciones desaconsejadas. Se realiza una búsqueda de la mejor evidencia disponible, además de haber recibido formación acreditada y asistir a varios Simposios Nacionales sobre Heridas. Para la clasificación de la calidad y fuerza de las recomendaciones se utilizó el sistema del GRADE Working Group. Aquellas actuaciones con evidencia muy baja según dicha clasificación, se consideraran como poco aconsejadas.

RESULTADOS

Se consideran actuaciones con evidencia muy baja:

En las quemaduras epidérmicas o de primer grado, el uso de cremas con corticoides (2,3)

En quemaduras de segundo grado superficial / profundo y tercer grado:

- Retirar el vello que rodea la quemadura (3-5)
- La cura tradicional frente a la cura en ambiente húmedo(6)
- Utilizar cultivos realizados con hisopo para orientar el cuidado de estas heridas (7)
- Uso de antibióticos sistémicos como profilácticos en quemaduras menores (3,4,8)
- No evaluar el estado nutricional de forma individualizada y continua hasta la curación de la herida (3)

Se argumentará la actuación aconsejada en cada caso.

CONCLUSIONES

Conocer las actuaciones con muy baja evidencia en el tratamiento de las quemaduras resulta necesario para la toma de decisiones en práctica clínica diaria.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 177

TÍTULO. INTEGRACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN ONCOLOGÍA

Autores: LAUROBA ALAGON P, CEBOLLERO DE MIGUEL A, TORRUBIA ATIENZA MP, PEREZ ROSEL J, MORENO MATEO R, GARGALLO RANDO S, ANDREU GRACIA S, GARCIA MOYANO L

LAUROBA ALAGON PILAR. ESAD ZARAGOZA 2. ESAD

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Describir el nuevo modelo organizativo de la unidad de cuidados paliativos del sector II de Zaragoza desde Mayo 2015 tras la integración de un oncólogo médico en plantilla, y su impacto en la calidad asistencial.

METODOLOGÍA

Se ha ampliado el horario de las visitas a domicilio, con equipos de mañana y tarde, además de atención telefónica continuada de 08:00 a 20:00 de lunes a viernes. Se realiza una reunión interdisciplinar una vez a la semana con la participación de médicos de familia de las unidades de cuidados paliativos del sector I y II, oncólogos de consulta y de planta, y en la cual se comentan todos los nuevos pacientes oncológicos vistos la semana anterior. Existen además dos "enlaces" entre la planta de oncología y la unidad de cuidados paliativos (oncóloga y enfermera) que visitan a los pacientes ingresados que van a ser incluidos en programa antes de ser dados de alta.

RESULTADOS

Ha aumentado la derivación a la unidad de cuidados paliativos de pacientes oncológicos en fase terminal. Se ha reducido la demora entre fecha de remisión y primera visita, con una media de 2 días. También se han reducido las visitas a Urgencias y los ingresos en la planta de Oncología, con una media de visitas a Urgencias de 1 (rango de 0 a 5) y un número medio de ingresos de 0 (rango de 0 a 3).

CONCLUSIONES

Según la Organización Mundial de la Salud, en 2020 habrá 20 millones de casos de cáncer y 12 millones de fallecidos por esta enfermedad. Es por ello fundamental una atención integral al paciente oncológico, con la participación de todos los profesionales sanitarios implicados, que cubra todas las fases de la enfermedad; desde la prevención y diagnóstico hasta los cuidados paliativos en fase avanzada y manejo del final de la vida, para conseguir un impacto en la calidad asistencial.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 176

TÍTULO. IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTILOS DE APRENDIZAJE DE LOS PROFESIONALES QUE ROTAN POR UN ESAD

Autores: MORENO MATEO R, TORRUBIA ATIENZA MP, LAUROBA ALAGON MP, PEREZ ROSEL J, GARGALLO RANDO S, CEBOLLERO DE MIGUEL A, ANDREU GRACIA S, VILARIÑO ROMERO B

MORENO MATEO ROBERTO . ESAD ZARAGOZA 2 . ESAD

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El objetivo de este estudio ha sido identificar el estilo de aprendizaje de los profesionales que realizan una estancia por un ESAD y así optimizar la calidad de la enseñanza

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio transversal y prospectivo con una muestra de 19 personas que rotaron desde el 1 de Julio a 31 de Diciembre de 2015 y a quienes se aplicó el cuestionario de Estilos de Aprendizaje de David Kolb

RESULTADOS

Rotaron por nuestro servicio:

6 MIR de Familia: 1 asimilador, 2 divergentes, 1 convergente y 2 adaptadores

4 EIR de Familia: 1 asimilador, 1 divergente y 2 adaptadores.

6 Médicos de Familia: 1 asimilador, 3 divergentes, 2 adaptadores.

1 Psicólogo Interno Residente: Divergente

1 Enfermera: Divergente

Del total, el 42,3 % eran divergentes, 15,7% asimiladores, 5,2% convergentes y 31,5% adaptadores

CONCLUSIONES

Existen diferentes estilos de aprendizaje y cada persona posee uno predominante que influye en la forma en que percibe y procesa la información. El modelo elaborado por Kolb los clasifica en Convergente, Divergente, Adaptador y Asimilador. Surgen como una herramienta pedagógica tanto para el alumno como para el docente. Estos se encuentran estrechamente relacionados con la forma en que los alumnos (rotantes) aprenden así como con la forma en que los profesores (personal del ESAD) enseñan.

Aunque un gran porcentaje de los profesionales que han rotado por el ESAD tienen un estilo divergente, es importante que el docente conozca el estilo de cada uno de ellos para emplear estrategias metodológicas específicas y lograr así un mayor rendimiento de su estancia por dicho servicio.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 71

TÍTULO. CONTROL DE LA DIETA ORAL SISTEMATIZADA DE LOS PACIENTES EN UCI

Autores: ALONSO ALONSO S, FUERTES MCARMEN, GONZALVO EULALIA, GOMEZ MARIA, MARTIN CRISTINA, LOPEZ SILVIA, LOPEZ PILAR, ESCUSA ANA

ALONSO ALONSO SILVIA . H MIGUEL SERVET . UCI POLIVALENTE

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

CONTROLAR DE FORMA OBJETIVA LAS INGESTAS DE LOS PACIENTES EN UCI CUANDO EMPIEZAN A COMER

METODOLOGÍA

DURANTE 4 MESES SE HACE SEGUIMIENTO DE LAS INGESTAS ORALES EN LAS PRIMERAS 48 HORAS DE INICIAR LA TOLERANCIA DIGESTIVA. SE UTILIZA UNA ESCALA IMPLEMENTADA POR EL "PROYECTO ALIANZA MÁS NUTRIDOS", EN LA CUAL A CADA COMIDA SE LE OTORGA UNA PUNTUACIÓN DE 0 (NO COME NADA) A 2 (SE COME TODO) CON INCREMENTOS PROGRESIVOS DE 0,5 A 0,5. CADA PUNTO EQUIVALE A 200Kcal Y 10g DE PROTEINAS. AL FINAL DEL DÍA SE SUMA Y SE VALORA INGESTA ADECUADA, MODERADA O POBRE

RESULTADOS

DE 100 PACIENTES CON ESTANCIA MEDIA DE 15+/-10 DÍAS LLEGARON A INICIAR AL MENOS LA TOLERANCIA DIGESTIVA 29, DE LOS CUALES 25 REALIZARON DURANTE AL MENOS 2 DIAS TODAS LAS INGESTAS DURANTE 48 HORAS. DE LOS 25 PACIENTES 12 TUVIERON INGESTA MODERADA, 4 ADECUADA Y 9 POBRE. APOYANDOSE EN ESTOS CASOS LA NUTRICIÓN DEL PACIENTE MEDIANTE COMPLEMENTOS HIPERPROTEICOS Y EN UN CASO NPP.

CONCLUSIONES

NUESTROS PACIENTES TRAS SUPERAR EL PROCESO QUE LOS HA LLEVADO A UCI SE ENCUENTRAN INAPETENTES Y CUANDO COMIENZAN A COMER HAY QUE CUANTIFICAR DE FORMA OBJETIVA SUS INGESTAS PQ MUCHOS DE ELLOS, NO INGIEREN SUFICIENTES Kcal O PROTEINAS. CON ESTA ESCALA ESTO SE PUEDE HACER DE FORMA OBJETIVA Y CUBRIR ADECUADAMENTE LAS NECESIDADES NUTRICIONALES

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 570

TÍTULO. OSTOMIA, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN... ¿HAY RELACIÓN?

Autores: ANDRES GOMEZ N, RUIZ FALO C, OTO PUYUELO I, CRESPO REDONDO D

ANDRES GOMEZ NOELIA . H MIGUEL SERVET . CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Somos la consulta de enfermería de estomaterapia del Hospital Miguel Servet de Zaragoza. En nuestra consulta se atienden a todas las nuevas personas ostomizadas que se dan de alta de nuestro hospital y a todas las personas ostomizadas que por diversos motivos piden cita o son derivadas a nuestra consulta. Estas últimas suelen ser personas con problemas asociados al estoma, mayoritariamente fugas.

Hemos realizado un estudio analítico observacional transversal, para el cual se ha contado con una muestra tomada desde noviembre de 2015 hasta marzo de 2016.

Se han entrevistado a todas las personas que han acudido a nuestra consulta en este intervalo de tiempo.

Han sido un total de 44, las cuales representan el 19,1% del total de personas ostomizadas que tenemos filiadas.

Las personas que han sido entrevistadas varían entre los 1 y 41 meses que hace que están ostomizadas, y tienen unas edades comprendidas entre los 44 y los 89 años.

El objetivo ha sido la búsqueda de factores influyentes en los niveles de ansiedad y depresión en las personas ostomizadas que acuden a nuestra consulta.

METODOLOGÍA

Se ha realizado el análisis de los datos usando el "modelo de regresión lineal múltiple", midiendo así la influencia que tiene cada variable sobre la ansiedad y la depresión.

Esto permite saber, cuánto se modifica la variable dependiente (ansiedad y depresión), al cambiar la variable independiente (edad, sexo...)

El modelo es significativo porque R. Cuadrado esta dentro de rango ($>0,5$), que en el caso de la ansiedad es 0,621, y en el caso de la depresión es 0,698.

RESULTADOS

Con este análisis de los datos, se puede concluir en que:

Un factor protector tanto para la ansiedad como para la depresión de nuestros entrevistados es la situación laboral activa.

Un factor de riesgo que predispone a mayores niveles de ansiedad y depresión a nuestros entrevistados es el hecho de no estar en contacto con otras personas ostomizadas.

Y por ultimo encontramos que hay un aumento de los niveles de depresión en personas a las que no se les ha realizado un marcaje previo del estoma.

CONCLUSIONES

Con estos resultados, las medidas a tomar van a ser:

Primero, la propuesta para la puesta en marcha de un protocolo de realización del marcaje previo del estoma durante el periodo preoperatorio, en las personas que van a ser ostomizadas.

Y segundo, la puesta en marcha de un grupo de apoyo para personas ostomizadas, dentro del espacio de la consulta de estomaterapia.

Vamos a seguir realizando las entrevistas a todos los pacientes que lleguen a nuestra consulta, con el fin de ampliar resultados.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 77

TÍTULO. ¿CUANTOS DE NUESTROS PACIENTES TOLERAN A DOSIS PLENAS LA NUTRICION ENTERAL?

Autores: ARANDA MOLINOS O, VELA M, ROLDAN M D, NUÑEZ S, ALVAREZ R, TOMEY ME, PUYO M, BLASCO E

ARANDA MOLINOS OLGA · H MIGUEL SERVET · UCI POLIVALENTE

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

DETECTAR LOS PACIENTES EN LOS CUALES SE CONSIGUE UNA APORTE NUTRICIONAL ENTERAL OPTIMO.

METODOLOGÍA

REALIZAMOS UN ESTUDIO DE LOS PRIMEROS 100 PACIENTES QUE INGRESAN EN NUESTRA UCI DURANTE LOS PRIMEROS MESES DEL 2016. ESTUDIAMOS EL PORCENTAJE DE EN CUANTOS SE HA ALCANZADO EL 80% DEL APORTE POR VIA ENTERAL.

RESULTADOS

DE 100 PACIENTES 19 NECESITARON NPT, 52 NE Y EN 12 NO SE ALCANZARON LOS REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES POR VIA ENTERAL DURANTE LAS PRIMERAS 72 H, NECESITANDO EN ESTOS CASOS TAMBIEN NPP. EL RESTO HAN COMIDO POR BOCA. LA NUTRICION SE COMENZO EN LOS PRIMEROS 3 DIAS EN EL 97%. NO EXISTE DIFERENCIAS ENTRE PRECOCIDAD DE INICIO Y NE O NPT. DE LOS 64 PACIENTES CON NE EN 22 HUBO PROBLEMAS: 14 POR ALTO DEBITO GASTRICO, 6 DIARREAS Y RESTO AMBAS COSAS. CON LOS PROTOCOLOS IMPLANTADOS SE CONSIGUIO EN TODOS LOS PACIENTES SALVO EN 5 TOLERANCIA A NE, EN DOS DE ESTOS SE COLOCARON SONDAS NASOYEYUNALES. EN LOS CONTROLES NUTRICIONALES MOSTRABAN ALGUN GRADO DE AFECTACION HEPATICA EN 43% DE NPT vs EL 2% DE LOS QUE RECIBIERON NE.

CONCLUSIONES

PESE A LA GRAVEDAD DE NUESTROS ENFERMOS SE INSTAURO NE EN EL 52% A DOSIS PLENAS Y EN EL 12% A DOSIS TROFICAS. CONSIDERAMOS NECESARIOS PROTOCOLOS DE CONTROL DE DEBITO GASTRICO Y DE DIARREAS. EL USO DE SONDAS NASOYEYUNALES SERIA UNA POSIBILIDAD PARA CASOS REBELDES.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 110

TÍTULO. PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD A CUIDADORES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS PEDIÁTRICAS

Autores: BENITO RUIZ E, CAMPOS CALLEJA C

BENITO RUIZ EVA . H MIGUEL SERVET . URGENCIAS

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Diseñar un programa de Educación para la Salud dirigido a cuidadores de población pediátrica del Servicio de Urgencias con el fin de mejorar conocimientos y habilidades en los principales problemas de salud de los niños así como disminuir su demanda.

METODOLOGÍA

Para la planificación del proyecto se elaboró un Diagrama de Gantt y se realizó una búsqueda bibliográfica a través de bases de datos (pubmed, dialnet, elsevier) y páginas web.

RESULTADOS

La oportunidad de mejora identificada se relaciona con la posibilidad de utilizar los tiempos de espera en el Servicio de Urgencias para desarrollar un programa de educación para la salud. Tras la descripción del problema, se plantean diferentes actividades de mejora y se recurre a la construcción de unos vídeos divulgativos que se proyectarán en la sala de espera que permitan adquirir información sobre problemas de salud de los niños. Así como la entrega a los cuidadores de recomendaciones al alta documentadas.

CONCLUSIONES

Este programa de educación para la salud se centra en mejorar los conocimientos sobre los principales problemas de salud que consultan los cuidadores en el Servicio de Urgencias Pediátricas. Como personal sanitario, debemos darle mucha más importancia a la educación para la salud. El trabajo multidisciplinar y utilizar guías prácticas de trabajo unificadas mejoraría la prevención y control de enfermedades.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 560

TÍTULO. ANÁLISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN, NOTIFICADOS EN LA UCI DE POSTOPERATORIO CARDIACO.

Autores: BERNAL MATILLA CI, RUIZ DE GOPEGUI MIGUELENA P, SANCHEZ CHUECA P, RUIZ AGUILAR AL, RODRIGUEZ LONGARES MC, RAMOS ABRIL R, GARRIDO LOPEZ DE MURILLAS R, NAVARRO GIMENO J

BERNAL MATILLA CRISTINA ISABEL . H MIGUEL SERVET . MEDICINA INTENSIVA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Conocer la naturaleza, características principales y causas de los eventos adversos (EA) notificados, relacionados con la medicación en la Unidad de Cuidados Intensivos de Postoperatorio Cardíaco (UCI PC).

METODOLOGÍA

Desde la implantación de un Sistema de Notificación de Eventos Adversos (SNEA), tras un proceso previo, de formación a todo el personal de la UCI PC, desde marzo de 2014, hasta marzo de 2016 se han notificado un total de 312 EA, de los cuales, 39 tenían relación con la medicación. Se consideraron EA relacionados con la medicación, todas aquellas notificaciones que describieran problemas de seguridad en cuanto a la prescripción, transcripción, dispensación, preparación, administración y/o monitorización de cualquier fármaco.

RESULTADOS

De los 39 EA relacionados con la medicación, el 38.5% fueron notificados por Enfermería y el 49% por Facultativos. El 82% sucedieron en pacientes de postoperatorio cardíaco programado. De los factores predisponentes, en el 56,4% se relacionaron con la comunicación y en el 20.5% con el trabajo en equipo. El segundo factor más frecuente se consideró la formación y el entrenamiento, con un 51.2% de los EA. El 12,8% fueron "cuasi incidentes" por no llegar a alcanzar al paciente. Respecto a la gravedad de los EA, un 33% no causaron daño, pero precisaron monitorización y/o intervención para comprobar que no habían causado daño; en el 18% no se pudo determinar el posible daño y en el 20.5% precisaron algún tipo de intervención por daño temporal. En un 7.7% de los casos el incidente comprometió la vida del paciente y se precisó intervención para mantener su vida. En todos los casos, el EA, fue considerado evitable.

CONCLUSIONES

Del total de los EA notificados en dos años en la UCI PC, el 12,5% tuvieron relación con la medicación. Considerando la totalidad de ellos como evitables, los factores claves para la reforzar la seguridad clínica en este sentido son fundamentalmente la comunicación entre los profesionales involucrados en la asistencia y la formación y entrenamiento de los mismos.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 123

TÍTULO. TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON OBESIDAD ADULTA EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA COMUNITARIA DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

Autores: BIMBELA SERRANO MT

BIMBELA SERRANO MARIA TERESA . H MIGUEL SERVET . DIRECCION DE ENFERMERIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Determinar si el empleo de distinto método dietético terapéutico para pérdida de peso en pacientes obesos adultos (dieta cerrada vs dieta abierta), se relaciona con diferencias en la adherencia al tratamiento, cuando el origen del exceso de peso son hábitos incorrectos de conducta alimentaria.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio aleatorio, prospectivo, de intervención cuasi-experimental, con dos grupos de 25 pacientes (26 hombres y 24 mujeres), controlado en paralelo, realizado desde Octubre 2011 a Diciembre 2013 (96 semanas) en la consulta de enfermería del Centro de Salud Calaceite (Teruel), tras calcular la fórmula de comparación de dos proporciones.

Los resultados de los dos grupos se analizaron durante tres momentos del proyecto: Antes de comenzar el programa de adelgazamiento; después del programa de pérdida de peso/comienzo del programa de mantenimiento y al finalizar el programa de mantenimiento/final del proyecto; mediante contraste de hipótesis (H0/H1):

Opción 1 (H0): Adherencia al tratamiento mediante dieta HIPOCALÓRICA ABIERTA = Adherencia al tratamiento mediante educación terapéutica con dieta HIPOCALÓRICA CERRADA.

Opción 2 (H1): Adherencia al tratamiento mediante dieta HIPOCALÓRICA ABIERTA <> Adherencia al tratamiento mediante educación terapéutica con dieta HIPOCALÓRICA CERRADA.

Se empleó el Test U-Mannwhitney, para la comparación de los valores de las variables cuantitativas obtenidas del grupo dieta cerrada (DC) y del grupo dieta abierta (DA). El análisis estadístico ha sido realizado con el programa informático SPSS.15.

RESULTADOS

La adherencia al programa de adelgazamiento del grupo DC fue 84% y del grupo DA 76% (alfa=0,51). En función del género, la adherencia de los hombres del grupo DC fue 92,30% y del grupo DA 69,23% (alfa = 0,00). En el caso de las mujeres, en el grupo DC fue 75% y del grupo DA 83,33% (alfa = 0,00).

Tras el programa de mantenimiento, finalizaron el 80% de los pacientes del grupo DC y el 72% del grupo DA (alfa=0,51). En función del género, la adherencia de los hombres del grupo DC fue 84,61% y del grupo DA 69,23% (alfa=0,00). En el caso de las mujeres, en el grupo DC fue 75% y del grupo DA 75%.

CONCLUSIONES

Los dos sistemas educativos consiguieron reducciones ponderales similares, habiendo diferencias estadísticamente significativas por género. Los varones presentaron mayor adherencia a la dieta cerrada en la terapia de pérdida y de mantenimiento de peso. Las mujeres tuvieron mejores resultados con la dieta abierta en la terapia de adelgazamiento, sin diferencias en el mantenimiento.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 586

TÍTULO. ANÁLISIS DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE CLIENTES INTERNOS Y EXTERNOS CON EL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL

Autores: CASTIELLA GARCIA M, REAL JM, NAVARRO H, DE LA LLAMA N, VINUES C, ESCOLANO A, URIARTE M, ABAD MR

CASTIELLA GARCIA MARINA . H MIGUEL SERVET . FARMACIA HOSPITALARIA (FH)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Análisis y valoración de la satisfacción con el Servicio de Farmacia de clientes externos de 2013 a 2015 y de clientes internos a lo largo de 2008, 2011, 2014 y 2015.

METODOLOGÍA

Para evaluar la satisfacción de clientes externos del Servicio de Farmacia se analizaron los datos de la encuesta realizada con este fin, las sugerencias y las reclamaciones registradas entre 2013 y 2015. La encuesta incluía como apartados: ubicación, comodidad de la sala de espera, tiempo de espera, horario, información recibida, contribución de la misma al cumplimiento del tratamiento, comunicación y trato con el paciente, satisfacción, si lo recomendaría y si seguiría en el centro. Para la evaluación de clientes internos (supervisores, facultativos) se analizaron los datos de la encuesta enviada a las unidades en 2008, 2011, 2014 y 2015. La encuesta constaba de: trato, comprensión, identificación, ayuda, agilidad, accesibilidad, satisfacción, competencia, dispensación, satisfacción general y peticiones urgentes (en supervisores). Las encuestas eran voluntarias y se puntuaban de 1 (muy en desacuerdo) a 10 (totalmente de acuerdo).

RESULTADOS

Satisfacción pacientes externos: el grado de participación ha aumentado de 20 (2013) a 65 (2015) encuestas realizadas. Las puntuaciones medias más altas se obtuvieron en comunicación y trato (98), recomendación del servicio (97,3) e información recibida (95,4) y las más bajas en tiempo de espera (59,7) y elección del centro si pudiera elegir (62,6). Todos los apartados han mejorado o se han mantenido de 2013 a 2015, salvo comunicación y trato con el paciente (de 100 a 94). Satisfacción paciente internos: la participación ha disminuido de 2008 a 2015 en facultativos (de 67,7% a 33%) y supervisores (40% a 31%). Todos los campos (supervisores y facultativos) han mejorado su puntuación excepto en lo percibido por los supervisores en cuanto a ayuda (7,3 a 7) e identificación (6,8 a 6) del interlocutor. Los aspectos mejor y peor valorados, respectivamente por facultativos: satisfacción (9) competencia (9) e identificación (8,4) y agilidad (8,5); por supervisores: accesibilidad (9), reposición medicamentos no urgentes (8,7) e identificación (7), dispensación (7,2).

CONCLUSIONES

Es necesario cambiar la sistemática de evaluación de los clientes internos por la baja participación. La percepción general del servicio de Farmacia ha mejorado con los años. Los principales puntos de mejora son tiempo de espera en clientes externos e identificación, agilidad y dispensación, en clientes internos.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 593

TÍTULO. ANÁLISIS Y VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE FARMACIA CON LAS SESIONES FORMATIVAS

Autores: CASTIELLA GARCIA M, REAL JM, PALOMO P, VINUES C, BIELSA MJ, SANCHEZ R, VILLAGRASA I, GASSO A

CASTIELLA GARCIA MARINA . H MIGUEL SERVET . FARMACIA HOSPITALARIA (FH)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Analizar y valorar la satisfacción del personal del servicio de Farmacia con las sesiones internas de formación que tuvieron lugar desde Abril de 2014 a Abril de 2016.

METODOLOGÍA

Para la evaluación de la satisfacción de personal del servicio de Farmacia con las sesiones formativas recibidas se analizaron los resultados de las encuestas realizadas al con este fin, entre 2014 y abril 2016. La encuesta se entregaba al final de la sesión e incluía los siguientes apartados y subapartados: puesto (facultativo externo de área (FEA), farmacéutico interno residente (FIR), enfermería, auxiliar de enfermería, estudiante), opinión sobre desarrollo de la sesión (nivel de contenidos, grado de actualización, duración, asistencia y puntualidad), opinión sobre el tema (actualidad, interés para mi formación, aplicabilidad), opinión sobre la exposición (consecución de objetivos propuestos, orden y claridad y calidad de medios empleados) y opinión general (satisfacción con la sesión, satisfacción con la programación de sesiones). Las encuestas se puntuaban de 1 (peor valora) a 5 (mejor valor). Las sesiones formativas fueron acreditadas por la norma ISO 9001, así como la asistencia a las sesiones en el año 2015.

RESULTADOS

La satisfacción del personal de farmacia con las sesiones se ha mantenido constante a lo largo de este periodo con valores medios anuales entre 4,5 y 4,6. El grado de participación ha aumentado pasando de 66 encuestas/mes en 2014 a 113 encuestas/mes en 2016. 42,7% y 33,9% de las encuestas fueron cumplimentadas por FEA y FIR, respectivamente y el 13% por personal de enfermería. Las puntuaciones medias más altas se obtuvieron en grado de actualización de los contenidos (4,7) y actualidad del tema (4,7) y las más bajas en asistencia y puntualidad (4,1) y satisfacción con la programación de sesiones (4,1). Las puntuaciones medias más bajas correspondieron a personal de enfermería (3,7) y las más altas a personal FIR (4,3). El valor medio más bajo por puesto de trabajo corresponde a la satisfacción con la programación de sesiones por parte de los FIR (3,7).

CONCLUSIONES

Las sesiones programadas en el servicio se consideran satisfactorias, especialmente por la actualidad de los temas tratados. Sería conveniente adaptar los contenidos de las sesiones impartidas a enfermería con temas que resultaran de su interés.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 630

TÍTULO. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS Y SU CONTRIBUCIÓN A LA CALIDAD ASISTENCIAL

Autores: CASTIELLA GARCIA M, REAL JM, PEREZ C, NAVARRO I, PERRINO MJ, CARCELEN J, LARRODE I, OLIER MP

CASTIELLA GARCIA MARINA . H MIGUEL SERVET . FARMACIA HOSPITALARIA (FH)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Análisis y valoración de la aceptación de las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas sobre la prescripción médica electrónica durante el año 2015 y comparación con las IF realizadas en el año 2014.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizaron las IF realizadas entre enero y diciembre de 2015 en 13 unidades de hospitalización (UH) Las IF se realizaron tras la revisión de la prescripción médica y del perfil farmacoterapéutico del paciente. El destinatario de la información fue el médico responsable de la prescripción. Variables registradas: datos demográficos del paciente y unidad de hospitalización; fármaco implicado, motivo de IF, forma de comunicación al interlocutor y grado de aceptación. La valoración de la aceptación se llevó a cabo semanalmente, a través de la información obtenida del programa informático, analizando los cambios relacionados con las intervenciones que se habían producido en la prescripción. Se compararon los resultados con los del año previo en 9 UH.

RESULTADOS

Durante el periodo de 12 meses se registraron un total de 1.559 IF, lo que supone una media de 4,27 IF/día, superior a 2014 (2,83 IF/día). Se realizaron 1.127 IF (75%) en 9 UH del hospital general vs 71% en 6 UH en 2014 y 358 en UH de traumatología.

Las IF se realizaron sobre 294 fármacos distintos en 2015 frente a 233 en 2014. En 2015 los principio activos implicados con más frecuencia fueron HBPM (5,5%), levofloxacino (5,5%) estatinas 3,9%, amoxicilina/clavulánico 3% y ARA2 2,3%, mientras que en 2014 los más frecuentes fueron HBPM (19,3%), estatinas (17,6%), ARA2 (13,7%) y cefazolina (12,9%). La modificación de la dosis y/o frecuencia de administración fue el motivo principal de IF 48,7% vs 43% año previo. El 15,5% vs 14,0%; de las IF correspondieron a la suspensión del medicamento por duplicidad terapéutica, alergia, medicamento no indicado ó interacción, el 13,9% vs 10% al mantenimiento del tratamiento domiciliario que no había sido prescrito y el 8% vs 5,1% a la falta de introducción de las alergias medicamentosas en el perfil del paciente. La principal vía de comunicación fue por escrito 68,1% vs 73,6%, seguida de la telefónica 21,9% vs 20%. En cuanto al impacto, el 88,1% vs 80,6% fueron aceptadas.

CONCLUSIONES

El aumento de unidades con prescripción electrónica favorece la intervención farmacéutica. El grado de aceptación de las IF muestra su contribución a la optimización de la prescripción médica. La IF minimiza los riesgos y persigue el aumento de la calidad asistencial.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 637

TÍTULO. MEJORA DEL PROCESO DE ANÁLISIS DEL ESPERMIOGRAMA EN EL ESTUDIO DE LA INFERTILIDAD MASCULINA

Autores: CESAR MARQUEZ MA, GARCIA GONZALEZ E, GONZALEZ TARANCON R, JIMENO CARREY S, LOPE ANDREU L, PUZO FONCILLAS J

CESAR MARQUEZ MARIA ANGELES . H MIGUEL SERVET . BIOQUIMICA CLINICA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El análisis de semen es la primera prueba de laboratorio en el estudio de la fisiopatología de la función testicular en el adulto.

Todas las fases del análisis están sujetas a variables que afectan a los parámetros seminales y en consecuencia a la correcta valoración de los resultados. Por tanto, la estandarización del proceso es esencial para obtener unos resultados fiables y reproducibles.

En el Servicio de Bioquímica del H.U. Miguel Servet desarrollamos desde 2014 una línea de mejora de todas las fases del análisis del espermiograma, en base a los requisitos establecidos por la OMS en la 5ª edición del Manual para el Análisis de Semen de 2010.

METODOLOGÍA

Fase pre-analítica: La recogida de la muestra ha de cumplir unos estrictos requisitos, ya que de otra manera invalidaría los resultados. Fase analítica: Automatización del análisis del espermiograma y de la bioquímica de parámetros seminales (fructosa y citrato). Fase post-analítica: Informe que incluya los parámetros seminales y los valores de referencia establecidos por la OMS.

RESULTADOS

En primer lugar se diseñó una breve encuesta que se realizaba al paciente en el momento de la entrega de la muestra y entre otras cuestiones se les preguntaba si había recibido las instrucciones para la recogida de la muestra. Durante el año 2014 existía un 9% de pacientes que no habían recibido instrucciones. En febrero de 2015 se envió a través de las direcciones de primaria las instrucciones para la recogida de la muestra para su difusión a todos los médicos de Atención Primaria. En la evaluación de los resultados de 2015 un 7% de los pacientes no habían recibido ninguna instrucción. En Enero de 2016 el Servicio de Bioquímica ha adquirido un sistema automatizado para el recuento, movilidad, vitalidad y morfología mediante un sistema de captura de imágenes y programa informático de análisis de resultados. Se ha modificado el informe del Espermiograma cumpliendo los requisitos de la OMS con actualización de los valores de referencia.

CONCLUSIONES

En la fase pre-analítica se realizará de nuevo difusión de las instrucciones para la recogida de muestra, incidiendo en los puntos críticos como el período de abstinencia o el tiempo que transcurre desde la recogida de la muestra hasta la entrega en el laboratorio. Con la implementación del sistema automatizado en la fase analítica se ha mejorado la reproducibilidad y fiabilidad de los resultados.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 396

TÍTULO. EVOLUCIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA REVISIÓN DE DEPÓSITOS DE MEDICAMENTOS DE LAS UNIDADES DE ENFERMERÍA

Autores: COMET BERNAD M, REAL JM, LARRODE I, GALINDO M, NAVARRO PARDO I, CASTIELLA M, ESCOLANO A, PEREZ C

COMET BERNAD MACARENA . H MIGUEL SERVET . FARMACIA HOSPITALARIA (FH)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Evaluar la adecuación al protocolo del Hospital Universitario Miguel Servet sobre normas de conservación, custodia y mantenimiento de los depósitos de medicamentos de las unidades de enfermería y su evolución en los últimos años.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo de los resultados recogidos en la revisión de depósitos de medicamentos anual, realizada por el servicio de Farmacia en las unidades de enfermería del hospital. El impreso a rellenar consta de 62 ítems clasificados en 13 categorías. Se obtuvieron datos de entre 2009 y 2015. Se clasificó a los ítems de cada apartado según sus resultados como: Bueno, Aceptable, Necesita Seguimiento o Inaceptable. Se calcularon indicadores de calidad relacionados con la media del porcentaje de las especialidades con al menos una unidad rechazada o mal ubicada por cada unidad de enfermería, entre el número de unidades revisadas.

RESULTADOS

Analizando los datos del último año 2015 se clasificaron los ítems: 53,2% Bueno, 16,1% Aceptable, 9,7% Necesita Seguimiento y 21,0% Inaceptable. Según la evolución a lo largo de los años, 17,7% de los ítems había empeorado, 48,4% mejorado y 33,9% se mantenía igual. Dentro de los ítems considerados como Inaceptables (13), cabría destacar que sólo 2 habían empeorado (relacionados con la existencia de habitación cerrada), 1 se mantuvo igual, y el resto habían mejorado aunque alejados del objetivo deseado (10). La mitad de los ítems (3/6) de los categorizados como Necesita Seguimiento habían mejorado, todos relacionados con la existencia de medicamentos caducados. La categoría que peor resultado obtuvo fue Conservación, con un 57% (4/7) ítems Inaceptables, todos relacionados con la falta de fecha de apertura o con conservación inadecuada de envases multidosis abiertos. Los ítems relacionados con la conservación y mantenimiento del carro de parada fueron clasificados como Buenos en un 87,5% (7/8). Los resultados de los indicadores de calidad mejoraron a lo largo de estos años en ambos casos, siendo en 2015 de 4,39% con especialidades rechazadas y 1,5% con especialidades mal ubicadas, no considerando todavía el resultado de especialidades rechazadas como Bueno.

CONCLUSIONES

La revisión de los depósitos de medicamentos es una medida que permite asegurar la buena conservación y mantenimiento de los medicamentos fuera del Servicio de Farmacia. El análisis de los resultados permite detectar fallos en los que se debe incidir de cara al futuro para mejorar la efectividad de los medicamentos y la seguridad del paciente.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 397

TÍTULO. IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE TURNOS EN EL ÁREA DE DISPENSACIÓN DE PACIENTES EXTERNOS

Autores: COMET BERNAD M, NAVARRO H, DE LA LLAMA N, GALINDO M, OLIER MP, GASSO A, NAVARRO I, ABAD SAZATORNIL MR

COMET BERNAD MACARENA . H MIGUEL SERVET . FARMACIA HOSPITALARIA (FH)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

En el área de dispensación de pacientes externos (DPE) se realiza anualmente una encuesta de satisfacción a los pacientes. Durante los últimos años al analizar los datos obtenidos, se apreció que en el apartado libre de observaciones, la petición más demandada era la mejora del sistema de espera. Por ello, en noviembre de 2015 se implantó un sistema automatizado de turnos (QMATIC). El objetivo del estudio es evaluar el impacto en la calidad del servicio DPE al implantar este sistema para la gestión de la espera del paciente

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo de los datos recogidos en informes semanales proporcionados por el programa informático QMATIC durante 5 semanas. Se analizaron las últimas encuestas de satisfacción realizadas a los pacientes tras la implantación del sistema.

RESULTADOS

En los últimos 5 años la cantidad de pacientes atendidos en DPE ha aumentado un 42,4%. En la actualidad en DPE se da servicio a una media de 854,4 pacientes semanales y 173,5 diarios. Esto supone la necesidad de un sistema que ayude a la priorización del paciente según el tipo de atención que necesite: atención farmacéutica (AF) (inicios de tratamiento, cambios, atención a pacientes con mayor riesgo de problemas relacionados con la medicación, etc.) o atención del personal auxiliar de enfermería (AE) para la dispensación. Un 20% de los pacientes recibieron AF con un tiempo de espera medio de 07:15 minutos y de 08:27 minutos para AE. Esta espera varía a lo largo de la jornada laboral, siendo máxima al inicio de la misma (11:10 minutos AF y 12:35 minutos AE) y coincidiendo con el pico máximo de afluencia (media de 100,2 pacientes), debido al acúmulo de pacientes antes de abrir el servicio. La media de pacientes según el día de la semana es de mayor a menor: martes(183), lunes(177,8), jueves(175,4), miércoles(167) y viernes(164,4). Al analizar las encuestas de satisfacción posteriores a la implantación del sistema, se evidenció que en ninguna constaban sugerencias de mejora de tiempo de espera.

CONCLUSIONES

La implantación de un sistema automatizado de turnos en DPE supone una mejora en la calidad del servicio tanto de cara al paciente como al personal. Proporciona un mayor nivel de satisfacción entre los pacientes, asegurando la privacidad y confidencialidad, así como una reducción del tiempo percibido de espera. Además libera al personal de tareas no clínicas, optimizando los recursos y reduciendo el tiempo real de espera.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 398

TÍTULO. EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL CAMBIO DE TRATAMIENTO DE VIH A DARUNAVIR POTENCIADO CON COBICISTAT

Autores: COMET BERNAD M, NAVARRO H, DE LA LLAMA N, GALINDO M, OLIER P, GASSO A, CASTIELLA M, ARAZO P

COMET BERNAD MACARENA . H MIGUEL SERVET . FARMACIA HOSPITALARIA (FH)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Evaluar el impacto del cambio de tratamiento antirretroviral (TAR) a darunavir/cobicistat (DRV/c) en el perfil lipídico y en otros parámetros metabólicos y su efecto en la seguridad del paciente.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo de pacientes VIH+ que cambiaron TAR a DRV/c en monoterapia o asociado, entre 24/11/2015 y 01/02/2016. Se registraron datos analíticos previos al cambio y de al menos 30 días después. Se recogieron datos demográficos y variables metabólicas: colesterol total(CT), LDL(LDLc) y HDL(HDLc), triglicéridos(TG), creatinina(Cr), filtrado glomerular (FG, calculado CKD-EPI) y enzimas hepáticas(AST, ALT). Datos procesados con Stata13.

RESULTADOS

111 pacientes cambiaron TAR a DRV/c, se estudiaron 50 con analítica posterior al cambio en al menos 30 días. Edad media 50,6 años, 66% hombres. TAR previo: 30% Darunavir+Ritonavir(DRV/r), 24% DRV/r+lamivudina(3TC), 16% DRV/r+Tenofovir/Emtricitabina(TVD), 6% DRV/r+Abacavir/Lamivudina(KVX) y otros 24%. El 32% monoterapia y 22% con Tenofovir(TDF). La media de comprimidos diarios cambió significativamente de 2,8 a 1,7 ($p<0,001$). Media hasta la primera analítica post-cambio fue 63,9 días. TAR posterior: 34% DRV/c+3TC, 32% DRV/c, 12% DRV/c+Rilpivirina(RPV), 12% DRV/c+TVD y otros 10%. El 32% monoterapia y 12% con TDF. Tras el cambio de TAR, la modificación de TG no fue significativa ($-17,9\text{mg/dL}$, $p=0,08$), sí lo fue de CT y LDLc ($+9\text{mg/dL}$, $p<0,05$; $+11,8\text{mg/dL}$, $p<0,01$ respectivamente). La Cr aumentó significativamente $0,06\text{mg/dL}$ ($p<0,001$), y FG disminuyó $3,32\text{mg/mL}$ ($p<0,05$). AST y ALT no se alteraron. Analizando por tratamiento previo con TDF o no, el aumento de CT sí fue significativo para los 6 pacientes a los que se les retiró TDF (41mg/dL , $p<0,05$), no lo fue el aumento de LDLc ($33,17\text{mg/dL}$, $p=0,08$). Este aumento de CT y LDLc no fue significativo para los pacientes sin TDF o que no se lo habían retirado. 9 pacientes cambiaron posteriormente el TAR, 5 inicio tratamiento VHC, 2 intolerancia (gástrica y rash), 1 simplificación y 1 fracaso virológico.

CONCLUSIONES

El cambio de TAR a DRV/c a corto plazo parece suponer un aumento de CT y LDLc (aunque pudiese ser provocado por la retirada de TDF y su efecto hipolipemiente), y una tendencia a la disminución de TG. El cambio a cobicistat aumentó la Cr y disminuyó FG, cambios que requieren estudio futuro para saber si son permanentes. Se debería realizar seguimiento a largo plazo del perfil lipídico en pacientes que se les retira el TDF y función renal en aquellos con TDF+DRV/c.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 399

TÍTULO. ANÁLISIS DE LAS INCIDENCIAS REGISTRADAS EN 2015 EN EL SERVICIO DE FARMACIA

Autores: COMET BERNAD M, REAL JM, LARRODE I, URIARTE M, CASAJUS P, VINUES C, LOPEZ A, ABAD SAZATORNIL MR

COMET BERNAD MACARENA . H MIGUEL SERVET . FARMACIA HOSPITALARIA (FH)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Analizar las incidencias registradas en el Servicio de Farmacia durante el año 2015 y las medidas llevadas a cabo para solucionarlas y prevenirlas en el futuro.

METODOLOGÍA

Se recogieron las incidencias durante el año 2015 ocurridas en el Servicio de Farmacia, y se analizaron descriptivamente según el tipo de incidencia, el personal que la registró, la valoración que recibió y si obtuvo una solución inmediata. Además se analizaron si las incidencias habían supuesto la implantación de una acción correctora. Datos procesados con Stata13.

RESULTADOS

En el año 2015 se registraron un total de 771 incidencias, las más habituales fueron un 12,8% (99) que correspondían a Organización de servicios, 11,3% (87) Error dispensación, 10,6% (82) Error preparación no dispensados, 10,0% (77) Error proveedor, 7,5% (58) tanto Organización SF (Servicio farmacia) como Instalaciones/Material, 5,8% (45) Seguridad, 5,2% (40) Conservación, 4,7% (36) Error gestión, 4,4% (34) Error devolución por plantas y Sobrecarga, 4,2% (32) Error sistemas y 11,5% (89) Otros. Analizándolas según el personal que las registró: un 23,1% (178) por equipo Guardia dispensación, 17,6% (136) Dispensación General, 15,2% (117) Laboratorio, 12,5% (96) Dispensación Unidosis, 9,6% (74) Administrativos, 7,4% (57) CIM-oncología-nutrición, 5,2% (40) Responsable calidad, 4,9% (38) Unidosis farmacéuticos, 2,9% (22) Guardia laboratorio y 1,7% (13) Otros. Según el carácter de la incidencia (gravedad, tipo, etc.) se clasificaron en 3 categorías, el 67,6% (521) Se realizará seguimiento, 32,0% (247) No requiere más acciones, 0,4%(3) No conformidad no registrada previamente. El 65,2% (503) de las intervenciones tuvieron una solución inmediata. En un 30,2% (233) de las incidencias se implantó una acción correctiva para prevenir la recurrencia de las mismas, además 6 de ellas se consideraron No conformidad, por su gravedad o su ocurrencia reiterada en el tiempo.

CONCLUSIONES

El registro y análisis de las incidencias es fundamental para detectar tanto los errores importantes y los puntos débiles del sistema como para establecer soluciones. Además permite priorizar las acciones correctivas a llevar a cabo según la gravedad o recurrencia de la incidencia. Es fundamental la formación para implicar al personal y de esta manera prevenir y disminuir el número de errores cometidos.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. **598**

TÍTULO. **IMPLEMENTACIÓN DE DIETA HIPERPROTEICA DE FÁCIL MASTICACIÓN PARA PACIENTES INGRESADOS, INCLUIDOS EN EL PROCESO DE CADERA**

Autores: DE TORRES AURED ML, IBARRA SIERRA C, TENA HERRERO J, LAGUNA HERNANDEZ P, PEREZ PASCUAL C, DE TORRES OLSON C

DE TORRES AURED MARIA LOURDES . H MIGUEL SERVET . DIETETICA Y NUTRICION

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- 1-Disminuir la prevalencia de la desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) en el proceso de cirugía de cadera, durante el periodo de ingreso y tras el alta
- 2-Implementar una dieta hiperproteica y de fácil masticación, como coadyuvante imprescindible para mejorar el estado nutricional, evitando deterioro cognitivo y rechazo de la prótesis

METODOLOGÍA

Una vez elaborados todos los menús de la dieta 24, la Unidad de Dietética y Nutrición del HUMS, diseña una estrategia de trabajo de manera que una parte se aplica y evalúa en dicha Unidad y otra la lleva a cabo el personal de enfermería de la Unidad de Cadera del HUMS

- 1- Se marca como Indicador, el control de restos en las bandejas de Comida, Merienda y Cena para calibrar la cantidad ingerida y averiguar el porcentaje de nutrientes aportados en cada ingesta.
Al ser una dieta codificada novedosa, se ha diseñado con unas características concretas que el paciente debe conocer y en cuya ingesta es adiestrado para evitar rechazo y restos
- 2- Se diseña una plantilla de Método Comstock, para evaluación de restos en el desbarasado
- 3- Se publica un impreso de sugerencias de menús y características de la Dieta en "Consejos al Alta" de la intranet del HUMS para imprimir y entregar, como continuidad de Cuidados
- 4.-Se forma al personal de la Unidad de Cadera, sobre cómo se forma e informa a pacientes y familiares de la necesidad del consumo integral de cada menú.

RESULTADOS

- 1-En el primer trimestre evaluado, los restos de alimentos eran de un 37%, siendo mayoritarios en la tortilla de claras.
- 2-Tras un refuerzo en la información personalizada, los restos pasaron a un 31% en el segundo trimestre.
- 3-En el tercer trimestre se optó por servir sólo el segundo plato con el refuerzo proteico y el postre; los restos bajaron a un 18%

CONCLUSIONES

Coordinarse todos los servicios implicados en el Proceso de Cadera, junto con la ingesta de una dieta equilibrada e hiperproteica que evita la DRE, ha hecho que la estancia hospitalaria haya descendido sensiblemente, con todos los beneficios que ello supone para el paciente y el hospital.
La implicación del personal de enfermería de la Unidad de Cadera en sinergia con el de la Unidad de Dietética y Nutrición, ha hecho que sea posible esta mejora de calidad para el paciente y económica para el HUMS

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 504

TÍTULO. AFIANZAMIENTO DEL SISTEMA DE CALIDAD ISO EN EL SERVICIO DE NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA.

Autores: DOLZ ZAERA MI, HADDAD GARAY M, VELA MARQUINA ML, VERGARA UGARRIZA JM

DOLZ ZAERA MARIA ISABEL . H MIGUEL SERVET . NEUROFISIOLOGIA CLINICA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Implantación sólida, mantenimiento y buen funcionamiento del sistema de calidad ISO en el Servicio de Neurofisiología clínica.

METODOLOGÍA

Tras el esfuerzo realizado para la obtención de la acreditación del Servicio de Neurofisiología Clínica en la norma ISO, en 2015 resulta imprescindible seguir trabajando para conseguir una implicación de todos los compañeros y un compromiso con el nuevo sistema de calidad implantado.

Las reuniones con el grupo de mejora de la calidad, en el que están representados todos los estamentos del servicio así como las reuniones periódicas con los componentes de la Unidad de Calidad Asistencial resultan un pilar muy importante en el trabajo que supone el mantenimiento de este nuevo sistema de calidad.

Estas reuniones con la UCA refuerzan el compromiso de los responsables de calidad que se ven arropados y ayudados en los momentos de dificultad.

También resulta imprescindible la colaboración de la Dirección para conseguir los objetivos que se plantean y evalúan de forma anual.

Es un sistema exigente, que requiere una continuidad y un compromiso constante.

RESULTADOS

Nos ha resultado de gran utilidad el sistema de registro de incidencias para saber qué pasa en el servicio y cómo lo percibe el personal que allí trabaja. Este sistema ha potenciado la implicación y la motivación de nuestros compañeros. Por ello hemos decidido seguir manteniendo el registro en papel porque resulta más inmediato para el personal y se facilita la recogida de los distintos eventos.

El plan de formación elaborado por el grupo de calidad se basa en las necesidades percibidas por los trabajadores del servicio, con aspectos dirigidos a cada una de las categorías que lo integran.

Ha sido también un importante motivo de compromiso y satisfacción las encuestas de satisfacción realizadas tanto a los clientes internos como externos. En ellas han participado distintas categorías profesionales, que se han sentido valoradas y que han propiciado un sentimiento de adhesión al servicio.

CONCLUSIONES

El sistema de calidad ISO obliga a los servicios a realizar un importante esfuerzo en el momento de la implantación pero no acaba una vez obtenido.

El sistema obliga a una constante revisión y a un trabajo continuo que, si bien en ocasiones resulta costoso, logra mejorar la calidad del trabajo realizado. También ayuda a conseguir la satisfacción de nuestros pacientes y del personal que trabaja en el servicio.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 528

TÍTULO. SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA FASE PREANALITICA EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA DE UN HOSPITAL TERCIARIO: LÍNEA DE MEJORA

Autores: EGIDO LIZAN P, PALACIAN PILAR, OMEÑACA MANUEL, NUÑEZ ROSSI, GOMARA MARTA, MORILLA ELENA, VELA BERTA, REVILLO MARIA JOSE

EGIDO LIZAN PILAR . H MIGUEL SERVET . MICROBIOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La seguridad del paciente es una prioridad de todos los sistemas sanitarios.

El Servicio de Microbiología proporciona una relevante información con impacto directo en la seguridad del paciente, siendo la fase preanalítica, desarrollada fuera del laboratorio, según diversos estudios, la fuente principal de efectos adversos. La formación del personal que recoge las muestras se considera clave en la mejora de la obtención de las muestras.

OBJETIVO: El objetivo de este trabajo es mostrar la forma óptima de recogida de las muestras y difundir el manual de Toma de Muestras de Microbiología utilizando nuevas tecnologías

METODOLOGÍA

Se analizaron retrospectivamente las incidencias de la fase preanalítica registradas en el Sistema Informático del Laboratorio en los últimos 5 años.

El análisis de las incidencias del proceso de preanalítica permitió diseñar una línea de mejora considerando que las incidencias que no permitían la realización del proceso microbiológico tenían su origen en una incorrecta recogida de la muestra.

El método propuesto consiste en la realización de un vídeo formativo con el programa informático Pow Toon

RESULTADOS

En 2015, se registraron 3691 incidencias. De estas, 773 se debieron a un contenedor erróneo (20.9%), 323 fueron muestras sin identificar (8.75%), en 135 la muestra recibida y la solicitud en el volante fueron discrepantes (3.6%) y en 65 faltaban datos demográficos

En 2014 de 3027 incidencias el 18% se debieron a contenedor erróneo, 10% muestra sin identificar, 4,1% fueron muestras discrepantes y 2,2% carecían de datos demográficos

Todos estos ítems habían sufrido un incremento respecto al año 2013. En uno de ellos, se había duplicado.

El análisis de estos datos nos llevó a revisar el canal de transmisión del Manual de Toma de muestras. Aplicando la filosofía de Marcuse se diseñó un vídeo con el programa informático PowToon titulado "10 pasos para una correcta toma de muestras en Microbiología" que incide en la óptima toma de la muestra, recalando la importancia de los datos demográficos y los contenedores adecuados, con la finalidad de difundirlo tanto en A. Primaria como en Especializada. También facilita información sobre el acceso a la consulta del manual

CONCLUSIONES

Es importante analizar las incidencias del proceso de preanalítica para que se puedan diseñar acciones de mejora.

Es imprescindible la reflexión sobre la forma de comunicarse con nuestros clientes intermedios.

La aplicación de nuevas tecnologías puede ser una alternativa a los manuales tradicionales

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 477

TÍTULO. VISITAS A URGENCIAS PROPICIADAS POR EVENTOS RELACIONADOS CON LOS MEDICAMENTOS

Autores: ESCOLANO PUEYO A, REAL CAMPAÑA JM, URIARTE PINTO M, GASSO SANCHEZ A, GALINDO ALLUEVA M, PEREZ DIEZ C, ABAD SAZATORNIL MR, POVAR J

ESCOLANO PUEYO ANGEL . H MIGUEL SERVET . FARMACIA HOSPITALARIA (FH)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Analizar las visitas a urgencias propiciadas por los eventos relacionados con los medicamentos(ERM) en un hospital terciario.

METODOLOGÍA

Estudio observacional-retrospectivo de los pacientes que visitaron urgencias en el último cuatrimestre de 2015 por ERM. Variables de estudio: sexo, edad, tiempo total de permanencia en urgencias; prioridad de asistencia médica adjudicada, destino tras el alta de urgencias y tiempo de estancia y servicio médico en caso de ingreso hospitalario, diagnóstico médico tras anamnesis del paciente y fármacos implicados.

RESULTADOS

10.125 visitas a urgencias, 2,7% por ERM. De las visitas por ERM el 57,1% eran mujeres. Edad media 61,3±21,7 años[15-96]. Permanencia en urgencias 19,1±23,8 horas[0,5-150], mediana 7,6 horas. La prioridad de emergencia fue nivel I,II,III y IV en el 1,5%, 42,9%, 50,2% y 5,5% de los pacientes respectivamente. Tras el alta de urgencias, los pacientes fueron derivados a domicilio, ingreso hospitalario, consultas externas o trasladados en un 62,3%, 18,7%, 13,6% y 1,5% respectivamente;el 3,7% y 0,4% pidieron el alta voluntaria y se fugaron, respectivamente. De los pacientes que precisaron hospitalización, el 39,2% fue ingresado en el Servicio de Medicina Interna, el 23,5% en Psiquiatría y el 37,3% en otros servicios, permaneciendo una media de 7,6±6,6 días[1-29] ingresados. El diagnóstico médico fue de ERM relacionado con la toma de anticoagulantes en el 31,2% de los casos, con fines de autólisis en el 21,3%, efectos adversos relacionados con psicofármacos 11,0%, desconocidos 9,5% y a otros fármacos 23,3%. Los ERM relacionados con psicofármacos constituyeron el 35,5% de las visitas a urgencias, seguido por acenocumarol con un 29,3%, otros fármacos 24,2%,desconocido 11,0 %. El tratamiento con acenocumarol, psicofármacos,digoxina, fármaco desconocido y otros, supuso el 49,0%, 30,6%, 9,8%, 7,8% y 3,9% de los ingresos hospitalarios. La media de edad de los ingresados por ERM por acenocumarol fue de 78,9±8,4años vs 59,2±23,8años el resto (p<0,001) y la de los ingresados por ERM por psicofármacos fue de 50,6±24,1 vs 78,0±11,8 el resto (p<0,001).

CONCLUSIONES

Un porcentaje considerable de las visitas a urgencias se debe a ERM. Se debe tener muy en cuenta la seguridad a la hora de establecer la farmacoterapia especialmente con acenocumarol en pacientes ancianos(>75años) y el uso de psicofármacos en no ancianos (<75años)ya que constituyen la mayoría de los ingresos hospitalarios por ERM.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 478

TÍTULO. FÁRMACOS CON EFECTO ANTICOLINÉRGICO E INHIBIDORES DE LA ACETILCOLINESTERASA EN ANCIANOS CON DETERIORO COGNITIVO

Autores: ESCOLANO PUEYO A, CASAJUS LAGRANJA P, ARRIETA NAVARRO R, CASTIELLA GARCIA M, NARRO PARDO I, COMET BERNAD M, OLIER MARTINEZ P, ABAD SAZATORNIL MR

ESCOLANO PUEYO ANGEL . H MIGUEL SERVET . FARMACIA HOSPITALARIA (FH)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Evaluar la prescripción concomitante de fármacos con efecto anticolinérgico e inhibidores de la acetilcolinesterasa (IChE) en pacientes institucionalizados.

METODOLOGÍA

Estudio observacional y retrospectivo de los pacientes ancianos con deterioro cognitivo tratados con IChEs institucionalizados en 2 residencias de ancianos en mayo de 2016. Variables de estudio: sexo, edad, pacientes tratados con IChEs y con fármacos con efecto anticolinérgico. El riesgo anticolinérgico se determinó mediante la escala Anticholinergic Risk Scale (ARS), que considera con diferente grado sumatorio (1-3) el riesgo asociado a cada fármaco para desarrollar un síntoma anticolinérgico. Los resultados se expresan en forma de medias y su desviación estándar y porcentajes de frecuencia.

RESULTADOS

259 pacientes institucionalizados, 51 de los cuales en tratamiento con IChEs (19,7%): 22 pacientes con rivastigmina (43,1%), 14 con donepezilo (27,5%), 11 con memantina (21,6%) y 4 con galantamina (7,8%) . 60,8% mujeres, edad media $83,8 \pm 6,5$ años [72-99]. Media de fármacos prescritos $9,4 \pm 3,3$ fármacos [3-17]. Según la escala ARS, 39 pacientes (76,5%) tenía prescrito, al mismo tiempo, al menos un fármaco con efecto anticolinérgico, 73 fármacos en total. Riesgo grado 1:quetiapina 23 pacientes (31,5%), trazodona 16 (21,9%), haloperidol 13 (17,8%), risperidona 11 (15,1%), mirtazapina 4 (5,5%), levodopa-carbidopa 2 (2,7%), metoclopramida y ranitidina 1 paciente cada uno (1,4%). Riesgo grado 2: tolterodina y baclofeno 1 paciente cada uno (1,4%). El grado medio de exposición anticolinérgica fue de $1,5 \pm 1,1$ puntos [0-4].

CONCLUSIONES

Un alto porcentaje de pacientes ancianos institucionalizados tratados con IChEs tienen prescritos también fármacos que producen efectos anticolinérgicos.

El uso de este tipo de fármacos puede, además de acrecentar el deterioro cognitivo, antagonizar los efectos de los IChEs, por lo tanto los resultados de este estudio sugieren la necesidad de considerar alternativas sin efectos o con menos efectos anticolinérgicos y promover así actividades dirigidas a la mejora de la farmacoterapia.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 233

TÍTULO. MEJORA DE LAS PRÁCTICAS DE DESINFECCIÓN DE LOS FONENDOS PARA DISMINUIR LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES.

Autores: EXPOSITO SANCHEZ MDC, FONDEVILA J, VILLAR R, REZUSTA A, RUIZ MA, LAPRESTA C, ARTUS B, PALACIOS Y

EXPOSITO SANCHEZ MARIA DEL CARMEN . H MIGUEL SERVET . NEUROLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Influir en el personal sanitario para mejorar los hábitos y la frecuencia de limpieza de los fonendoscopios.
- Identificar la presencia de gérmenes patógenos en los fonendoscopios.
- Evaluar por medio de un cuestionario estructurado las prácticas de desinfección de los fonendoscopios del personal sanitario.
- Determinar la relación existente entre la frecuencia de limpieza de los fonendoscopios y la contaminación de los mismos.
- Conocer la efectividad en la desinfección de los fonendoscopios comparando dos métodos, alcohol 70% y toallitas comerciales (Menalind HartMann Laboratories).

METODOLOGÍA

Al personal que accedió a participar en el proyecto se le entregó un cuestionario para caracterizar sus hábitos de limpieza con respecto al fonendoscopio. Después de rellenar el cuestionario, se tomaron muestras del diafragma del fonendoscopio. Tras esta toma de muestras, el fonendoscopio fue limpiado o bien con alcohol de 70% o con toallitas comerciales (Menalind HartMann Laboratories). Seguidamente, se volvieron a tomar muestras del diafragma y se enviaron a cultivar al laboratorio.

En una segunda fase se analizaron los resultados de los cultivos obtenidos.

En una tercera fase se realizó una campaña informativa para concienciar al personal sanitario de la importancia de la desinfección de los fonendoscopios.

Posteriormente a esta campaña, se tomarán nuevas muestras y se pasará de nuevo la encuesta para evaluar la eficacia de las medidas adoptadas.

RESULTADOS

- El 65% del personal sanitario limpia el fonendoscopio menos de una vez por semana.
- Un 11,5% limpia el fonendoscopio después del contacto con cada paciente.
- Se aislaron bacterias en el 90,8% de las muestras recogidas, siendo en su mayor parte bacterias no patógenas o patógenas oportunistas, aunque en cuatro muestras se encontraron bacterias patógenas (2 SARM, 1 Pseudomonas aeruginosa y 1 Acinetobact).
- Los factores relacionados de manera estadísticamente significativa con una mayor frecuencia de limpieza del fonendoscopio son el guardar el fonendoscopio en un cajón/estantería concluida la jornada laboral y el uso de fonendoscopios compartidos.
- Tanto las toallitas como el alcohol 70% mostraron una efectividad superior al 90% en la desinfección

CONCLUSIONES

- Actualmente, la mayoría del personal sanitario no limpia los fonendoscopios con asiduidad.
- El 91,8% de los fonendoscopios revelan que contienen microorganismos.
- Tanto el alcohol como las toallitas presentan una efectividad en la desinfección de más del 90%.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 137

TÍTULO. MEJORA DEL RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO Y LA SEGURIDAD CLÍNICA EN LA TORACOCENTESIS CON ECOGRAFÍA EN LA UNIDAD DE PLEURA.

Autores: FIGUEREDO CACACHO AL, POLANCO ALONSO D, MINCHOLE LAPUENTE E, ALBERICIO GIMENO A, GARCIA FAU P, MARTIN CARPI T, CHACON VALLES E, BELLO DRONDA S

FIGUEREDO CACACHO ANA LUCIA . H MIGUEL SERVET . NEUMOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El diagnóstico de la patología pleural encuentra en la Ecografía transtorácica un instrumento primordial. Su valor reside en su alta sensibilidad en caso de derrames pleurales, masas y neumotórax. Sirve de guía para la toracocentesis y biopsia pleural. Especialmente importante en caso de derrames pleurales loculados o de pequeña cuantía. Además, define, por las características de la imagen, el tipo de derrame. También lo diferencia de atelectasias o elevaciones del hemidiafragma. Las ventajas respecto a otras técnicas son la ausencia de radiación y la portabilidad.

Objetivo: Evaluación de las pruebas diagnósticas y resultados obtenidos durante el primer año de funcionamiento de la Unidad de Pleura en la Sección de Neumología Intervencionista.

METODOLOGÍA

El procedimiento se realiza en la sala de Broncoscopias, los días con sonda ecográfica disponible para el Servicio de Neumología. Se localiza el derrame pleural, se cuantifica y definen sus características. Se procede a la punción de una manera coordinada por todo el personal, con la eficiencia y seguridad que proporcionan la experiencia y adiestramiento.

RESULTADOS

Durante el año 2015 se han realizado 52 Ecografías transtorácicas para el abordaje de derrames de difícil acceso. Ha permitido localizar y puncionar (toracocentesis) 5 derrames loculados, hipercóicos y con septos en su interior, con diagnóstico de empiema/ paraneumónico complicado. También, ha mejorado la rentabilidad en 17 derrames de pequeña cuantía, además objetiva la condensación parenquimatosa en estos casos. En 1 ocasión su práctica ha descartado la existencia de Neumotórax y en 1 paciente se han demostrado signos de Insuficiencia cardiaca. Se detectan 4 casos de engrosamiento pleural, en situaciones de derrame pleural de larga evolución. Se ha utilizado para biopsia pleural en 1 ocasión. No se han evidenciado complicaciones. El tratamiento necesario, en cada caso, se ha aplicado sin demoras.

CONCLUSIONES

La toracocentesis y biopsias pleurales, guiadas por Ecografía transtorácica, son altamente rentables en el diagnóstico de la patología pleural.

No se evidencian complicaciones durante el procedimiento.

La centralización en una Unidad específica permite mejorar el rendimiento de las técnicas invasivas.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 523

TÍTULO. READMISIONES A LAS 72 HORAS EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS COMO INDICADOR DE CALIDAD ASISTENCIAL

Autores: FLORIANO RAMOS B, CUADRADO PIQUERAS L, TROYAS FERNANDEZ L, PADILLA ARAGÜES G, MARTINEZ BLASCO MJ, RUIZ DE LA CUESTA C, GOMEZ BARRENA V, CAMPOS CALLEJA C

FLORIANO RAMOS BEATRIZ . H MIGUEL SERVET . PEDIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Estudiar las características de pacientes que repitan consulta en urgencias de pediatría en menos de 72h en el contexto del mismo proceso.
- Conocer si esta se asocia a un riesgo aumentado de pruebas complementarias e ingreso.
- Detectar posibles errores de actuación como motivo de reconsulta.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo de los episodios correspondientes a 180 niños que reconsultaron en nuestro servicio de urgencias durante julio 2015, incluyendo revisión de informes de urgencias e historia electrónica.

RESULTADOS

Durante julio 2015 se registraron en nuestra unidad 3.058 episodios, 381 correspondientes a los 180 pacientes que reconsultaron, 12,46%.

La edad media fue 3,8 y la mediana 2,09 años. Los menores de 3 años supusieron el 59,4%.

Los motivos de consulta más habituales fueron fiebre, síntomas gastrointestinales y patología respiratoria. Los diagnósticos más frecuentes: fiebre sin foco, gastroenteritis aguda e infección respiratoria. Los diagnósticos recibidos en la visita inicial y final coincidieron en 68,9%.

El motivo de reconsulta más frecuente (61,1%) fue la persistencia de la misma sintomatología, 11,7% consideraron un empeoramiento clínico, 6,7% acudieron por reconocimiento de signos de alarma indicados, 10% para revisión concertada y 10% derivados por su pediatra. Sólo un 21,1% acudió al Centro de Salud antes de repetir consulta en Urgencias.

Se realizaron pruebas complementarias al 41,9% en la primera visita y al 49,7% en la segunda. Ingresaron el 14%.

La evolución desfavorable (24%), fue por evolución natural del proceso (86,1%), ineficacia del tratamiento (8,3%), falta de diagnóstico específico (1,1%) e inadecuación del tratamiento (1,7%).

Se han detectado posibles errores de actuación en la primera visita en 10 casos (6%). En 6 no constaban los signos a vigilar, en uno hubo error de comprensión del tratamiento y en tres posibles errores de diagnóstico.

CONCLUSIONES

Los niños que reconsultan en urgencias de pediatría en contexto del mismo proceso suponen un porcentaje importante en nuestra unidad. Más de la mitad eran menores de 3 años.

La mayoría fueron atendidos por persistir la sintomatología inicial en contexto de procesos banales, cerca del 80% no acudieron a su Centro de Salud antes de reconsultar en Urgencias.

La segunda visita se asocia a un incremento de pruebas complementarias y a una disminución de los diagnósticos sintomáticos. El porcentaje de ingreso, fue el doble de la tasa media de ingreso en la Unidad.

No se han detectado errores importantes durante la primera visita, que puedan influir en la tasa de reconsultas.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 580

TÍTULO. DETECCIÓN DE PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INADECUADAS SEGÚN LOS CRITERIOS DE BEERS

Autores: GALINDO ALLUEVA M, CASAJUS P, ARRIETA R, ARTAJONA E, GASSO MA, CASTIELLA M, COMET M, LARRODE I

GALINDO ALLUEVA MARIA . H MIGUEL SERVET . FARMACIA HOSPITALARIA (FH)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Analizar número y tipo de prescripciones potencialmente inadecuadas (PPIs) que presentan los pacientes al ingreso y al alta en un servicio de medicina interna (MI). Observar fármacos más implicados en PPIs.

METODOLOGÍA

Se analizó la medicación domiciliar al ingreso y al alta de pacientes = 65 años ingresados en MI (febrero-marzo 2016). Variables recogidas: edad, sexo, principios activos (PAs) al ingreso y al alta. Fuentes de datos: informe urgencias, informe alta y receta electrónica. Análisis PPIs: criterios de Beers (CB) 2015 clasificados en cinco tipos: evitar fármaco (EF), evitar en patología concreta (EPC), usar con precaución (UP), interacción (I) y evitar según función renal (EFR). Se realizó análisis descriptivo y comparativo, programa estadístico: SPSS 15.0.

RESULTADOS

60 pacientes: 56,7% hombres, edad media 83,3 años (rango: 66-95). Media PA al ingreso: 8,58; media de PA al alta: 8,65; media PPIs al ingreso: 3,03 (rango 0-10), media PPIs alta: 2,65 (rango 0-8). 91,7% de pacientes presentaron alguna PPI al ingreso y 93,7% al alta. Al ingreso se detectaron 182 PPIs siendo un 47% tipo EF, 35% tipo UP, 14% tipo EPC, 2% tipo I y 2% tipo EFR. PPIs más frecuentes: uso de diuréticos 22% (tipo UP), inhibidores de bomba de protones (IBPs) sin indicación 21% (EF), benzodiacepinas (BZDs) 12% (EF) y uso de fármacos a evitar en pacientes con demencia 7% (EPC). Al alta se encontraron 127 PPIs: 47% tipo EF, un 43% del tipo UP, un 7% de tipo EPC y un 2% tipo I y 1% tipo EFR. PPIs más frecuentes: uso de diuréticos 25% (tipo UP), IBPs sin indicación 22% (EF), BZDs 13% (EF) y precaución en uso ISRS 8% (UP). No existen diferencias significativas entre PPIs al ingreso y al alta ($p=0,41$). Se observan diferencias significativas entre las PPIs tipo EPC al ingreso (43,3% de los pacientes) y al alta (15%) ($p=0,03$). Se observan diferencias significativas en el uso de AINEs al ingreso (8,3% de los pacientes) y al alta (0%); $p=0,046$. Se observan diferencias significativas según sexo tanto en las PPIs al ingreso (2,67 criterios en varones vs 3,14 en mujeres; $p=0,034$) como al alta (2,3 en hombres vs 3,1 en mujeres; $p=0,026$).

CONCLUSIONES

Un elevado número de pacientes presentan alguna PPI. Tras la estancia hospitalaria no se reduce su número, por lo que es necesario plantear estrategias en colaboración con los facultativos implicados para intentar disminuirlas. Destaca la elevada frecuencia de uso de IBPs sin indicación y BZDs al ingreso que no son modificadas al alta, y el mayor número de PPIs en mujeres.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 582

TÍTULO. IMPACTO DE LA ACTUALIZACIÓN DE LOS CRITERIOS DE BEERS EN NUESTRO MEDIO

Autores: GALINDO ALLUEVA M, CASAJUS P, ARRIETA R, ESCOLANO A, NAVARRO I, PEREZ C, OLIER MP, ABAD SAZATORNIL MR

GALINDO ALLUEVA MARIA . H MIGUEL SERVET . FARMACIA HOSPITALARIA (FH)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Analizar número y tipo de prescripciones potencialmente inadecuadas (PPIs) que presentan los pacientes al ingreso en medicina interna (MI) mediante criterios de Beers (CB) 2003, 2012 y 2015 así como las diferencias existentes.

METODOLOGÍA

Se analizó la medicación domiciliar al ingreso de pacientes = 65 años ingresados en MI (febrero-marzo 2016). Variables recogidas: edad, sexo, principios activos (PAs) al ingreso. Fuentes de datos: informe urgencias y receta electrónica. Análisis PPIs: CB 2003, 2012 y 2015 por separado, clasificadas en cinco tipos: evitar fármaco (EF), evitar en patología concreta (EPC), usar con precaución (UP), interacción (I) y evitar según función renal (EFR). Se realizó análisis descriptivo y comparativo, programa estadístico: SPSS 15.0.

RESULTADOS

60 pacientes: 56,7% hombres, edad media 83,3 años (rango: 66-95), media PA al ingreso: 8,58. Según CB 2003 20% pacientes presentaba alguna PPI frente a 71,7% según CB 2012 y 91,7% según CB 2015. Media PPIs por paciente: 0,25 CB 2003 (rango 0-2), 1,67 CB 2012 (rango: 0-7), y 3,05 CB 2015 (rango: 0-10). Existen diferencias significativas entre PPIs medidas según las tres actualizaciones ($p=0,00$). CB 2003: 15 PPIs detectadas, 67% tipo EF y 33% EPC. CB 2003 más frecuentes: uso amiodarona 20% (tipo EF), uso benzodiazepinas (BZDs) de larga duración (EF), uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) 13% (EF) y uso de antiagregantes o AINES en paciente anticoagulado 13% (EPC). CB 2012: 100 PPIs detectadas, 49% tipo EF, 26% EPC y 25% UP. CB 2012 más frecuentes: uso de BZDs 22% (tipo EF), uso fármacos contraindicados en demencia 12% (EPC) y uso antipsicóticos 10% (EF). Beers 2015: 182 PPIs detectadas, 47% tipo EF, 35% UP, 14% EPC, 2% I y 2% EFR. CB 2015 más frecuentes: uso de diuréticos 22% (tipo UP), inhibidores de la bomba de protones (IBPs) sin indicación 21% (EF), BZDs 12% (EF) y uso de fármacos a evitar en pacientes con demencia 7% (EPC).

CONCLUSIONES

Con cada actualización de CB aumenta el porcentaje de pacientes con PPIs y la media de PPIs por paciente, lo que indica que la sensibilidad ha ido en aumento y cada vez son más aplicables a nuestro entorno. La retirada de criterios por la actualización de la evidencia provoca que PPIs frecuentes según CB 2003 no lo sean según criterios posteriores, como el uso de amiodarona o antiagregación en paciente anticoagulado. Así mismo, otras PPIs no presentes, pasan a ser habituales, como el uso de IBPs sin indicación, añadido en 2015, y con uso muy extendido en nuestro ámbito.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 595

TÍTULO. OPTIMIZACIÓN DE LAS NUEVAS TERAPIAS FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS C: MANEJO DE INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS

Autores: GALINDO ALLUEVA M, NAVARRO H, DE LA LLAMA N, COMET M, NAVARRO I, ESCOLANO A, URIARTE M, ABAD SAZATORNIL MR

GALINDO ALLUEVA MARIA . H MIGUEL SERVET . FARMACIA HOSPITALARIA (FH)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Evaluar interacciones en pacientes en tratamiento con agentes antivirales directos (AAD) frente al virus hepatitis C (VHC) y su tratamiento concomitante.

METODOLOGÍA

Estudio prospectivo, unicéntrico, observacional en el que se analizaron pacientes tratados con AAD frente VHC (enero-octubre 2015). Se analizó la medicación concomitante al inicio y durante el tratamiento, mediante entrevista con el paciente y receta electrónica. Análisis interacciones: base de datos Hep-drug Interactions, Lexi-comp y fichas técnicas. Se clasificaron como: contraindicado en insuficiencia hepática (IH), ajustar dosis (AD), monitorizar paciente (MP), modificar condiciones de toma (MCT) o suspender tratamiento (ST).

RESULTADOS

193 pacientes. Variables sociodemográficas: 70,5% hombres, edad media 56 años. Variables clínicas: genotipo: 26,9% 1a, 37,8% 1b, 4,2% 2, 17,1% 3, 13,5% 4 y 0,5% 5; grado fibrosis: 76,2% 4, 20,7% 3, 2,1% 2 y 1% 1; coinfección: VIH+ 31,6%. Variables farmacoterapéuticas: AAD: 39% sofosbuvir/ledipasvir/ribavirina (SOF/LDV/RBV), 22% SOF/LDV, 20% SOF/daclatasvir (DCV)/RBV, 7% ombitasvir/paritaprevir/ritonavir/dasabuvir (OBV/PTV/r/DSV)/RBV, 4% SOF/RBV, 2% SOF/DCV, 2% simeprevir (SMV)/DCV, 2% OBV/PTV/r/DSV, 1% SOF/SMV, 1% OBV/PTV/r/RBV; media PA concomitantes: 4,3 (rango: 0-18). Se observaron 244 interacciones. El 58,8% de los pacientes presentaron interacción (media: 1,25). 21% fueron tipo MP, 14% MD, 12% MCT, 12% IH y 4% ST. Interacciones más frecuentes: omeprazol-LDV, tenofovir-LDV, metformina-AAD, valsartán-SOF y valsartán-LDV presentes en 18,3%, 9,33%, 7,77%, 5,70% y 5,17% de pacientes respectivamente. El 55,6% de regímenes con SOF presentaron interacciones frente al 79,2% que no lo contenían ($p < 0,05$). El 70,5% de VIH+ presentan alguna interacción vs el 53% de VIH- ($p = 0,016$) aunque el número de fármacos concomitantes no difiere entre un grupo y otro (media 1,21 vs 1,27 $p = 0,06$). 59,2% de F4 presentan interacciones vs 56,5% del resto ($p = 0,439$).

CONCLUSIONES

Más de la mitad de pacientes presentaron interacciones, siendo más frecuentes aquellas que precisaban monitorizarlo y menos las que requerían suspender tratamiento. Se observa que los regímenes que contienen SOF presentan menos interacciones que el resto. Se demuestra una vez más la necesidad de analizar las interacciones posibles para optimizar el tratamiento y el importante papel que juega el farmacéutico en conciliar el tratamiento con la prescripción del médico especialista mediante la entrevista al paciente y la consulta de receta electrónica.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 610

TÍTULO. ADHERENCIA A ANTINEOPLÁSICOS ORALES EN LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA Y MIELOMA MÚLTIPLE

Autores: GALINDO ALLUEVA M, NAVARRO H, DE LA LLAMA N, COMET M, NAVARRO I, OLIER MP, REAL JM, ABAD SAZATORNIL MR

GALINDO ALLUEVA MARIA . H MIGUEL SERVET . FARMACIA HOSPITALARIA (FH)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Analizar adherencia de pacientes tratados con imatinib, dasatinib, nilotinib o lenalidomida y factores que influyen en ella. Evaluar concordancia entre métodos de medida de adherencia.

METODOLOGÍA

Estudio prospectivo, unicéntrico y observacional en pacientes en tratamiento con imatinib, dasatinib y nilotinib en leucemia mieloide crónica (LMC) o lenalidomida en mieloma múltiple (MM) y síndrome mielodisplásico (SMD) (mayo-octubre 2015). Criterios inclusión: pacientes mayores de edad, en tratamiento al menos un año. Medida adherencia: combinación registro dispensaciones (RD) (adherente: dispensaciones >90%) y test de Moriski-Green (MG) (alta, media y baja adherencia). Altamente adherentes: >90% RD y alta MG. Se recogieron factores sociodemográficos, farmacoterapéuticos y de seguridad mediante entrevista y revisión historia clínica. Se realizó análisis descriptivo y comparativo: SPSS 19.0. Estudio aprobado por el CEICA.

RESULTADOS

45 pacientes; variables sociodemográficas: 57,8% hombres, edad media 62,9 años; clínicas: diagnóstico: 66,7% LMC, 26,7% MM y 6,7% SMD; farmacoterapéuticas: 35% tratados con imatinib, 33% lenalidomida, 16% dasatinib y 16% nilotinib. Tratamiento 1ª línea: 55,6%; Tratamiento concomitante: 55,6% cuatro o más fármacos. EAs: 55% de pacientes. RD: media adherencia 95,67%, adherentes 88,9%. Test MG: 62,2% alta adherencia y 37,8% media. Combinación métodos: 55,6% adherencia alta. Índice correlación métodos ($\kappa=0.018$). Adherencia alta por patología: 53,3% (LMC) 58,3% (MM) y 66,7% (SMD), por fármaco: 43,8% (imatinib), 71,4% (dasatinib), 57,1% (nilotinib) y 60% (lenalidomida). No se encontraron diferencias significativas entre las variables estudiadas y alta adherencia ($p<0,05$) si bien se observó tendencia a mayor adherencia en mujeres (63,2% vs 50% hombres), segunda o más líneas (63,6% vs 47,8% primera línea), mayores de 45 años (59% vs 33,3% menores), más de cuatro años de tratamiento (60,7% vs 47,1% menos de cuatro), más de un comprimido (64,3% vs 51,6% único comprimido), no presencia EAs (60% vs 52% de los que presentan), no medicación concomitante (62,5% vs 57,1% entre 1 y 5 fármacos vs 50% más de 6).

CONCLUSIONES

Este estudio sugiere que casi la mitad de pacientes no son altamente adherentes independientemente del fármaco prescrito. La falta de correlación entre los dos métodos de medida muestra la necesidad de búsqueda de un método validado para este tipo de patologías. Son necesarios más estudios que permitan conocer factores que influyen en la adherencia.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 391

TÍTULO. APOYO Y ACOMPAÑAMIENTO EMOCIONAL A LO PADRES/ TUTORES EN EL PROCESO PERIOPERATORIO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS

Autores: GARCÉS DEL GARRO LISA MA, CRESPO SANCHEZ AE, MONTESINOS GUILLEN MJ, CACERES DURAN E, PEREZ ALBORS C, GALILEA SAENZ LAGUNA E, BRUNA MARTIN MM, LATORRE IZQUIERDO AM

GARCÉS DEL GARRO LISA MARIA ANGELES . H MIGUEL SERVET . QUIROFANO INFANTIL

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Cubrir la necesidad de información no médica, empatía y sensibilidad acerca del proceso quirúrgico de sus hijos.
- Disminuir la ansiedad a los padres/ tutores.
- Aclarar las dudas relacionadas con las necesidades afectivas del niño desde el momento de separación de sus padres.
- Explicar la ruta que sigue su hijo dentro del bloque quirúrgico.
- Acompañar en el proceso pre, intra y postoperatorio inmediato ofreciendo confort emocional.

METODOLOGÍA

El personal de enfermería del quirófano infantil realizará una visita preoperatoria el día anterior a la intervención quirúrgica, mediante una breve entrevista. Nos presentaremos y nos comunicaremos con padres/ tutores con un lenguaje coloquial, cercano, animándoles a expresar sus dudas y sentimientos.

Les informaremos de que durante la intervención, recibirán por nuestra parte información no médica para su tranquilidad sobre la etapa del proceso quirúrgico en la que se encuentre.

El día de la intervención habrá una primera toma de contacto en la habitación del niño, con la enfermera que actuará de enlace durante su estancia en el quirófano.

Permaneceremos en comunicación con ellos en etapas claves para que el tiempo de espera sea menos angustioso.

Al finalizar el tiempo quirúrgico, nos comunicaremos con ellos notificándoles el fin de la intervención. Les avisaremos de que en breve el equipo médico les informará ampliamente del proceso quirúrgico y los cuidados postoperatorios inmediatos, siendo requeridos a nuestra sala de información. Les ofreceremos nuestro apoyo y compañía también en ese momento, si lo estiman oportuno.

RESULTADOS

Disminución de la ansiedad, haciendo el proceso más llevadero y menos traumático.

Resolución de dudas afectivas.

Acompañamiento terapéutico eficaz.

CONCLUSIONES

Desmitificar, mediante la expresión de sus sentimientos, empatía y acercamiento a los padres/ tutores, el bloque quirúrgico, su entorno y personal de enfermería.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 461

TÍTULO. **INDICADOR DE CALIDAD: ANALISIS DE REVISTAS EN 72H A URGENCIAS DE UN TRAUMA CENTER**

Autores: GARCES HORNA S, SANMARTIN ALLUE H, RIOS PEREZ S, MUÑOZ GONZALEZ Y, GARCIA LANGOYO B, CORTES GRACIA MA, MORALES GONZALEZ O

GARCES HORNA SILVIA . H MIGUEL SERVET . URGENCIAS

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Conocer el índice de revisitas en urgencias traumatológicas.
Definir el perfil clínico-epidemiológico del paciente revisitado.
Objetivar los factores que influyen en estas revisitas.
Analizar los motivos de asistencia y la tasa de ingresos tras la revisita.

METODOLOGÍA

Durante 2 meses consecutivos, se incluyeron todos los pacientes que, después de ser dados de alta de la unidad de urgencias traumatológicas, regresaron al servicio antes de 72 horas, en un hospital Trauma Center con 45000 episodios anuales. Se recogieron datos clínicos y epidemiológicos, se identificaron la causa de la revisita, los motivos de consulta y niveles de prioridad, así como los ingresos tras la revisita.

RESULTADOS

Resultados:

Se registraron 115 revisitas, con n=111 supuso un índice de revisitas de 2,07%. El análisis multivariante demostró, como factor predictor positivo de revisita, una edad superior a 54,28 años, existiendo una diferencia significativa (p=0,00). Donde en varones la edad media fue 45,69 ±19,47 y en mujeres 61,02 ±21,32. El nivel de prioridad más frecuente fue el nivel III, suponiendo un 59,09% de los casos. Comparando el nivel de triaje entre visitas, en un 89,56% de los casos, el nivel de prioridad fue menor o igual a la primera visita. El 62,28% de las revisitas se debieron a factores relacionados con la enfermedad, el 29,82% con el enfermo, en el 5,26 % sin relación causal anterior, el 1,75% con el diagnóstico/tratamiento y el 0,88% con el sistema. El índice de ingresos en las revisitas fue del 4,34%

CONCLUSIONES

El índice revisitas fue bajo comparado con otros estudios consultados, siendo la mayoría de estas debidas a la evolución de la propia enfermedad o a criterio del paciente. La asociación de las variables ingreso y nivel de prioridad entre visitas, demostraron una baja complejidad de las mismas.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 344

TÍTULO. PICTOGRAMAS (COMUNICACIÓN AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDER NOS.

Autores: GARCIA LISBONA IRIARTE ML, BERDUN PUEYO J, IZQUIERDO VILLARROYA JF, SANCHEZ CASTAÑO C, CAMPOS TROL I, MONSERRAT CANTERA E, VILLUENDAS FERNANDEZ N, MARTINEZ CARBALLO MS

GARCIA LISBONA IRIARTE MARIA LOURDES . H MIGUEL SERVET . OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Mejorar la comunicación con las gestantes no-castellano parlantes que llegan a nuestro hospital.
- Mejorar la comunicación con las señoras que presenten limitaciones en la comprensión o expresión oral.
- Elaborar unos Cuadernos de Pictogramas que expliquen de forma gráfica cada uno de los pasos que vamos a ir desarrollando. (En Consulta, Urgencias, Plantas de Hospitalización y Partorio).
- Conseguir la información necesaria para elaborar la Historia Clínica.
- Conseguir que puedan transmitirnos sus necesidades y sentimientos.
- Conseguir que formulen preguntas libremente.
- Conseguir mejorar la atención que les damos y disminuir su miedo.
- Aportar una mayor calidad en los cuidados durante el proceso de embarazo, parto y puerperio.

METODOLOGÍA

- Trabajo en equipo, presencial y online.
- Trabajo de campo fotografiando lugares y material, y situaciones que queremos definir.
- Reuniones con Arasaac.
- Elaboración de dibujos.
- Elaboración de los 5 cuadernos de Comunicación.

RESULTADOS

- Atención de mayor calidad en un momento tan importante como es el embarazo, parto y puerperio.
- Mujeres que se sientan más seguras y mejor atendidas. (Tanto en Obstetricia como en Gine).
- Comunicación más fluida que la que tenemos actualmente.
- Mayor satisfacción en I@s profesionales (realmente es poco gratificante intentar atender o ayudar a una madre con la que no podemos comunicarnos).
- El 90% de las gestantes no castellanoparlantes conseguirán comunicarse por medio de los cuadernos.
- En el 90% de los casos, lograremos completar las Historias Clínicas de estas señoras.

CONCLUSIONES

La maternidad es un proceso que implica inquietud, dudas, preocupación, ansiedad y también mucha alegría. Pero dar a luz en un país que no es el propio, donde no se conoce el idioma y las costumbres son distintas es un problema que impide que las mamás colaboren y vivan este momento confiadas y tranquilas.

Estamos convencidos de que puede resultar una herramienta muy útil que mejorará sin duda el problema de comunicación que hoy tenemos sin resolver.

Esperamos que este trabajo de elaboración de estos 5 Cuadernos de Comunicación (que estamos haciendo en 5 equipos de TCAES y matronas) sea útil para reflexionar sobre nuestro trabajo diario y también que los Cuadernos, una vez hechos, puedan servir a tod@s I@s compañer@s en la atención a las señoras que acuden a nuestro Servicio.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 518

TÍTULO. DERIVACIONES URINARIAS TRAS CISTECTOMÍA RADICAL, ¿SE PUEDE MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES?

Autores: GARCIA RUIZ R, BLANCO CHAMORRO C, TEJERO SANCHEZ A, CABAÑUZ PLO T, MUÑOZ RIVERO MV, BORQUE FERNANDO A, GIL MARTINEZ P, GIL SANZ MJ

GARCIA RUIZ RAMIRO . H MIGUEL SERVET . UROLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Evolución en nuestro centro en cuanto a derivaciones urinarias tras cistectomía radical así como una revisión de la última bibliografía disponible en términos de calidad de vida asociada a derivación urinaria mediante neovejiga ortotópica (Hautmann).

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo de las Cistectomías radicales realizadas en nuestro Servicio desde 1977 hasta 2015. Revisión y comparación con la última literatura.

RESULTADOS

Desde 1977 hasta 2015 se han realizado un total de 916 cistectomías radicales con derivación urinaria, el Bricker fue la primera en frecuencia (416 casos) seguida de la neovejiga tipo Hautmann (368 casos, 42%). Durante los 19 primeros años se realizaban Bricker en todos los casos mientras que a partir de primeros de los años 90 se observa una tendencia cada vez mayor al empleo de neovejiga ortotópica, desde 2005 se observa una tendencia a la estabilización de frecuencias siendo ligeramente mayor el empleo de Bricker motivada quizás por la realización de cistectomías en pacientes de mayor edad, más comorbilidades y tumores localmente más avanzados. Por edad, en menores de 55 años se hacen más neovejigas, entre 55-75 se igualan y a partir de 75 años se realizan más Bricker.

Hautmann en 2015 valora la frecuencia de las diferentes derivaciones urinarias según el tipo de centro en el que el paciente es tratado, así la frecuencia global del uso de neovejiga en centros de referencia en urooncología se situaba en torno al 30-45% lo que concuerda con nuestra serie.

Ghosh publica en 2016 una revisión sistemática en cuanto a calidad de vida en pacientes con neovejiga ortotópica en pacientes procedentes de 22 estudios siendo difícil valorar los resultados por el empleo de diferentes cuestionarios según el centro.

Cerruto publica también en 2016 una revisión sistemática de estudios comparativos no randomizados empleando cuestionarios validados, mostrando una ventaja en favor de neovejiga ortotópica en términos de calidad de vida.

CONCLUSIONES

o La elección del tipo de derivación urinaria tiene un impacto importante en la calidad de vida tras Cistectomía radical.
o Los datos de nuestra serie concuerdan con los datos publicados en cuanto a frecuencia de derivación en centros de referencia.

o La neovejiga ortotópica debería ser la técnica derivativa de elección después de cistectomía radical salvo que existan contraindicaciones para ello, ya que los últimos datos en la bibliografía sugieren una posible mejora en la calidad de vida favorable a neovejiga ortotópica.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 597

TÍTULO. BRAQUITERAPIA ELECTRÓNICA POSTOPERATORIA CON CILINDRO VAGINAL EN CÁNCER GINECOLÓGICO. EXPERIENCIA EN H.U. MIGUEL SERVET

Autores: GASCON FERRER M, MENDEZ VILLAMON A, MIRANDA BURGOS A, MOLINA OSORIO G, MUÑOZ SAENZ E, VAZQUEZ SANCHO C, TEJEDOR GUTIERREZ M

GASCON FERRER MARINA . H MIGUEL SERVET . ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El cáncer de endometrio es el tumor ginecológico más frecuente, seguido por el de ovario y el de cérvix. Se ha relacionado con gran número de factores como edad avanzada, hiperestrogenismo (obesidad, diabetes), HTA, nuliparidad, menarquia precoz, menopausia tardía, Síndrome de Lynch o uso de tamoxifeno.

La braquiterapia ginecológica postoperatoria se utiliza en distintos tumores ginecológicos, siendo una de las principales indicaciones el cáncer de endometrio.

Ensayos randomizados fase III han revelado que el mayor índice de recurrencias ocurren a nivel vaginal y han demostrado que la braquiterapia vaginal en casos seleccionados (edad < 60 años, invasión miometrial <50%, G1-2 y ausencia de invasión linfovascular) ofrece un control local no inferior a Radioterapia Externa con una menor toxicidad para la paciente, proporcionando mayor protección de los órganos de riesgo adyacentes (recto-sigma y vejiga).

METODOLOGÍA

El tratamiento empleado consistió en braquiterapia electrónica mediante fuente de kilovoltaje de 50 kV Axxent®. Se usaron cilindros de 2 a 3.5 cm de diámetro. El esquema utilizado fue de 25Gy en 5 fracciones de 5Gy, 2 fracciones semanales como tratamiento exclusivo y 15Gy en 3 fracciones 2 fracciones semanales como sobreimpresión tras Radioterapia Externa. La planificación fue guiada por TAC, así como la verificación en cada sesión de la correcta colocación del aplicador. La duración de cada fracción fue de escasos minutos, sin precisar analgesia y siendo monitorizada y acompañada en todo momento por personal sanitario al no requerir la energía de la fuente de blindaje específico.

RESULTADOS

Se han revisado las primeras 31 pacientes tratadas con Braquiterapia electrónica ginecológica entre Septiembre de 2015 y Mayo de 2016 en el Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital Universitario Miguel Servet.

Edad media: 62 años (33-82). Localización tumor primario: 80% endometrio, 13% cérvix y 6.4% vagina. Histología: 71% adenocarcinoma, 9.6% epidermoide, 9.6% seroso, 6.4% células claras, 3% mixto. Grado: G1 29%, G2 38.7%, G3 32%. Estadio FIGO: 26% IA, 51% IB, 9.6% II, 4.2% IIA, 4.2% IIIB y 3.2% IIIC. Toxicidad aguda: 2 pacientes presentaron toxicidad Genitourinaria G1, 6 pacientes toxicidad a nivel de mucosa G1 y 1 paciente G2.

CONCLUSIONES

La Braquiterapia electrónica ginecológica con cilindros vaginales es un método seguro y confortable con excelente tolerancia aguda.

Permite administrar la dosis de radiación en pocas sesiones de corta duración de manera ambulatoria sin precisar de analgesia ni blindaje de la fuente.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 571

TÍTULO. ANÁLISIS DE LAS INCIDENCIAS REGISTRADAS EN EL ÁREA DE ENSAYOS CLÍNICOS DEL SERVICIO DE FARMACIA DEL HUMS 2014 – 2015

Autores: GASSO SANCHEZ A, HUARTE R, BERNABE S, COMET M, CASTIELLA M, PALOMO P, LARRODE I, OLIER P

GASSO SANCHEZ AMALIA . H MIGUEL SERVET . FARMACIA HOSPITALARIA (FH)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Evaluar las incidencias registradas por el Servicio de Farmacia (SF) en la gestión de los Ensayos clínicos (EC) para determinar las acciones correctivas, preventivas y de mejora más adecuadas

METODOLOGÍA

Análisis descriptivo de los datos recogidos en el sistema de registro de incidencias (I) que recoge: notificador, fecha, EC y Servicio Clínico responsable, profesional implicado, fase del proceso, descripción, intervención y si afecta al paciente. Análisis estadístico mediante SPSS 15 según servicio, fase del proceso y profesional implicado y se estudiaron las causas más frecuentes

RESULTADOS

Se registraron 245 I (142/225 EC activos en 2015 y 103/221 EC activos en 2014). Las I ocurrieron principalmente en la prescripción (44,3%), recepción (15,9%), registro (12,6%) y dispensación (10,2%). Esto supone un (2,25%) del total de prescripciones (n=4834) y (0,27%) del total de dispensaciones (n=9013). En la comparación entre 2014 y 2015, aumentan las I de prescripción 51,4 % en 2015 vs 35,6 % en 2014 y disminuyen las de recepción 25 % en 2014 vs 8,5% en 2015. Por servicios oncología (60,2%), medicina interna (13%), nefrología (9,8%) y oftalmología (6,5%), y por profesionales el prescriptor (41,9%) y el farmacéutico (29,3%). Las causas más comunes en la prescripción fueron: prescripción incompleta o errónea (29.35%), no utilizar el modelo específico de solicitud de medicamento (21.1%), error en la dosis (11%), omitir el nombre del paciente (10,09%), o no identificar al paciente como perteneciente a EC (8.25%). En la recepción, registro erróneo (23.07%), por igual error en la dirección/nombre del destinatario o parte del envío se queda sin sacar ni entregar o error en el almacenaje/recepción de muestras con caducidades próximas (10,25%). Dispensación por no ajuste al protocolo (44%/11 de 25) y otros errores de dispensación (36%/9 de 25)

CONCLUSIONES

El conocimiento de las I es fundamental para establecer medidas correctoras que permitan la mejora en la gestión de los EC. De este análisis, se entiende que las primeras medidas que se debieran aplicar, son la comunicación y notificación inmediata al que procede, y el análisis conjunto de posibles medidas correctoras. El mayor porcentaje de I por servicio está en relación directa con el número de EC que realizan. En cuanto a las I del SF, se insiste en la necesaria formación del personal implicado dadas las características diferenciales de esta área. Hay que considerar la creciente complejidad en la gestión de los nuevos EC y el aumento de la actividad asistencial, lo que puede obstaculizar el proceso de mejora

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 604

TÍTULO. MODIFICACIÓN TÉCNICA PARA LA APLICACIÓN DE RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA EN SITUACIONES COMPLEJAS PARA EL CÁNCER DE MAMA

Autores: GENZOR RIOS SJ, CASAMAYOR FRANCO MC, IBAÑEZ CARRERAS R, GARCIA MUR C, RODRIGUEZ ARTIGAS JM, VALLEJO BERNAD C, OLIVER GUILLEN JR, HERNANDO ALMUDI E

GENZOR RIOS SIXTO JAVIER . H MIGUEL SERVET . CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La aplicación de radioterapia intraoperatoria en cáncer de mama (RIO) proporciona la dosis de radiación precisa en el lecho tumoral bien oxigenado y sin pérdida geográfica, representando un tratamiento óptimo para aplicar en quirófano. El sistema de balón utilizado necesita un margen a piel de al menos 1 cm y según el tamaño de la mama o la localización de la lesión no es posible conseguir esta distancia. La utilización del sistema que presentamos permite la radiación de estos casos.

METODOLOGÍA

Mujer de 65 años que presenta lesión de 7,5mm en plano posterior ICS de mama izquierda. Biopsia positiva para CDI G2 SB6, RH+, Herb 2-. Cumple todos los criterios de inclusión acordados en el proceso de mama, para realización de RIO.

RESULTADOS

Practicamos tumorectomía con estudio intraoperatorio de bordes quirúrgicos libre y ganglio centinela con células aisladas. Se coloca balón en lecho de radiación de 30 ml y disco protector de 3cm retropectoral. Se realiza medición específica desde el lecho de radiación a la piel, con distancia máxima de 7,5mm. Se decide disección de plano subcutáneo, colocación de ganchos retractores a piel y gasas humedecidas, confirmando que la nueva distancia a piel supera 1 cm por control ecográfico. Se aplica la RIO y se concluye cirugía de la forma habitual.

CONCLUSIONES

Este sistema nos ha permitido aplicar la cirugía conservadora con RIO en una paciente que en otro momento habríamos desestimado para la técnica. Se trata de la aplicación de separadores del sistema LONE STAR asociando la colocación de gasas aprendida de la utilización de otros sistemas similares. La aplicación de este sistema permite ampliar la indicación independientemente del tamaño de la mama y de la localización tumoral.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 179

TÍTULO. PLAN DE CALIDAD DEL TRABAJO DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN TRASLACIONAL (UIT)

Autores: GIL GOMEZ V, FORNER M, CUBERO P, MARTINEZ M, SIMON AL

GIL GOMEZ VICTORIA . H MIGUEL SERVET . UIT

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Desarrollar una labor de investigación biosanitaria de calidad por enfermería del grupo "Trastornos respiratorios del sueño" de la UIT del HU Miguel Servet

Revisar sistemáticamente la literatura científica y protocolos de enfermería

Proporcionar una Atención de calidad al paciente

Obtener, procesar y gestionar muestras biológicas

Elaborar bases de datos y explotar e interpretar resultados

METODOLOGÍA

Una vez aprobado por el CEICA un proyecto de investigación elaborado por el Investigador Principal (IP), la enfermería revisa el estado actual del tema a estudio, prestando especial atención a las variables resultados

Se reúne el equipo enfermero para establecer líneas de acción incluidos aspectos técnicos y elaboración de un cronograma conforme al plan de acción establecido dentro de la memoria del proyecto

Tras el reclutamiento médico y firma de CI se procede a la bienvenida del paciente y realización de visita de enfermería según protocolo: (medidas antropométricas, pruebas funcionales y obtención de muestras)

Procesamiento de muestras en laboratorio según guías clínicas estandarizadas y crioconservación vigilada de las alícuotas según protocolo

Elaboración de un Cuaderno de Registro de Datos (CRD) que permite la inequívoca relación de éstos con cada paciente y actúa como guía estandarizada en la visita optimizando al máximo tanto el tiempo como la recogida de variables evitando la pérdida de datos

Creación de bases informáticas para registro de datos y posterior exportación a paquetes estadísticos para su análisis

RESULTADOS

Obtención de información necesaria para establecer líneas de acción adaptadas tanto al protocolo como a los recursos humanos y materiales de los que disponemos.

A través de una atención directa, continuada y de calidad del paciente obtenemos un mejor seguimiento de su estado de salud que se traduce en una inmediata detección de sus cambios clínicos y en definitiva mejoran su calidad de vida

El seguimiento exhaustivo de guías clínicas estandarizadas garantiza la inequívoca identificación de la muestra y su trazabilidad obteniendo como resultado las condiciones óptimas para un posterior análisis biológico

Obtención de datos clínicos de calidad que permiten su posterior análisis estadístico riguroso a fin de poder extrapolar a la población de la que proviene muestra muestra y su posterior difusión en beneficio de la misma

CONCLUSIONES

Los procedimientos estandarizados que desarrolla enfermería en la UIT permiten responder a las altísimas demandas de calidad actuales en el mundo de la investigación internacional en el campo de la Neumología

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 514

TÍTULO. **GESTIÓN Y COORDINACIÓN DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN. ESTUDIO EPIOSA.**

Autores: GIL GOMEZ AV, CUBERO MARIN JP, FORNER VICENTE M, MARTINEZ MELERO M, SIMON ROBLES AL, MARTIN CARPI MT, MARIN TRIGO JM

GIL GOMEZ ANA VICTORIA . H MIGUEL SERVET . UNIDAD DE INVESTIGACION TRASLACIONAL (UIT)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

OBJETIVOS

Exposición de las diferentes fases del proyecto “Modificaciones Epigenéticas y Aterosclerosis subclínica en pacientes con Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (EPIOSA) (FISS12/02175) (Clinicaltrials.gov identifier:NCT02131610)

METODOLOGÍA

MATERIAL Y MÉTODOS

Pacientes reclutados con diagnóstico de Apnea Obstructiva de Sueño (AOS), informados y entregado el consentimiento informado (CI) por parte de medicina de la unidad de trastornos respiratorios del sueño. La coordinadora del Proyecto, de la Unidad de Investigación Traslacional, junto con los diferentes miembros del equipo, realiza las siguientes actividades: coordinación de las diferentes unidades técnicas: ecografía carotídea, citometría de flujo, análisis clínico, análisis genómico y epigenómico. Atención al paciente: visita en consulta, toma de constantes, extracción de muestras, previsión de sucesivas visitas y vigilancia de estado clínico del paciente. Análisis de muestras: procesamiento, gestión y crioconservación. Elaboración de bases de datos, exportación de los mismos y análisis estadístico.

RESULTADOS

RESULTADOS

La participación de los DUE en un PI clínico asegura un adecuado seguimiento interdisciplinar de los pacientes y de las pruebas complementarias a realizar. La consecución de las pruebas del paciente en el menor tiempo posible y la detección temprana de hallazgos patológicos produce satisfacción del paciente y minimización de pérdidas para siguientes visitas. La gestión de muestras según guías clínicas evita la pérdida de calidad de las mismas para su posterior análisis en laboratorios externos. El registro informático de datos arrojados resulta en orden y simplicidad de exportación a paquetes estadísticos; en los cuales se evaluarán las características de nuestra muestra, difusión de resultados y tesis doctoral.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

La coordinación de enfermería de las actividades desarrolladas en un Proyecto de Investigación de base clínica hospitalaria, es esencial para el cumplimiento de los objetivos planteados. Se requiere personal especializado en Investigación biosanitaria, ético-legal y estadística. La enfermería, poco presente hoy día en investigación clínica se evidencia necesaria para una correcta consecución de proyectos de investigación.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 609

TÍTULO. ANÁLISIS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN DIRECTIVOS Y GESTORES

Autores: GIMENEZ JULVEZ T, AIBAR REMON C, GUTIERREZ CIA I, HERNANDEZ GARCIA I

GIMENEZ JULVEZ TERESA . H MIGUEL SERVET . MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Diversos estudios han identificado una falta de compromiso y liderazgo en materia de seguridad del paciente (SP) en directivos y gestores. Pese a ser un grupo reducido en cuanto a número, representan un estamento muy significativo por la importancia de sus decisiones ya que afectan tanto a planes presentes como de medio y largo plazo. Esta investigación se realizó con los objetivos de analizar la cultura de seguridad del paciente (CSP) en directivos y gestores, así como evaluar la validez de un cuestionario elaborado a tal efecto.

METODOLOGÍA

Estudio transversal llevado a cabo en abril y mayo 2011 en personal directivo y de gestión del Servicio Aragonés de Salud (SALUD). Para recoger la información se diseñó un cuestionario ad hoc formado por 85 ítems. Se validaron los resultados del cuestionario mediante análisis factorial y el alfa de Cronbach. Las respuestas se recodificaron para su análisis en tres categorías (negativo, en transición/neutra y positivo). Para analizar las diferencias se utilizaron la prueba chi-cuadrado o el test exacto de Fisher. El nivel de significación estadística considerado fue p-valor < 0,05.

RESULTADOS

El análisis psicométrico de los resultados ha sido satisfactorio (KMO=0,75 y alfa de Cronbach 0,608 y 0,917). La CSP entre gestores del SALUD puede considerarse adecuada y similar a la de otros colectivos profesionales. El perfil de directivo muestra profesionales sanitarios médicos de atención especializada, con experiencia profesional en el SALUD de más de 11 años, pero con poca antigüedad en su cargo de directivo (3 a 6 años). Destacan como aspectos positivos las actitudes directivas frente a la SP, mientras que existe una percepción negativa de la participación de los pacientes, compromiso de la organización, existencia de mecanismos de respuesta inmediata para informar al paciente y familiares ante eventos adversos (EA) graves, inexistencia de asesoría a profesionales que sufren un EA y la no utilización de técnicas de simulación que mejoren la comunicación en entornos de alto riesgo.

CONCLUSIONES

La evaluación de la CSP de directivos permite identificar aspectos clave como la capacidad de liderazgo y su conocimiento de las líneas de actuación en prácticas seguras necesario para lograr un despliegue de la estrategia de SP en la organización que dirigen. El cuestionario diseñado ha demostrado ser un buen instrumento de medida de CSP entre directivos y gestores.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 614

TÍTULO. PROFUNDIZANDO EN EL ANÁLISIS DEL DISCURSO SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN DIRECTIVOS Y GESTORES

Autores: GIMENEZ JULVEZ T, GUTIERREZ CIA I, AIBAR REMON C, HERNANDEZ GARCIA I, FEBREL BORDEJE M, GASCON GIMENEZ I, GASCON GIMENEZ A, GIMENEZ BURILLO A

GIMENEZ JULVEZ TERESA . H MIGUEL SERVET . MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Diversos estudios han concluido que las actitudes, percepciones y acciones de los directivos sobre la seguridad del paciente (SP) son claves para promover una cultura proactiva de la seguridad del paciente (CSP). Para conocerlas se recomienda complementar la información obtenida a través de cuestionarios con datos cualitativos que enriquezcan esta información y mejoren la comprensión de la misma. Por ello, nuestro objetivo fue profundizar en el análisis del discurso y explorar los rasgos de la CSP en los profesionales con cargos directivos y de gestión.

METODOLOGÍA

Estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas (guión común) en personal directivo y de gestión del Servicio Aragonés de Salud incluyéndose también profesionales de representación sindical y del ámbito académico realizado entre abril y junio de 2011. Los criterios de selección fueron: sexo, categoría profesional, cargo actual, ámbito de atención y tamaño del centro; además, estar motivados y tener experiencia y conocimiento sobre la infraestructura, procesos y cuestiones sobre CSP. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas. El análisis cualitativo se realizó extrayendo los descriptores y seleccionando los verbatim (datos cualitativos) más representativos.

RESULTADOS

Se efectuaron 10 entrevistas semiestructuradas (10 perfiles profesionales). Relacionado con el concepto de SP, el grupo de respuestas ha sido bastante heterogéneo encontrando conocimientos, formación e ideas muy diferentes entre los entrevistados. Reconocen la existencia de problemas de SP y dentro de los factores contribuyentes para su producción identifican los relacionados con los profesionales, la formación, el equipo, la comunicación y el paciente como los más importantes. Todos coinciden en que se reconoce como prioritaria la SP, pero de forma más teórica que práctica. Señalan que la excesiva rotación de los directivos dificulta el establecimiento de estrategias a largo plazo y dar continuidad a medio plazo. La cultura de la culpa y la resistencia al cambio entre profesionales puede dificultar el desarrollo de su implantación. Destacan la necesidad de desplegar una estrategia global con líneas de SP y calidad coordinada a través de una Unidad Funcional transversal y multidisciplinar.

CONCLUSIONES

El discurso de profesionales clave (directivos y gestores) refleja aspectos relevantes sobre la CSP de una organización, útiles para complementar a la información obtenida por cuestionarios y esenciales para desarrollar estrategias en SP.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 438

TÍTULO. METANÁLISIS EN RED Y ANÁLISIS DE MINIMIZACIÓN DE COSTES DE HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR EN ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA

Autores: GIMENO BALLESTER VICENTE GBV, IZUEL RAMI M, LARRODE LECIÑENA I, BANDRES LISO AC, ABAD SAZATORNIL R

GIMENO BALLESTER VICENTE GIMENO BALLESTER VICENTE . H MIGUEL SERVET . FARMACIA HOSPITALARIA (FH)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Evaluar mediante la realización de un metanálisis en red y de un análisis de minimización de costes (AMC) la equivalencia terapéutica de las heparinas de bajo peso molecular (HBPM) para el tratamiento de la enfermedad tromboembólica.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión sistemática y se efectuó un análisis multivariante de efectos aleatorios mediante bayesianos para sintetizar la información. El análisis de la inconsistencia se llevó a cabo por comparación de tratamientos mixtos. La variable principal fue la tasa de tromboembolismo venoso durante el tratamiento (variable de eficacia para las HBPM) y como variables secundarias se seleccionaron la tasa de sangrado mayor y de sangrado menor (variables de seguridad). La duración de la profilaxis se fijó en 180 días como se establece en las guías de práctica clínica de referencia. Se desarrolló un modelo para calcular el coste del tratamiento intra y extra hospitalario de las distintas HBPM mediante la realización de 1.000 simulaciones de Montecarlo. En el AMC se contempló la estancia hospitalaria, el peso de los pacientes y el tamaño del envase a dispensar para completar el tratamiento ambulatorio. Para el cálculo de los precios de las HBPM se tuvo en cuenta el P.V.L./P.V.P. (menos el descuento del RD 175/2010 y más el 4% de IVA) para calcular el coste intra y extrahospitalario respectivamente. Por último, se realizó un análisis de sensibilidad univariante introduciendo un descuento del 100% en el P.V.L. de las HBPM a nivel intrahospitalario.

RESULTADOS

Se incluyeron 17 ensayos clínicos. No se encontraron diferencias significativas en ninguna de las tres variables analizadas. Tampoco se detectó ninguna fuente de inconsistencia. Respecto al AMC, la heparina que presentó un coste más bajo por paciente fue enoxaparina (1,572 € ± 379 €). Bemiparina fue la HBPM con un coste más elevado, 2,556 ± 638 €. El análisis de sensibilidad no modificó los resultados obtenidos en el caso base.

CONCLUSIONES

Ninguna heparina demostró ser superior a otra en términos de eficacia y seguridad, pudiendo existir grandes diferencias en los costes.

En este trabajo se ha analizado la importancia de los metanálisis en red para la determinación de los equivalentes terapéuticos.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 251

TÍTULO. MEJORA EN LA DETECCIÓN DE MECANISMOS DE RESISTENCIA A BETA-LACTÁMICOS EN ENTEROBACTERIAS

Autores: GOMARA LOMERO MM, LOPEZ CALLEJA AI, VELA BMP, PALACIAN P, FERRER I, VICENTE M, HERNANDEZ P, REVILLO MJ

GOMARA LOMERO MARTA MARIA · H MIGUEL SERVET · MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La diseminación de enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC) es un importante problema de salud pública. Su diagnóstico y detección supone un desafío para los laboratorios de microbiología, ya que estas enzimas no siempre definen resistencia a carbapenems. En base al proyecto "Mejora en los métodos diagnósticos para la detección fenotípica y genotípica de carbapenemasas en Gram negativos", el objetivo fue caracterizar los mecanismos de resistencia enzimáticos a carbapenems y otros β -lactámicos en aislados clínicos de Enterobacteriaceae con sensibilidad disminuida a carbapenems, durante los años 2013 y 2014 en nuestro hospital.

METODOLOGÍA

La sensibilidad antibiótica se determinó por MicroScanWalkAway (Siemens). Se analizó la presencia de carbapenemasas (KPC, OXA-48 y MBL), β -lactamasas de espectro extendido (BLEE) y de tipo AmpC en los aislados que presentaban sensibilidad disminuida al menos a un carbapenem (imipenem, meropenem o ertapenem siguiendo la guía EUCAST para cribado de EPC). La detección fenotípica se realizó por método de discos combinados y la confirmación molecular mediante PCR convencional múltiple según Poirel et al 2011, Montsein et al 2007 y Pérez-Pérez et al 2002.

RESULTADOS

Se realizó un estudio retrospectivo de 63 aislados archivados con sensibilidad disminuida a carbapenems (un aislado por paciente). El género más prevalente fue Enterobacter spp. (n=19, 30%), seguido de Klebsiella spp (n=17, 27%), Escherichia coli (n=14, 22%) y otros (n=13, 21%). La detección fenotípica de carbapenemasas fue compatible en 15 aislados, de éstos dos confirmados por PCR como cepas productoras de OXA-48 (Klebsiella pneumoniae y Citrobacter koseri). La detección de BLEE fue positiva en 25 aislados (39,6%), y la de β -lactamasas de tipo AmpC en 9 (14,2%). Dieciocho aislados (28%) mostraban AmpC cromosómica desreprimida.

CONCLUSIONES

Hasta ahora, la disminución en la sensibilidad a carbapenems en Enterobacteriaceae en nuestra área se debe principalmente a la presencia de BLEE y AmpC (82,5% de aislados), probablemente en combinación con pérdida de permeabilidad de membrana externa.

Pese a detectar únicamente dos casos de EPC en nuestro entorno, es imprescindible estar alerta y vigilar activamente la llegada de nuevas cepas.

La consolidación del proyecto de mejora permite disponer de métodos de detección rápidos y fiables para el cribado de EPC e implementar técnicas moleculares de confirmación, imprescindibles para un correcto diagnóstico de los casos.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 401

TÍTULO. LA GESTIÓN EN LAS PETICIONES DE SEROLOGÍA COMO INDICADOR DE CALIDAD

Autores: GOMARA LOMERO MM, ROC L, SORIA P, VELA BMP, MARTINEZ SAPIÑA A, LAIN E, OMEÑACA M, REVILLO MJ

GOMARA LOMERO MARTA MARIA . H MIGUEL SERVET . MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La gestión de la demanda es una línea de actuación fundamental en nuestro Servicio de Microbiología y la Sección de Serología ha trabajado siempre en ello. El objetivo fue analizar los resultados obtenidos desde la implementación en nuestro sistema informático de laboratorio (SIL) del Módulo de Gestión de la demanda en Serología, el tipo de gestión realizada y el impacto sobre la asistencia y la calidad durante el año 2015.

METODOLOGÍA

Previo al estudio se consensuaron entre microbiología y los servicios clínicos con más demanda de Serología unos perfiles con las determinaciones recomendadas en función de los protocolos y guías clínicas vigentes. Las unidades implicadas correspondían tanto a pacientes ingresados como a Atención Primaria y Especializada. Se aplicaron criterios facultativos relacionados con el diagnóstico clínico del paciente, historia previa, edad y servicio peticionario. En nuestro SIL se habilitó una aplicación de gestión de la demanda donde ligada a cada petición se registran varios ítems relacionados con la gestión realizada (inclusión/eliminación de determinaciones, llamadas telefónicas y otro tipo de actuaciones). Diariamente el responsable técnico revisa y prioriza las peticiones, orientando el diagnóstico microbiológico según la justificación clínica y el perfil solicitado adecuado a cada paciente.

RESULTADOS

De un total de 49.224 peticiones serológicas, se registraron 11.610 peticiones (24%) que requirieron una actuación de gestión de la demanda, destacando la eliminación de determinaciones que supuso un 84,6% (con 7,3% de peticiones redundantes). La inclusión de pruebas constituyó un 7,7% y otros cambios realizados (edad/diagnóstico, falta de datos clínicos, alertas) un 7,6%. Se estableció comunicación telefónica en 1.988 ocasiones.

La mayor parte de la gestión realizada fue en Atención Primaria (39,5%, 4.592 peticiones), y en el Hospital Maternal (Tocología y Ginecología), con 25,4% (2.958 solicitudes).

CONCLUSIONES

Una cuarta parte de las peticiones requirieron una gestión de la demanda, por disponer de resultados previos o no cumplir criterios clínicos. Es necesario seguir avanzando en esta línea, promoviendo una mayor concienciación en las determinaciones con justificación clínica.

La gestión de la demanda en Serología ha permitido optimizar los recursos disponibles, homogeneizar las peticiones solicitadas en determinados perfiles serológicos (embarazo, trasplante, cirugía cardiovascular, hemodiálisis) y agilizar las peticiones urgentes.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 258

TÍTULO. TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS (TRD) EN EL HUMS: GASTO O BENEFICIO EN SALUD

Autores: GOTOR LAZARO MA, BAILO P, BARTOLOME MJ, VIÑADO C, LAPUENTE C, VAZQUEZ G, CHACON E, BELLO S

GOTOR LAZARO MARIA ANGELES . H MIGUEL SERVET . NEUMOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Existe evidencia de que las TRD producen una mayor supervivencia, disminuyen los ingresos hospitalarios y suponen un ahorro frente al coste del no tratamiento. El elevado número de pacientes que se benefician de estos tratamientos, nos obligó a realizar una gestión cuidadosa con los siguientes objetivos: 1. Utilización de sistemas que permitan la gestión informatizada de los servicios de TRD. 2. Elaboración de un guía para una adecuada prescripción de las TRD. 3. Mejorar el cumplimiento terapéutico. 4. Potenciar las consultas de alta resolución. 5. Incrementar la eficiencia en el control de estas terapias.

METODOLOGÍA

Para el control de la prestación se realizaron las siguientes medidas correctivas:

1. Facturación electrónica e Identificación biunívoca del paciente.
2. Establecer una relación entre el proceso clínico de la prescripción y la gestión de la factura, unificando la petición de las TRD a través del gestor de informes HP-Doctor.
3. Creación de un sistema informático para el control de los registros de cumplimiento
4. Disponer de información actualizada y dinámica de todos los pacientes activos para proceder a las revisiones en consultas de alta resolución.

RESULTADOS

1. Se ha producido un aumento significativo de pacientes que han mejorado la adherencia al tratamiento en un 8% para la oxigenoterapia y un 6% para el tratamiento del la CPAP.
2. Se ha conseguido un descenso del crecimiento interanual, desde un 20% al 4% registrado durante el último año.
3. La retirada de tratamientos no constituye un objetivo prioritario en este proyecto, sin embargo en el control y gestión de las mismas, se ha procedido a la retirada de 947 TRD, por diferentes motivos.
4. Estas medidas han supuesto un ahorro económico muy importante.

CONCLUSIONES

- * La prescripción electrónica nos ha permitido un mejor control clínico y administrativo de las TRD.
- * El tener un listado actualizado de todos los pacientes con fechas de revisiones programadas permite un control clínico adecuado en consultas especializadas.
- * La consulta de alta resolución ha mejorado la satisfacción de los usuarios al facilitar la realización de pruebas diagnósticas y terapéuticas en el mismo acto.
- * Ha mejorado la adherencia al tratamiento de nuestros pacientes.
- * Se ha producido un descenso en las tasas de crecimiento interanual durante los últimos años.
- * La implicación entre Servicios Clínicos y de Gestión influye de manera óptima en la adecuación y control de estos tratamientos.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 475

TÍTULO. PASOS A SEGUIR PARA LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CALIDAD EN EL SERVICIO DE NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA

Autores: HADDAD GARAY M, DOLZ ZAERA I, VERGARA UGARIZA JM, VELA MARQUINA ML

HADDAD GARAY MARIA · H MIGUEL SERVET · NEUROFISIOLOGIA CLINICA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Como decisión estratégica del Servicio de Neurofisiología Clínica del HUMS de Zaragoza, se decide implantar un Sistema de Gestión de la Calidad según la Norma ISO 9001.

METODOLOGÍA

En colaboración con los responsables de calidad, el Jefe de Servicio, la supervisora de enfermería y el grupo de mejora se pone en marcha la implantación del sistema de gestión de calidad. Los pasos a seguir son varios. En la fase de documentación el punto de partida es la elaboración de un Mapa de Procesos del Servicio. Durante un año se han ido elaborando los Procedimientos Generales y los Procedimientos Operativos del Servicio. Se pone en marcha un sistema de recogida de incidencias que dará lugar a la apertura de las no conformidades y de su resolución. Todo ello se ha ido comunicando al resto del personal mediante varias reuniones informativas. Posteriormente se pasó una Auditoría Interna a cargo de otros servicios del hospital ya certificados, una revisión por la Dirección y finalmente una Auditoría Externa a cargo de una empresa externa al hospital.

RESULTADOS

Obtención de la certificación.

CONCLUSIONES

La implantación de un sistema de calidad en un servicio hospitalario es un proceso largo que requiere sucesivos pasos y la colaboración del personal de dicho servicio. Nuestra experiencia en este proceso podría ser de utilidad para otros servicios que en un futuro desearan establecer un Sistema de Gestión de Calidad.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 97

TÍTULO. SINDROME DE DESACONDICIONAMIENTO FISICO EN UCI

Autores: HERRERA FERRIS Y, GABRIEL C, MARCO C, MALDONADO R, LOPEZ C, ROSEL F, JIMINEZ S, MARTINEZ T

HERRERA FERRIS YOLANDA . H MIGUEL SERVET . UCI POLIVALENTE

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

ESTUDIAR LA INCIDENCIA DE EFECTOS NEGATIVOS QUE TIENE LA INMOVILIZACION PROLONGADA EN NUESTROS PACIENTES Y SUS CONSECUENCIAS.

METODOLOGÍA

SE REALIA ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS 100 PACIENTES QUE INGRESAN EN UCI DURANTE LOS 4 PRIMEROS MESES DEL 2016. Y LA INCIDENCIA DE SINDROME DE DESACONDICIONAMIENTO.

RESULTADOS

SUFRIERON ALGUN SINTOMA O SIGNO DE DESACONDICIONAMIENTO FISICO EN 38% . TENIAN UN APACHE MAS ELEVADO QUE AQUELLOS QUE NO LO PRESENTARON($p < 0.05$) LA ESTANCIA MEDIA DE ELLOS FUE 26+/-10 DIAS vs 6,2+/-1,5. DE ELLOS 14%PRESENTARON SINDROME CONFUSIONAL AGUDO,48%EDEMAS DE MANOS,12%ÚLCERA DECUBITO,48%PÉRDIDA DE FUERZA,12%POLINEUROPATIA PÉRIFRICA CON INTUBACION PROLONGADA.

CONCLUSIONES

EL SINDROME DE DESACONDICIONAMIENTO ES FRECUENTE EN UCI. SIENDO POR OTRA PARTE LOS PACIENTES MAS GRAVES.SI BIEN ES CIERTO QUE SOBRE ESTO NO PODEMOS HACER ALGO,SI QUE PODRIAMOS MEJORAR LOS RESULTADOS Y DISMINUIR LA ESTANCIA MEDICA Y COMPLICACIONES CON PROTOCOLOS DE CUIDADOS ENCAMINADOS A REORIENTAR AL PACIENTE Y CONSEGUIR SU MAXIMA MOVILIZACION.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 576

TÍTULO. OPTIMIZACIÓN DE LAS CONDICIONES EN LAS QUE SE TOMAN LAS FOTOGRAFÍAS EN TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA SUPERFICIAL

Autores: SANAGUSTIN PIEDRAFITA P, JIMENEZ ALBERICIO J, MENDEZ A, AZNAR M, PUERTAS MM, CUARTERO E, VAZQUEZ C, MUÑOZ E

SANAGUSTIN PIEDRAFITA PILAR . H MIGUEL SERVET . FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Los objetivos de este trabajo son:

?

a) Analizar los problemas de calidad y reproducibilidad que presentan las fotografías que se toman a los pacientes en tratamiento de radioterapia superficial.

?

b) Identificar las causas que pueden degradar la calidad y reproducibilidad de las imágenes.

?

c) Realizar un procedimiento que asegure la calidad y reproducibilidad de las imágenes.

METODOLOGÍA

Los pacientes a los que se les aplica radioterapia superficial son fotografiados al inicio y al final del tratamiento, y durante sucesivas revisiones posteriores al tratamiento. Las imágenes se utilizan para evaluar la evolución de las lesiones del paciente, por eso es necesario que tengan un grado de calidad suficiente para registrar las características de las lesiones en cada fase del tratamiento y una reproducibilidad que permita determinar la evolución de las lesiones de forma objetiva a partir de la secuencia de imágenes adquiridas durante tratamiento y las revisiones posteriores.

En este trabajo se ha realizado una revisión de las fotografías

de pacientes en tratamiento de radioterapia superficial de los últimos tres años, y se han analizado las causas por las que hay imágenes que no alcanzan los mínimos de calidad y reproducibilidad.

RESULTADOS

Tras la revisión de fotografías se ha puesto de manifiesto la falta de calidad y reproducibilidad de algunas de ellas y se han identificado como causas principales:

?

-Encuadre incorrecto de las lesiones en la imagen

?

-Enfoque incorrecto

?

-Enfoque lejano

-Luz inapropiada que distorsiona los colores y tonos de piel

?

-Fondo inapropiado

?

-Elementos no pertinentes en la imagen (personal, instrumental, paredes,...)

?-Variabilidad en las fotos de un mismo paciente

Para eliminar las causas que degradan la calidad y reproducibilidad de las fotografías se han tomado las siguientes medidas:

?

-Realización de pruebas de imagen

?

-Establecimiento y señalización del lugar óptimo para realizar las fotografías

?

-Elaboración de un procedimiento de toma de fotografías

CONCLUSIONES

Las fotografías de los pacientes en tratamiento de radio

terapia superficial deben alcanzar unos mínimos de calidad y reproducibilidad para ser útiles en la valoración de la

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 576

TÍTULO. OPTIMIZACIÓN DE LAS CONDICIONES EN LAS QUE SE TOMAN LAS FOTOGRAFÍAS EN TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA SUPERFICIAL

Autores: SANAGUSTIN PIEDRAFITA P, JIMENEZ ALBERICIO J, MENDEZ A, AZNAR M, PUERTAS MM, CUARTERO E, VAZQUEZ C, MUÑOZ E
SANAGUSTIN PIEDRAFITA PILAR . H MIGUEL SERVET . FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA

evolución de las lesiones tratadas.

El Sº de Oncología Radioterápica ha elaborado un procedimiento que recoge las recomendaciones para garantizar los mínimos de calidad y reproducibilidad.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 581

TÍTULO. EMPLEO DE HILOS RADIOPACOS DE GASAS QUIRÚRGICAS PARA MARCAR ZONAS DE INTERÉS EN TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA EXTERNA

Autores: SANAGUSTIN PIEDRAFITA P, JIMENEZ ALBERICIO J, MENDEZ A, PUERTAS MM, VAZQUEZ C, CUARTERO E, MUÑOZ E, FERNANDEZ I

SANAGUSTIN PIEDRAFITA PILAR . H MIGUEL SERVET . FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El objetivo es utilizar un elemento de marcaje de zonas de interés, como pueden ser lechos quirúrgicos o zonas a proteger, en las imágenes de simulación de los tratamientos de radioterapia externa.

Las características que este elemento deben presentar son:

- Radiopaco
- No artefactar las imágenes
- No causar toxicidad al uso tópico
- Bajo coste

METODOLOGÍA

Se ha demostrado que los lechos quirúrgicos presentan alto riesgo de desarrollar recidivas neoplásicas. Para aumentar la probabilidad de control tumoral en tratamientos de radioterapia es habitual contornear la zona y realizar una sobreimpresión de dosis.

En otras ocasiones hay zonas superficiales del paciente que suponen una limitación de dosis.

Para contornear zonas a sobreimpresionar o bien a proteger en las imágenes de simulación (estudio de tomografía computarizada TC), es de gran ayuda tener elementos de marcaje que las identifiquen.

RESULTADOS

En un principio se utilizaban hilos de estaño de pequeño diámetro, pero causaban un artefacto importante en las imágenes. Fueron sustituidos en 2011 por plastilina que se moldeaba en hilos, pero no podía limpiarse de forma adecuada para uso de un paciente a otro. En los últimos meses se ha introducido el uso de hilos de gasas quirúrgicas. Son suficientemente radiopacos para verse en las imágenes de TC. No generan artefactos en las imágenes. No son tóxicos. Su coste por paciente es tan bajo que permite desecharlos de un paciente a otro, resultando más higiénicos que la plastilina.

CONCLUSIONES

Los hilos de las gasas quirúrgicas presentan las características idóneas para ser empleados como marcadores de regiones de interés en los estudios de imagen de TC para la simulación de tratamiento de radioterapia externa.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 599

TÍTULO. DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE CÁLCULO PARALELO DE DOSIS PARA IMPLANTES DE BRAQUITERAPIA DE PRÓSTATA DE BAJA TASA

Autores: JIMENEZ ALBERICIO J, GANDIA A, FONT JA, LOZARES S, MENGUAL MM, ANDRES MM, BERTOLIN E, DOMINGUEZ I

JIMENEZ ALBERICIO JAVIER . H MIGUEL SERVET . FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El objetivo es desarrollar un programa independiente del sistema de planificación de tratamientos de braquiterapia que permita realizar una verificación independiente del cálculo de dosis que este sistema realiza durante un implante de semillas en braquiterapia de próstata de baja tasa.

METODOLOGÍA

Las principales asociaciones nacionales e internacionales recomiendan verificaciones cruzadas y sistemas redundantes para los cálculos de dosis realizados por los sistemas de planificación de tratamientos de radioterapia.

En el caso específico de la braquiterapia los cálculos están basados en los datos de las fuentes según el formalismo recogido en las recomendaciones del TG-43 de la AAPM.

Los parámetros dosimétricos que caracterizan a la fuente radiactiva que empleamos (STM1251) están recogidos en la página del grupo de trabajo BRAPHYQS del GEC-ESTRO (www.uv.es/braphyqs).

El Sº de Física y Protección Radiológica ha desarrollado un programa informático, BRAQUIVER, que calcula la dosis a partir de los datos de la fuente radiactiva de BRAPHYQS y de la distribución espacial y actividad de las semillas. Además se ha desarrollado un procedimiento de control de calidad para el programa desarrollado.

RESULTADOS

El control de calidad de BRAQUIVER se realiza previo a cada jornada de trabajo. Durante el implante se genera una distribución espacial de semillas y una dosimetría con el sistema de planificación Variseed (Varian). Desde el sistema de planificación se exportan en un fichero los datos de la distribución espacial de semillas y su actividad.

El usuario sólo tiene que incorporar este fichero a BRAQUIVER e indicarle las coordenadas del punto en el que se desee calcular la dosis y la dosis que calcula el sistema de planificación. BRAQUIVER calcula la dosis en el punto indicado y muestra la diferencia con la dosis del sistema de planificación.

Durante el implante se puede llevar a cabo en pocos minutos la verificación en puntos representativos de la dosimetría situados en próstata, recto y uretra.

CONCLUSIONES

El Sº de Física y Protección Radiológica ha desarrollado un programa informático, BRAQUIVER, que permite realizar un cálculo independiente de dosis para verificar los cálculos del sistema de planificación de tratamientos de braquiterapia de próstata con semillas de I-125 durante el implante. Además se ha desarrollado un procedimiento de control de calidad del mismo

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 612

TÍTULO. ESTUDIO ESTADÍSTICO DE LA DISTRIBUCIÓN DE UNIDADES DE MONITOR EN PACIENTES EN TTº HIPOFRACCIONADO DE IMRT DE PRÓSTATA

Autores: JIMENEZ ALBERICIO J, FONT JA, GANDIA A, MENGUAL MA, ANDRES MM, LOZARES S

JIMENEZ ALBERICIO JAVIER . H MIGUEL SERVET . FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El objetivo es, a partir de los datos de pacientes tratados en un año, encontrar cotas para las unidades de monitor (UM) de cada campo en función de la dosis por haz, y de la profundidad radiológica a la que se encuentra el punto de cálculo, que permitan ahorrar la verificación mediante medidas dosimétricas de los mapas de dosis.

METODOLOGÍA

Se ha trabajado sobre datos de 60 tratamientos realizados. Éstos han sido planificados según una plantilla ajustada para tratamientos de próstata. En todos ellos se utilizan 7 incidencias, energía de 6MV, y la dosis por sesión es 3 Gy. En todos los tratamientos se ha realizado una verificación campo a campo de las dosis administradas. Para ello en primer lugar en el planificador se trasladan los campos de tratamiento planificados para el paciente a un maniquí homogéneo en el que se calcula la dosis en un plano situado a 5 cm de profundidad. Posteriormente se realiza una medida del mapa de dosis en las mismas condiciones en las que se ha calculado anteriormente. Se han comparado los mapas de dosis calculados y medidos, y en todos los casos se ha superado el test de coincidencia. Posteriormente se han registrado los siguientes parámetros para cada campo: UM, dosis calculada en un punto de referencia, y profundidad radiológica a la que se encuentra el punto de referencia. A partir de estos datos se ha llevado a cabo una representación gráfica por cada campo de las distribuciones del cociente de las UM entre la dosis en función de la profundidad radiológica. Para cada campo los datos se agrupan en regiones bien definidas. Definimos los límites de estas regiones.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos muestran, en primer lugar, que en todos los casos más del 90% de los puntos analizados por mapa de dosis superan el test de coincidencia. En segundo lugar que en todos los campos las distribuciones se agrupan en regiones concretas del plano definido por las variables "UM/fracción/dosis" y "profundidad radiológica". Esto nos lleva a buscar funciones que supongan una cota superior e inferior de cada distribución. Con estas funciones establecidas, se puede determinar si un nuevo tratamiento calculado está dentro de las regiones delimitadas por las funciones.

CONCLUSIONES

Se han parametrizado las distribuciones de UM/fracción/dosis en el punto de referencia, en función de la profundidad radiológica del punto para los tratamientos de IMRT de próstata, con 20 sesiones de 3 Gy. Estas se utilizan para verificar el tratamiento del paciente reduciendo el tiempo total de planificación de este tipo de tratamientos.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 618

TÍTULO. PROGRAMA DE CÁLCULO PARALELO DE DOSIS PARA TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA EXTERNA CON ACELERADOR SIEMENS ONCOR

Autores: JIMENEZ ALBERICIO J, FONT JA, MENGUAL MA, LOZARES S, ANDRES MM, GANDIA A, YANGUAS E, SOLER D

JIMENEZ ALBERICIO JAVIER . H MIGUEL SERVET . FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El objetivo es desarrollar un programa independiente del sistema de planificación de tratamientos de radioterapia externa que permita realizar una verificación independiente del cálculo de unidades de monitor que este sistema realiza para tratamientos con el acelerador Siemens Oncor situado en el H. U. Miguel Servet.

METODOLOGÍA

El Servicio de Física y Protección Radiológica ha desarrollado un programa informático basado en Excel (Microsoft) y Visual Basic, que calcula las unidades de monitor a partir de los datos dosimétricos del estado de referencia inicial del acelerador y de los parámetros que caracterizan a un determinado campo de radiación impartido por el acelerador. Estos parámetros son: energía, distancia fuente-superficie, cuadrado equivalente, dosis por sesión y tipo de cuña. El programa realiza un cálculo sencillo considerando dosis en agua en el seno de un maniquí homogéneo de agua de superficie plana. Es válido para campos en los que el punto de normalización coincide con el isocentro. Además se ha desarrollado un procedimiento de control de calidad para el programa desarrollado.

RESULTADOS

El control de calidad del programa desarrollado realiza conforme a las periodicidades y tolerancias establecidas en el Anexo 2 del RD 1566/1998 de criterios de calidad en radioterapia.

La instalación del programa es posible en cualquier ordenador con Microsoft Office 2003 o superior. Tan solo se requiere habilitar las macros de Excel.

El usuario introduce los datos de cada campo a partir de una sencilla pantalla con menús desplegables para ciertas variables donde se indican las unidades de cada parámetro. El programa realiza inmediatamente el cálculo de las unidades de monitor. Éste se puede comparar con el que el planificador realiza. La comparación de cada campo sólo lleva unos segundos.

CONCLUSIONES

El Servicio de Física y Protección Radiológica del H. U. Miguel Servet ha desarrollado un programa informático, que permite realizar un cálculo independiente de unidades de monitor para verificar los cálculos del sistema de planificación de tratamientos de radioterapia externa con el acelerador lineal de electrones Siemens Oncor. Además se ha desarrollado un procedimiento de control de calidad del mismo.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 642

TÍTULO. OPTIMIZACIÓN DEL CONTROL DE CALIDAD DE TC CON MACROS DE IMAGEJ

Autores: JIMENEZ ALBERICIO J, BERTOLIN E, DOMINGUEZ I, ARRABAL Y

JIMENEZ ALBERICIO JAVIER . H MIGUEL SERVET . FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es optimizar parte del control de calidad de un TC diseñando Macros en el programa de software libre y código abierto ImageJ que permitan realizar con mayor reproducibilidad y en menor tiempo el análisis de imágenes.

METODOLOGÍA

Según el Protocolo Español de Control de Calidad en Radiodiagnóstico, se han de verificar los valores de los números Hounsfield en distintos materiales para imágenes de TC. Para realizar esta verificación se emplean maniqués con diferentes insertos de materiales cuyos parámetros físicos (densidad, coeficiente de atenuación lineal) son conocidos. Al tomar imágenes de estos maniqués, el valor que se asigna en la imagen a cada inserto debe aproximarse al valor establecido en el estado de referencia inicial del equipo. En otras palabras, utilizando el mismo maniqué debemos obtener imágenes con los mismos niveles de grises. La manera de evaluar esta prueba es tomar regiones de interés (ROIs) en cada inserto y obtener el valor medio y la desviación estándar de los píxeles contenidos en la ROI. Estos valores se ven afectados por la colocación o el tamaño de la ROI. En el control de calidad del TC empleamos el maniqué CIRS que contiene 17 insertos.

ImageJ es un programa de software libre y código abierto que permite la automatización de procesos de manera simple mediante la programación de Macros y Pluggins. Es capaz de leer imágenes en formato DICOM como las que genera el TC.

Se ha desarrollado una Macro, llamada CIRS, que dada una imagen del maniqué CIRS062 que haya sido centrada correctamente en la referencia, es capaz de dibujar 17 ROIs iguales centradas de cada uno de los insertos y obtener los valores medio y desviación estándar de los píxeles contenidos en ellas.

RESULTADOS

La Macro CIRS se instala de forma muy sencilla como cualquier otra Macro de ImageJ. A continuación se abre la imagen y se selecciona la Macro en el menú desplegable correspondiente. Inmediatamente se abre una ventana con los resultados de los 17 muestreos. Resulta una manera muy reproducible de realizar la prueba, ya que las ROIs tienen el mismo tamaño en todos los controles. Si el maniqué no está correctamente centrado, la Macro permite mover cada ROI y después volver a medir sus valores.

CONCLUSIONES

Se ha desarrollado una Macro basada en ImageJ que permite analizar los valores de números Hounsfield en imágenes del maniqué CIRS con rapidez y alta reproducibilidad.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 199

TÍTULO. **SEGURIDAD EN EL SONDAJE NASOGÁTRICO: REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO Y CUIDADOS ENFERMEROS**

Autores: JIMENEZ GALVEZ MC, SORIA IMAS J, DE ROQUE BLANCH D, GARCIA MANGAS P

JIMENEZ GALVEZ MARIA CARMEN . H MIGUEL SERVET . UCI POSTOPERATORIO CARDIACO

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Mejorar la seguridad de los pacientes con indicación de sondaje nasogástrico evitando eventos “nunca” o efectos adversos derivados de la técnica y/o cuidados.

METODOLOGÍA

Tras una revisión bibliográfica y un seguimiento de las recomendaciones de la National Patient Agency y las reflejadas en el documento de consenso SEMPA (Sociedad Española de Nutrición Enteral y Parenteral) llegamos a las conclusiones de una necesidad de actualizar protocolos y pautas de actuación en la técnica de sondaje nasogástrico. Esos nuevos protocolos deberían incluir nuevos métodos de comprobación de la correcta ubicación de la sonda nasogástrica para evitar complicaciones mecánicas, digestivas, respiratorias e infecciosas, que aumentan la morbilidad así como el gasto sanitario derivado.

RESULTADOS

Se ha realizado un nuevo protocolo en el que quedan reflejados nuevos métodos de comprobación del correcto sondaje nasogástrico; éstos métodos consisten en la obtención de una muestra de aspirado gástrico y la medición de su pH. Un resultado correcto descartará la posibilidad de una inserción en vía respiratoria, esófago o duodeno, evitando ulteriores complicaciones y optimizando las indicaciones de la técnica. Así mismo, reflejamos la utilización de la capnometría colorimétrica como método más fiable junto a la radiología simple para descartar la inserción pulmonar.

CONCLUSIONES

Ningún método de comprobación nos da una fiabilidad del 100%.

Las primeras conclusiones que nos dan los datos recogidos de enero hasta la actualidad nos corroboran que:

1. La prueba de la auscultación es insuficiente y no siempre eficaz para asegurar la correcta colocación de la sonda nasogástrica.
2. La determinación del pH gástrico es bastante fiable, pero no siempre es posible una obtención de aspirado gástrico.
3. La capnografía colorimétrica nos da una fiabilidad máxima de cara a descartar una colocación en vía respiratoria, pero no nos aporta datos sobre la localización en vía digestiva.
4. La Rx convencional tiene la limitación de las distintas interpretaciones que las imágenes puedan dar lugar, así como la dificultad añadida en ocasiones de visualización, en relación con el tipo de sonda.

Ante la falta de una única prueba de comprobación que nos de la máxima certeza y seguridad para el paciente, en el protocolo elaborado en nuestra unidad estamos trabajando con todos los métodos antes expuestos, incluyendo cada uno de ellos en una fase determinada y en función de los resultados obtenidos en cada momento.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 520

TÍTULO. USO DE SEDOANALGESIA EN PATOLOGÍA TRAUMÁTICA TRAS INTERVENCIÓN EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA

Autores: JIMENEZ OLMOS A, MORLAN HERRADOR L, TROYAS FERNANDEZ DE GARAYALDE L, BENITO EVA, IBAÑEZ SONIA, SANCHO GRACIA E, CAMPOS CALLEJA C, GOMEZ BARRENA V

JIMENEZ OLMOS AINHOA . H MIGUEL SERVET . PEDIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Evaluar el conocimiento de los residentes de pediatría sobre analgesia y sedación.
- Concienciar sobre la necesidad de estrategias de sedoanalgesia en procedimientos diagnóstico-terapéuticos dolorosos o que provoquen ansiedad y mejorar su uso

METODOLOGÍA

Encuesta mediante un cuestionario online respondido por residentes de Pediatría previo a una intervención, en Noviembre de 2015, consistente en la actualización del protocolo de sedoanalgesia en Urgencias, así como una sesión clínica específica.

Estudio analítico observacional prospectivo del uso de procedimientos de analgesia y sedación realizados en urgencias de un hospital terciario 3 meses antes y 1 mes después de la intervención, comparando el uso de sedoanalgesia específicamente en fracturas de extremidades.

RESULTADOS

Se recibieron 25 encuestas:

- 76% han realizado procedimientos de sedoanalgesia, considerándose preparados para resolver posibles efectos secundarios un 20%. El análisis estadístico demuestra que los residentes mayores aplican estrategias de sedoanalgesia de forma más habitual (100% frente a 33% de R1-2) y están más preparados para enfrentarse a los potenciales efectos adversos (30% frente a 13%) con una $p < 0.05$.
- Al afrontar un procedimiento, 72% optarían por combinar 2 fármacos, sedante más analgésico, siendo la vía más utilizada la intravenosa, 58%, seguida por la intranasal, con 28%.
- 100% conocen y aplican analgesia no farmacológica, especialmente la presencia de los padres y la sacarosa oral.

Se revisaron 190 casos preintervención y 42 tras la intervención (1 mes posterior), en muestras sin diferencias significativas en cuanto a sexo y edad.

- Antes de la intervención se registró en el informe la valoración del dolor mediante escalas en un 7.5% de los casos frente a un 53.2% posterior ($p < 0.05$)
- En el primer periodo, mayor número de fracturas precisaron reducción cerrada (16.3% frente a 6.25%); sin embargo, ha aumentado el uso de sedoanalgesia, un 19.5% frente a un 21.8% posterior.
- No se registró ningún efecto secundario.
- En el primer periodo se recomendó analgesia domiciliaria en un 94.5%, frente a un 100% posterior.

CONCLUSIONES

- Tras la intervención ha mejorado significativamente la valoración del dolor mediante escalas. Asimismo, ha aumentado el porcentaje de pacientes que reciben tratamiento analgésico en urgencias y a los que se les recomienda analgesia domiciliaria.
- Se detecta la necesidad de mejorar la formación de residentes en cuanto a la aparición de eventos adversos durante los procedimientos

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 484

TÍTULO. CUIDADOS ENFERMEROS EN LA FRACTURA DIAFISARIA DE FEMUR EN NIÑOS

Autores: LAGANGA ESTEBAN MN, CATALAN EDO MP, GRACIA HIGUERAS I

LAGANGA ESTEBAN MARIA NATIVIDAD . H MIGUEL SERVET . CIRUGIA INFANTIL

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Describir los cuidados de enfermería en un niño con fractura diafisaria de fémur y visibilizar las actuaciones enfermeras llevadas a cabo con el cuidador principal

METODOLOGÍA

Caso clínico de un niño de 2 años con diagnóstico médico de fractura diafisaria de fémur.

La planificación de los cuidados de enfermería esta basada en los principios teóricos de Virginia Henderson de supervisión, suplencia y ayuda, con el objetivo de conseguir la máxima autonomía.

Se usa la entrevista como método de obtención de datos. Esta técnica de recogida de información es realizada por personal de enfermería experimentado.

RESULTADOS

Se llevó a cabo una entrevista y valoración inicial al ingreso. Posteriormente, se fijó un calendario de valoraciones sucesivas, que estuvo sujeto a variaciones si la situación clínica del paciente así lo requirió. Como resultado final se realizó un plan de cuidados individualizado en el que se identificaron 14 diagnósticos enfermeros, 23 intervenciones y 8 resultados, centrados en el niño y en el cuidador principal.

CONCLUSIONES

La enfermera durante todo el proceso de hospitalización detecta necesidades y marca los objetivos de actuación. Los planes de cuidados individualizados permiten cubrir las necesidades detectadas en el niño y en su cuidador principal.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 238

TÍTULO. ACTUALIZACION POSTER ADMINISTRACION SEGURA FARMACOS EN OBSTETRICIA

Autores: LAVIÑA CASTAN AB, BERGES PEREZ R, MARCHADOR PINILLOS B, BRUN VALVERDE AP, SEBASTIAN GURRIA I, ORTEGA LACAMBRA E, BERNAD COMET M, ADIEGO I

LAVIÑA CASTAN ANA BELEN . H MIGUEL SERVET . OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL

Aumentar la seguridad de la gestante/paciente

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Disminución variabilidad en la administración
- Disminución incidentes/accidentes por errores en la administración.
- Aumento detección reacciones adversas.
- Conocer los nuevos protocolos de obstetricia del HUMS

METODOLOGÍA

Se constituyó un equipo multidisciplinar formado por profesionales del área obstétrica o de farmacia.

Este equipo realizó en 2013 un póster que fue aceptado y revisado por todas las unidades de obstetricia

Tras ser valorado satisfactoriamente este proyecto y la utilidad del póster realizado en 2013 se aprecia la necesidad de revisión y actualización continua, debido a:

- Aparición de nuevos protocolos que incorporan nuevos fármacos y actualizan formas de administración de los que se usan actualmente.
- Ampliación fármacos en gestantes < 24 semanas EG.

Tras revisar los nuevos protocolos de la SEGO y del HUMS se elabora un nuevo póster de fármacos actualizados.

Los protocolos nuevos o modificados en 2015 en el HUMS son:

- Hipertensión y preeclampsia.
- Gestación interrumpida en primer trimestre.
- Fiebre puerperal.
- Amenaza parto pretérmino.

RESULTADOS

Impresión y colocación en lugar visible en la zona de administración de medicación del póster revisado u actualizado según los nuevos protocolos del HUMS elaborados o revisados en el año 2015

EN UN FUTURO PRÓXIMO

Continuar con la revisión del póster incorporando actualizaciones de fármacos recogidas en nuevos protocolos del HUMS que se vayan elaborando o revisando.

CONCLUSIONES

- Experiencia positiva de colaboración interdisciplinar.
- Importancia de hacer partícipe al personal en aumentar la seguridad del paciente con un uso y conocimiento adecuado de los fármacos.
- Toma conciencia por parte del personal de actualización continua en los nuevos protocolos que vayan surgiendo en obstetricia.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 363

TÍTULO. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PROSPECTIVO OBSERVACIONAL, EPIOSA. RECLUTAMIENTO, ESTUDIO BASAL Y SEGUIMIENTO ANUAL

Autores: MARTIN CARPI MT, GIL GOMEZ V, CUBERO MARIN JP, FORNER VICENTE M, SIMON ROBLES AL, ANDRES M, MARIN TRIGO JM

MARTIN CARPI MARIA TERESA · H MIGUEL SERVET · NEUMOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Apnea-Hipopnea del Sueño (SAHS) se asocia con un aumento de patología cardiovascular aunque la coexistencia de comorbilidades hace difícil distinguir su papel. Para ello se ha desarrollado el Proyecto de Investigación Modificaciones Epigenéticas y Aterosclerosis subclínica en pacientes con Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (EPIOSA), ClinicalTrials.gov NCT02131610.

OBJETIVOS

Describir las fases de reclutamiento de los participantes del estudio, actividades desarrolladas en el periodo basal y al año de seguimiento.

METODOLOGÍA

Sujetos remitidos a la Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño (UTRS), con sospecha de SAHS. Una vez diagnosticados, los participantes reclutados no poseen factores de riesgo cardiovascular ni comorbilidades. En la Unidad de Investigación Traslacional (UIT) se procede al estudio de investigación. A través de ecografía carotídea determinamos la existencia de Aterosclerosis subclínica, además, analizamos marcadores inflamatorios, poblaciones linfocitarias, expresión genética y epigenética (metilación DNA y microRNA) así como la evolución en relación con tratamiento adecuado con CPAP (presión continua en la vía aérea).

RESULTADOS

Durante el periodo comprendido entre enero de 2013 y junio de 2015 se han atendido 3.400 sujetos con sospecha de padecer SAHS. Una vez diagnosticados, hemos sido muy estrictos al aplicar criterios de inclusión/exclusión. Finalmente, la cohorte ha estado formada por 42 controles y 158 AOS (42 leve, 30 moderado y 86 severo). Edad (media±de): 44,3±9,5 años. 50 mujeres (25%) y 150 hombres (75%). Se recogen datos antropométricos, analíticos, espirométricos, AOS (Índice Apnea-Hipopnea; Índice de Desaturación, SaO2 media y mínima y tiempo de hipoxemia). Grosor de Íntima-Media Carotídea como marcador de Aterosclerosis Subclínica. Citometría de flujo y estudio genético y epigenético. Comparación entre grupos. Al año revisamos a 141 participantes: 27 controles, 31 AOS leve, 20 AOS moderado y 63 AOS severo. Se estudian los cambios de las variables y se comparan entre grupos atendiendo al uso correcto o incorrecto del tratamiento con CPAP. Se procede al análisis estadístico de resultados, difusión científica con publicaciones y Tesis Doctoral.

CONCLUSIONES

La validez de los resultados y las conclusiones científicas obtenidas en un Proyecto de Investigación derivan de un correcto planteamiento inicial del mismo y cumplimiento estricto de los criterios de inclusión/exclusión.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 122

TÍTULO. DOLOR AGUDO EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS: ¿FENTANILO INTRANASAL O CLORURO MÓRFICO INTRAVENOSO?

Autores: MARTIN GRACIA L, PEÑALVA BORONAT E, NAVARRO TORRES M, CARRASCO NAVARRO MJ, PINA MARQUES B, LATORRE IZQUIERDO A, BOSQUE GRACIA C

MARTIN GRACIA LETICIA . H MIGUEL SERVET . PEDIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Pese a su elevada frecuencia, el manejo del dolor en las urgencias pediátricas sigue siendo mejorable. Actualizar los conocimientos sobre el uso de fentanilo intranasal (IN) en el manejo del dolor agudo, como alternativa frente al uso de cloruro mórfico intravenoso (IV).

METODOLOGÍA

Búsqueda bibliográfica: PubMed, Biblioteca Cochrane Plus y Medes con las siguientes palabras y múltiples asociaciones: INTRANASAL FENTANYL, INTRAVENOUS MORPHINE, ACUTE PAIN, PEDIÁTRICS. De todos los artículos, 4 reunían los criterios de búsqueda.

RESULTADOS

Borland et al: ensayo clínico aleatorio, con 67 niños de entre 7 y 15 años con dolor agudo por fracturas. Concluyeron que el fentanilo IN proporcionaba un efecto equivalente al del cloruro mórfico IV a los 20 minutos de su administración, sin aumento en los efectos adversos.
Murphy et al: revisión Cochrane de 12 artículos sobre el manejo del dolor agudo con fentanilo IN. Incluyó estudios con menores de 18 años y con niños de entre 3 y 15 años. Se concluyó que el fentanilo IN puede ser efectivo en el tratamiento del dolor agudo y su administración causa un malestar mínimo. Aunque no se detectaron efectos adversos graves, no hay evidencia suficiente para juzgar los efectos del fentanilo IN en comparación al cloruro mórfico IV.
Borland, Clark y Esson: estudio descriptivo-retrospectivo con 617 pacientes. Concluían que el fentanilo IN es efectivo en el tratamiento del dolor agudo en niños y redujo el tiempo de administración de la primera dosis de analgesia, por no requerir un catéter IV. Desde la introducción del protocolo de uso del fentanilo IN en 2005, el uso de vías para administrar analgesia y de morfina disminuyó considerablemente.
Seeger y Berg: revisión sistemática de 14 artículos. Resumieron el aumento de la popularidad de métodos analgésicos no invasivos en los últimos años. Se demostró una falta de estudios de calidad, con sólo 4 estudios clínicos, de los cuales sólo 2 eran ciegos para recomendar el fentanilo IN como primera opción terapéutica frente al cloruro mórfico IV en el dolor agudo.

CONCLUSIONES

Pese a ser rápido y fácil de administrar, no puede recomendarse el fentanilo IN como analgésico de primera elección, por no haber estudios suficientes de alta calidad que lo avalen. No se hallaron diferencias significativas entre el efecto de administrar fentanilo IN o cloruro mórfico IV en el dolor agudo. No se reportaron casos de efectos adversos tras la administración de fentanilo IN. Los autores coinciden en la necesidad de seguir investigando y realizar ensayos clínicos de calidad sobre el uso de fentanilo IN.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 174

TÍTULO. EVITAR ERRORES DE MEDICACIÓN EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS MEDIANTE LA CREACIÓN DE “CARDS”

Autores: MARTIN GRACIA L, PEÑALVA BORONAT E, NAVARRO TORRES M, CARRASCO NAVARRO MJ, PINA MARQUES B, LATORRE IZQUIERDO A, BOSQUE GRACIA C

MARTIN GRACIA LETICIA . H MIGUEL SERVET . PEDIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Conocer la opinión de enfermería de Urgencias Pediátricas sobre la creación e implantación de tablas de medicación o “cards”, como herramienta de trabajo para evitar errores de preparación y administración de fármacos y solucionar dudas. Averiguar qué hace el personal en caso de duda sobre cómo preparar o administrar un fármaco prescrito.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo observacional, en el que se entregó un cuestionario al personal del servicio durante el mes de diciembre. Se recogen 18 encuestas contestadas (plantilla de 20 personas), que se analizan para obtener los resultados. Se explica el proyecto de “cards” de medicación en las que constarán los fármacos más utilizados, con información sobre el principio activo, vía de administración, dosis a administrar, dosis máxima, modo de preparación y notas. Tras 3 meses de la puesta en marcha de los “cards”, se evaluará la utilidad de los mismos por parte de enfermería y también si ha habido una disminución de los errores relacionados con la preparación y administración de fármacos.

RESULTADOS

El 90% del personal de enfermería respondió al cuestionario, siendo el 28% personal permanente y el 56% temporal. El 100% cree que es útil para su jornada laboral la creación de las tablas, y también que puede mejorar la calidad de la atención. El 89% manifestó haber tenido dudas alguna vez acerca de la preparación/administración de fármacos en su servicio. En cuanto a la actuación por parte del personal en caso de dudas, la más frecuente fue preguntar a un compañero veterano y, en segundo lugar, consultar en internet. El 78% manifestó haber detectado alguna vez fallos en la preparación/administración de fármacos, mientras que el 17% dio una respuesta negativa. Para el personal encuestado, la primera causa responsable de estos errores es la ausencia de información disponible, seguida de la alta rotación de personal en el servicio. En tercer lugar, se encuentra la falta de tiempo y sobrecarga del servicio.

CONCLUSIONES

La implantación de “cards” de medicación en el servicio de urgencias pediátricas es bien valorada por parte del personal, y creen que mejorará la calidad de la atención y facilitará su trabajo día a día. Además, supondrán una unificación de criterios acerca de la preparación y administración de los fármacos utilizados en el servicio, con el fin de disminuir las dudas y los errores de medicación.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 488

TÍTULO. DESCOLONIZACIÓN PREOPERATORIA DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN PACIENTES ADULTOS INTERVENIDOS DE CIRUGÍA CARDÍACA ELECTIVA

Autores: MATAMALA ADELL M, VALLES TORRES J, REZUSTA LOPEZ A, BALLESTER CUENCA C, IZQUIERDO VILLARROYA B, VILLUENDAS USON MC, ESCRIBANO MONTON R, PER BARTOLOME M

MATAMALA ADELL MARTA . H MIGUEL SERVET . CIRUGIA CARDIOVASCULAR

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca son considerados pacientes de alto riesgo, por ello se les realiza cribado para detección y control de SAMR (Staphylococcus aureus metilicilín resistente). Sin embargo, también hay riesgo de infección por SASM (Staphylococcus aureus metilicilín sensible). En este caso se realizará cribado preoperatorio para ambos, SAMR y cuando crezca SAMS se tratará con mupirocina o ácido fusídico en función de la sensibilidad a aquellos pacientes que dieran resultado positivo en las pruebas microbiológicas. El objetivo es pues la erradicación de SARM y de SAMS en todos los pacientes programados para cirugía cardíaca con circulación extracorpórea.

METODOLOGÍA

- Se realizará frotis nasal, faríngeo y perianal para el cribado de Staphylococcus aureus en la consulta de anestesia, a la cual el paciente citado previo a la intervención quirúrgica.
- Cuando el paciente ingresa en hospital se comprueban resultados y se instaura tratamiento descolonizador si procede con ácido fusídico.
- Además, cuando se trate de SARM se modificará la profilaxis antibiótica preoperatoria a Teicoplanina 600 mg i.v.
- Los servicios hospitalarios directamente implicados son el Servicio de Anestesiología con el equipo de enfermería de Consultas Externas, el Servicio de Cirugía Cardiovascular, el Servicio de Microbiología y el Servicio de Medicina Preventiva.
- Se solicitó valoración a la comisión de infecciones, solicitud que ya ha sido aprobada.

RESULTADOS

Se han analizado los datos de tres meses: febrero, marzo y abril. En dicho periodo han sido intervenidos 47 pacientes de manera programada. En dichos pacientes se aisló:

- SARM en dos pacientes
- SAMS en un paciente

Tras la erradicación de SAMR y SAMS en preoperatorio:

- Ningún paciente presentó infección de herida quirúrgica.
- Los pacientes con SARM no presentaron infecciones y fueron dados de alta
- El paciente afecto de SAMS no presentó infecciones, pero en el postoperatorio se aisló SARM con lo que fue necesaria la instauración de las habituales medidas de aislamiento. Finalmente falleció por complicaciones no infecciosas (reagudización de leucemia mielomonocítica crónica con insuficiencia respiratoria).

CONCLUSIONES

- El cribado de SARM se ha demostrado útil en la disminución de la tasa de infecciones postoperatorias
- No contamos con datos suficientes todavía para analizar el impacto de la erradicación de SAMS en la prevención de la infección postoperatoria en cirugía cardíaca.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 79

TÍTULO. INCIDENCIA DE DESNUTRICIÓN AL INGRESO EN UCI

Autores: MELLADO GALDEANO MD, CASABONA M, CASTEJON S, ARNILLAS MP, FES C, RUIZ V, ACERO S, SOLIS E

MELLADO GALDEANO M DOLORES . H MIGUEL SERVET . UCI POLIVALENTE

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

SABER SITUACIÓN NUTRICIONAL DE NUESTROS PACIENTES A SU LLEGADA AL SERVICIO

METODOLOGÍA

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS 100 PRIMEROS PACIENTES QUE INGRESARON EN NUESTRA UNIDAD DESDE EL INICIO DEL 2016, VALORAMOS SUS CARACTERÍSTICAS ANTROPOMÉTRICAS, INGESTAS, ANALÍTICAS Y CARACTERÍSTICAS SARCOPÉNICAS (DINAMÓMETRO JAMAR, MEDICIÓN PEAK-FLOW, MOVILIDAD, ECT) AL INGRESO..

RESULTADOS

DESDE EL 1 DE ENERO AL 6 DE ABRIL DEL 2016 INGRESARON 100 PACIENTES, SIN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN CUANTO A EDAD Y SEXO. EDAD MEDIA 75+/- 15, EL 54% VARONES. UN 28% PRESENTABA DESNUTRICIÓN AL INGRESO, DE LOS CUALES PRESENTABAN UN IMC < 18,5%, SIN OTRAS ALTERACIONES Y 9% PRESENTABAN ADEMÁS DE IMC < 18,5%, ALTERACIONES ANALÍTICAS Y SARCOPENIA. LOS PACIENTES DE BAJO IMC SIN SARCOPENIA ERAN TODOS C. ABDOMINAL SALVO 5 CASOS DE LARGA ESTANCIA HOSPITALARIA. DE ESTOS 19 PACIENTES 12 HABÍAN RECIBIDO SUPLEMENTOS NUTRICIONALES, EL RESTO NO. DE LOS PACIENTES CON BAJO IMC Y ALTERACIONES ANALÍTICAS Y SARCOPÉNICAS, 2 ERAN TUMORES KLASTIN Y 2 DPC CON COLOSTASIS, 1 CASO TENÍA GRAVES PROBLEMAS SOCIALES Y 4 TUMORES ESOFAGOGÁSTRICOS. NINGUNO HABÍA PASADO POR LA UNIDAD DE NUTRICIÓN. LOS QUE PRESENTARON BAJO IMC SIN OTRAS ALTERACIONES TENÍAN ESTANCIAS MÁS CORTAS Y MENOS MORBILIDAD QUE LOS QUE ADEMÁS ESTABAN SARCOPÉNICOS Y/O CON ALTERACIONES ANALÍTICAS.

CONCLUSIONES

EL ÍNDICE DE DESNUTRICIÓN ES ELEVADO AL INGRESO EN UCI PESE A SER LA MAYORÍA INGRESOS PROGRAMADOS POR PROCESOS NEOPLÁSICOS ASOCIADOS A DESNUTRICIÓN LIGADO A LA ENFERMEDAD. EL PASO POR LA UNIDAD DE NUTRICIÓN PREVIO A SER INTERVENIDOS NO CONSIGUE MEJORAR EL IMC, PERO NO PRESENTAN ALTERACIONES ANALÍTICAS Y Y SOBRE TODO MENOS SARCOPÉNICOS, LO QUE HACE DISMINUIR SU MORBI-MORTALIDAD EN UCI.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 512

TÍTULO. RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA (SBRT) EN CÁNCER DE PRÓSTATA CON ACELERADOR LINEAL DE ELECTRONES

Autores: MENDEZ VILLAMON A, PUERTAS M, PONCE JM, MIRANDA AB, VAZQUEZ C, ARRABAL Y, JIMENEZ J, EVA V

MENDEZ VILLAMON AGUSTINA . H MIGUEL SERVET . ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El cáncer de próstata es uno de los principales problemas de salud en los varones. Su frecuencia aumenta con la edad, el 90% se diagnostican en mayores de 65 años. Es la 3ª neoplasia más frecuente en el varón. En los Sº de Oncología Radioterápica su tratamiento se estima en más de un 50% de ocupación de los aceleradores lineales de electrones. A través de la radioterapia estereotáxica conseguimos aumentar la dosis biológica en el tumor, la comodidad del paciente, reduciendo el número de sesiones, reducir los costes derivados del tratamiento, con un excelente control de la enfermedad.

METODOLOGÍA

Desde Febrero de 2014 un total de 78 pacientes diagnosticados de kha. de próstata de intermedio y bajo riesgo han sido tratados con técnicas de SBRT mediante Acelerador lineal de electrones (ALE). La dosis total administrada ha sido de 35 Gy a razón de 700cGy x semana mediante técnicas de intensidad modulada (IMRT) y radioterapia guiada por la imagen (IGRT). La toxicidad ha sido analizada según escalas Radiación Therapy Oncology Group acute morbidity Biochemical y el control bioquímico control según los criterios de Phoenix.

RESULTADOS

Desde Febrero de 2014 a Mayo de 2016 ,78 pacientes han completado el tratamiento con una mediana de seguimiento de 18 meses (rango 26-10 meses). La mediana de edad fue de 70 años y la mediana de PSA fue de 5,9 ng / ml. Se observaron los siguientes efectos tóxicos: gastrointestinal (GI) aguda grado 3: 0%, genitourinario (GU) G3 0%; grado 2: 6% GI, 0% GU; grado 1: 25% GI, 80% GU; grado 0: 69% GI, 20% GU. El control bioquímico ha sido del 98,7%

CONCLUSIONES

La SBRT realizada con ALE es un tratamiento bien tolerado con un excelente control bioquímico a 2 años de seguimiento. Mejora la calidad de vida del paciente durante el tratamiento reduciendo las sesiones diarias de 37 a 5, una sesión semanal. Permite una mayor optimización del ALE.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 516

TÍTULO. BRAQUITERAPIA ELECTRÓNICA (EBX) EN CANCER GINECOLÓGICO UN NUEVO RETO.

Autores: MENDE VILLAMON A, PUERTAS M, GASCON M, NEGREDO I, RIAZUELO G, CUARTERO E, MUÑOZ E, LOZARES S

MENDE VILLAMON AGUSTINA · H MIGUEL SERVET · ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La braquiterapia electrónica (eBx) es un tipo de radioterapia que utiliza fuentes de alta dosis de rayos x en miniatura para aplicar radiación directamente en el tumor.

No precisando de isótopos radiactivos, blindajes, o bunker.

La energía utilizada son Rx de 50KV, lo que permite un blindaje mínimo, que permite que el equipo médico pueda interactuar con el paciente durante el tratamiento.

Nuestro objetivo es poner de manifiesto como se ha desarrollado la puesta en marcha de la braquiterapia ginecológica desde la multidisciplinariedad.

METODOLOGÍA

Desde Mayo de 2015 el Sº de Oncología Radioterápica cuenta con un equipo de Rx de 50 KV sistema Axxent.

En Mayo de 2016 se realiza el primer tratamiento con finalidad curativa en paciente con cáncer de cervix no operado.

Servicios implicados:

Oncología Radioterápica, Sº de Ginecología, Sº de Física y Protección Radiológica, Sº de Radiología, Sº de Anestesia, Sº de Esterilización, Celadores.

La puesta en marcha comienza con la formación de Oncólogos Radioterápicos en la técnica de la braquiterapia ginecológica.

Se realiza un mapa de procedimiento de braquiterapia electrónica para tratamiento de ca. de cervix.

Se establecen 2 reuniones interniveles con todas las especialidades que van a participar junto con la dirección en la que se presenta el mapa de procedimiento de trabajo.

Desde el Sº de Oncología se realizan 3 talleres formativos para DUE y auxiliar.

Se realiza el procedimiento operativo de la braquiterapia electrónica en el ca. ce cervix con las instrucciones según formato ISO 9001.

Se efectúan dos presentaciones en el subcomité de Tumores Ginecológicos, estableciendo como prioridad mostrar lo que es la eBx, utilidad en el cáncer de cervix, indicaciones, ventajas de la eBx y por último procedimiento de trabajo diseñado.

Se presenta el procedimiento de trabajo a celadores de la maternidad, como parte fundamental en todo el desarrollo de la preparación y ejecución del tratamiento.

RESULTADOS

Se realiza un análisis a posteriori mediante una reunión con el Sº de Física y con el las DUEs del Sº de Oncología Radioterapia, para analizar el procedimiento de trabajo y mejorar la eficiencia en alguna de las etapas de trabajo.

Derivando en la necesidad de elaborar check-list de verificación en las distintas etapas de tratamiento.

CONCLUSIONES

- El trabajo multidisciplinar es la base para desarrollo y puesta en marcha de nuevas técnicas de tratamientos.
- La formación e información de los equipos de trabajo favorece la implicación en nuevos proyectos.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 529

TÍTULO. FASE 3 DE LA REHABILITACIÓN CARDIACA LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS. DONDE ESTAMOS?

Autores: MORATA CRESPO AB, GIMENO GONZALEZ M, GARCIA RUBIO MJ, LAITA MONREAL S, CORTES RAMOS JM, SOTO AYERBE C, DE LA FUENTE BAYO D

MORATA CRESPO ANA BELEN . H MIGUEL SERVET . MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El objetivo final es el desarrollo de la fase 3 extrahospitalaria de la Rehabilitación Cardíaca
El objetivo inicial es la formación-información de los profesionales de atención primaria sobre el plan de cuidados de los pacientes que realizan un programa de rehabilitación cardíaca fase 2, y la necesidad de continuidad asistencial.

METODOLOGÍA

Dentro de los programas de apoyo a iniciativas de mejora de Calidad en Salud fue seleccionado el proyecto: fase 3 de la Rehabilitación Cardíaca, la continuidad de los cuidados.

Hemos realizado sesiones informativas-formativas en 3 centros de salud de Zaragoza capital, informando a los profesionales de atención primaria sobre los programas desarrollados en Aragón, los objetivos de los mismos, y la necesidad de crear iniciativas desde atención primaria para mantener objetivos alcanzados en fase 2.

Realizamos una encuesta a los profesionales de atención primaria, sobre conocimientos previos y utilidad-sugerencia de la sesión.

RESULTADOS

Encuestas contestadas: 18 en centro de salud Fuentes Norte, 11 en Torrerramona, 13 en Fernando el Católico.
Respecto a los conocimientos previos sobre los programas de rehabilitación cardíaca encontramos: que el 50%, 3.6.3% y 53.8% no sabían en que consistía la rehabilitación cardíaca, en relación a los programas impartidos en los hospitales de Zaragoza 100% desconocían los tratamientos hospitalarios, en la pregunta sobre los componentes del programa el 100% no contó con los pilares básicos, y tan solo 52% conocían uno de los pilares. El 100% consideró que la sesión había ayudado a aumentar sus conocimientos en el tema, y en el apartado sugerencias los dos aspectos más solicitados eran: mejorar la formación del personal de atención primaria y la relación internivelar.

CONCLUSIONES

Es necesario hacer llegar información sobre los programas de rehabilitación cardíaca a más profesionales de atención primaria.

Tener un profesional de enlace internivelar nos permitiría mejorar la comunicación y conseguir un mejora seguimiento de nuestros pacientes.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 348

TÍTULO. GESTIÓN DE INCIDENCIAS A TRAVÉS DEL SIL EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores: MORILLA MORALES E, LOPEZ CALLEJA AI, SORIA P, PALACIAN P, ROC L, PALACIOS Y, OMEÑACA M, REVILLO MJ

MORILLA MORALES ELENA . H MIGUEL SERVET . MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La gestión de incidencias constituye uno de los requisitos de la norma ISO 15189. El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet está acreditado según ISO 15189 desde 2009. Nuestro objetivo es describir la sistemática para la gestión de incidencias a través del módulo de gestión de calidad de nuestro SIL (Siglo, Horus), y evaluar la evolución en el número y tipo de incidencias en los últimos cinco años.

METODOLOGÍA

Siglo permite el registro informatizado de incidencias. Estas se clasifican mediante desplegable por tipo y origen (configurable en el laboratorio). Para cada incidencia se completan los campos de texto libres "descripción" y "solución". Queda trazabilidad de la fecha de apertura y cierre; responsable, y posibles modificaciones posteriores. La mayoría de incidencias de preanalítica se registran y validan como una prueba asociada a la muestra y solo se gestionan a través del módulo de calidad las que no se pueden registrar junto con la muestra por no disponer de datos suficientes. Las incidencias se registran conforme ocurren por el personal implicado, y se revisan de forma periódica por el responsable de calidad. Se han recopilado y revisado el total de incidencias registradas desde 2011 a 2015.

RESULTADOS

Durante el periodo estudiado, se han registrado un total de 1823 incidencias, con un incremento paulatino en su registro a lo largo del tiempo (12 incidencias registradas en 2011 a 669 en 2015). Las incidencias más frecuentes se dan en equipos (46.3%) y preanalítica (41.6%). Resulta de especial utilidad para la rutina disponer del histórico a través del registro de incidencias de los no cumplimientos en control de calidad y almacén/proveedores.

CONCLUSIONES

El módulo de gestión de calidad de Siglo es un sistema práctico, versátil y de fácil uso para la gestión de incidencias por parte de todo el personal. Su diseño y configuración favorece y permite la revisión periódica y la detección de incidencias que podrían ser origen de no conformidades. El correcto registro y gestión de las incidencias permite disponer de un histórico que facilita la detección y solución de problemas, así como establecer las acciones correctivas y preventivas correspondientes.

Con la progresiva ampliación del alcance de acreditación del laboratorio se ha ido mejorando en el grado de implicación y participación del personal y en la correcta gestión de incidencias.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 349

TÍTULO. AMPLIACIÓN DEL ALCANCE DE ACREDITACIÓN SEGÚN NORMA ISO 15189 EN LA SECCIÓN DE EXUDADOS DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA

Autores: MORILLA MORALES E, FERRER I, LOPEZ CALLEJA AI, NUÑEZ R, MARCEN A, MARTINEZ E, CAPAPE MJ, CALVO S

MORILLA MORALES ELENA . H MIGUEL SERVET . MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El laboratorio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet está acreditado según Norma ISO 15189 desde 2009 en diferentes áreas. Progresivamente se han ido incorporando nuevos alcances. En el año 2013 se consiguió una gran ampliación, incluyendo la Bacteriología. Actualmente se plantea la ampliación a la totalidad de las secciones, incluyendo la Sección de Exudados.

En base al proyecto de mejora del Salud 2015 "Ampliación del alcance de acreditación según Norma ISO 15189 en la sección de exudados del Servicio de Microbiología", nuestro objetivo es describir las acciones realizadas para la ampliación del alcance.

METODOLOGÍA

Realización de los procedimientos técnicos de análisis (PTA), donde se describe el procesamiento de las muestras de la sección de exudados según distintas recomendaciones de las sociedades científicas de la especialidad.

Formación y cualificación del personal implicado en la acreditación. Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad (mantenimiento de equipos, registros primarios) Implantación del control de calidad interno mensual con cepas ATCC y el control externo con cepas enviadas por la SEIMC periódicamente.

RESULTADOS

En diciembre de 2015, se realizó una evaluación semestral de los indicadores descritos en el proyecto, todos con resultado satisfactorio: Realización de los PTA e implantación de las actividades descritas en ellos (PTA 60 "Diagnóstico microbiológico de infección osteoarticular e intraabdominal" y PTA 61 "Diagnóstico de infección de tejidos superficiales"); formación y cualificación del 100% del personal adscrito a la sección; cumplimentación >90% de los registros de calidad y técnicos; y realización y evaluación del 100% de controles de calidad interno.

CONCLUSIONES

Con todo el trabajo realizado se pretende conseguir la acreditación de la Sección de Exudados por ENAC en junio de 2016. Esto es importante porque la acreditación reconoce nuestra competencia técnica para la realización de los análisis incluidos en el alcance y la fiabilidad de los resultados emitidos. Además, permite la gestión del riesgo y la mejora en la seguridad del paciente, existiendo compromiso de todo el personal con el cumplimiento de los requisitos y necesidades de los pacientes.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 155

TÍTULO. MEDIDAS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

Autores: NAVARRO PARDO I, CASTIELLA GARCIA M, REAL CAMPAÑA JM, COMET BERNAD M, ESCOLANO PUEYO A, DE LA LLAMA CELIS N, ABAD SAZATORNIL MR, POVAR MARCO J

NAVARRO PARDO IRENE . H MIGUEL SERVET . FARMACIA HOSPITALARIA (FH)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Estimar la prevalencia del uso de fármacos contraindicados en pacientes con enfermedad de parkinson (EP) en el Servicio de Urgencias del Hospital.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes tratados con fármacos antiparkinsonianos con admisión en el Servicio de Urgencias entre octubre-2013 y abril-2016. Se ha evaluado la frecuencia de prescripción de fármacos contraindicados en pacientes con EP antes y después de la difusión de recomendaciones mediante sesiones educativas y un cartel informativo sobre el uso de fármacos contraindicados en EP en noviembre-2015. Las diferencias de prescripción se determinaron mediante el test chi cuadrado. Los datos se obtuvieron del programa PCH-Urgencias®.

RESULTADOS

Se evaluaron 126 pacientes con EP admitidos en el Servicio de Urgencias entre octubre-2013 y septiembre-2015 (48% hombres, edad media 82 ± 1 años y $2,6 \pm 1,8$ episodios/paciente) y 80 pacientes tras la intervención, entre diciembre-2015 y abril-2016 (51% hombres, edad media 82 ± 7 años y $1,1 \pm 0,4$ episodios/paciente). No se encontraron diferencias entre el tratamiento antiparkinsoniano previo y posterior a la intervención. Se prescribieron fármacos contraindicados en el 43% (54/126) de los pacientes antes de la intervención y en el 21% (17/80) tras la intervención, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p=0,001$). Los fármacos más prescritos (previo/tras la intervención) fueron metoclopramida (41%/35%), haloperidol (39%/65%), metoclopramida+haloperidol (15%/0%) y flunarizina (2%/0%), y el régimen de administración fue pauta fija (27%/35%), si precisa (71%/65%) y ambos (2%/0%). Estos fármacos fueron administrados en el 59% de los pacientes (32/54) previo a la intervención y en el 47% (8/17) tras la intervención. 14 pacientes ingresaron antes y tras la intervención, de los cuales se prescribieron fármacos contraindicados previo a la intervención a 9 de ellos (64%), siendo administrados a 7, y tras la intervención se prescribieron a 2 (14%) y solamente a uno de ellos se le administró. En 18 pacientes (23%) se prescribió alguno de los fármacos propuestos como alternativas tras la intervención: quetiapina (83%) y ondansetron (17%).

CONCLUSIONES

La administración de fármacos contraindicados en EP conlleva un aumento del riesgo de síndrome extrapiramidal. Se ha observado un uso inapropiado de estos fármacos en pacientes durante su estancia en el Servicio de Urgencias. Mediante la intervención farmacéutica se ha logrado reducir la prescripción de estos fármacos en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 495

TÍTULO. RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DISPONIBLES EN EL HOSPITAL QUE CONTIENEN ASPARTAMO. PRECAUCIÓN EN PACIENTES CON FENILCETONURIA

Autores: NAVARRO PARDO I, LOPEZ CANO J, PINILLA RELLO A, OLIER MARTINEZ MP, GALINDO ALLUEVA M, PEREZ DIEZ C, GASSO SANCHEZ A, LARRODE LECINENA I

NAVARRO PARDO IRENE . H MIGUEL SERVET . FARMACIA HOSPITALARIA (FH)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Aspartamo es un excipiente de declaración obligatoria que debe especificarse en el etiquetado y en el prospecto. Se emplea como edulcorante en diversas especialidades farmacéuticas y puede ser perjudicial en personas con fenilcetonuria (PKU), ya que es una fuente de fenilalanina (PHE). El objetivo es elaborar un listado de medicamentos disponibles en el hospital que contienen aspartamo y realizar su difusión entre los profesionales sanitarios.

METODOLOGÍA

Existe una relación de medicamentos que contienen aspartamo en su composición elaborada y actualizada periódicamente por el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Partiendo de esta relación, se ha realizado un listado identificando los medicamentos con aspartamo disponibles en la guía farmacoterapéutica (GFT) del Hospital Universitario Miguel Servet mediante el programa informático Farmatools. Además se ha comprobado si se especifica la presencia de aspartamo en el acondicionamiento primario, secundario y prospecto de los medicamentos.

RESULTADOS

Se revisaron 506 especialidades con aspartamo en su composición, de las cuales 39 (27 principios activos) se adquieren en el hospital (9 no están incluidos en GFT). Se elaboró un listado especificando: principio activo, especialidades disponibles en el servicio de farmacia y cantidad de aspartamo. De las 39 especialidades, 7 no estaban presentes en el hospital (5 no incluidos en GFT y 2 por problemas de suministro), 14 (43,75%) incluían el excipiente aspartamo en el acondicionamiento primario (5 sobres, 4 suspensión/solución, 3 frascos de comprimidos y 2 comprimidos), 32 (100%) en el acondicionamiento secundario y en el prospecto. En 7 (21,88%) se especificaba la cantidad de PHE en el prospecto. En un caso se indicaba la cantidad de aspartamo en el prospecto y en otro la cantidad de aspartamo en el acondicionamiento primario y secundario, pero no en el prospecto. Destacar que, 25 mg de aspartamo equivalen a 14 mg de PHE y en pacientes con PKU se debe saber el aporte exacto de otras fuentes adicionales PHE, aunque la fuente principal es la dieta.

CONCLUSIONES

Se debería evitar administrar medicamentos que contengan aspartamo en pacientes con PKU o bien calcular la cantidad de PHE administrada y adaptar la dieta según este aporte extra. Es necesario difundir este listado de medicamentos disponibles en el hospital en cuya composición figura el aspartamo e indicar la composición cuantitativa de este excipiente, para informar del riesgo y mejorar la atención a los pacientes con esta patología.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 402

TÍTULO. AMPLIACIÓN DEL ALCANCE DE ACREDITACIÓN (NORMA ISO 15189) EN LA SECCIÓN DE EXUDADOS GENITALES DEL Sº DE MICROBIOLOGÍA

Autores: NUÑEZ MEDINA R, MORILLA MORALES E, MARTIN SACO G, BARBASTRO CRESPO N, SOTERAS COLON R, CLARIANA SEBASTIAN M, MONTANEL ABADIA C, CESPEDÉS MARTINEZ B

NUÑEZ MEDINA ROSSI . H MIGUEL SERVET . MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Desde el año 2009 el laboratorio de Microbiología del H.U. Miguel Servet está acreditado en diferentes áreas (ISO 15189). Se han ido incorporando progresivamente nuevos alcances consiguiendo una gran ampliación en el año 2013.

Actualmente se plantea la acreditación de la Sección de Exudados Genitales, en esta sección se realiza la identificación de colonización por *Streptococcus agalactiae* en embarazadas que se asocia con casos de sepsis neonatal, la detección de patógenos de transmisión sexual con un importante impacto en la salud pública y el análisis de muestras de leche materna buscando microorganismos causantes de mastitis, que es la principal causa de destete.

En base al proyecto de mejora del Salud 2015 “Ampliación del alcance de acreditación según Norma ISO 15189 en la sección de exudados genitales del Servicio de Microbiología”, nuestro objetivo es describir las acciones realizadas en la sección de Exudados Genitales para la ampliación del alcance.

METODOLOGÍA

Realización de los procedimientos técnicos de análisis (PTA), donde se describe el procesamiento de las muestras de la sección de exudados genitales según distintas recomendaciones de las sociedades científicas de la especialidad. Formación y cualificación del personal implicado en la acreditación. Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad (mantenimiento de equipos, registros primarios). Implantación del control de calidad interno mensual con cepas ATCC y el control externo con cepas enviadas por la SEIMC periódicamente.

RESULTADOS

Se realizó una evaluación semestral en diciembre del 2015 de los indicadores descritos en el proyecto, todos con resultado satisfactorio: Realización de los PTA e implantación de las actividades descritas en ellos (PTA 63 “Diagnóstico microbiológico de colonización vaginorrectal por *Streptococcus agalactiae* en embarazadas”, PTA 64 “Diagnóstico microbiológico de las infecciones genitales” y PTA 65 “Procedimiento microbiológico de la leche materna”, formación y cualificación del personal adscrito a la sección 100 %; cumplimentación de registros técnicos y de calidad >90% y realización y evaluación de controles de calidad interno 100%.

CONCLUSIONES

Con el trabajo realizado se pretende conseguir la acreditación de la Sección de Exudados Genitales por ENAC en junio del 2016. La acreditación es importante porque reconoce nuestra competencia técnica para la realización de los análisis incluidos en el alcance y la fiabilidad de los resultados emitidos, mejorando la gestión de los recursos, del riesgo y la seguridad del paciente.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 577

TÍTULO. RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CONTENIDO EN ETANOL, ETILENGLICOL Y PROPILENGLICOL DISPONIBLES EN EL HOSPITAL

Autores: OLIER MARTINEZ MP, PINILLA RELLO A, LOPEZ CANO J, NAVARRO PARDO I, COMET BERNAD M, GALINDO ALLUEVA M, GASSO SANCHEZ A, LARRODE LECINENA I

OLIER MARTINEZ MARIA PILAR . H MIGUEL SERVET . FARMACIA HOSPITALARIA (FH)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Etanol, etilenglicol y propilenglicol son excipientes de declaración obligatoria que deben especificarse en el prospecto y etiquetado de los medicamentos. Se utilizan como cosolventes en formulaciones líquidas para mejorar la solubilidad del principio activo. El objetivo es detectar qué medicamentos, de los disponibles en el hospital, contienen estos excipientes, realizar un listado de los mismos y difundirlo.

METODOLOGÍA

Para realizar el listado se ha utilizado la herramienta Gestión Económica de Farmatools®. Se identificaron las formas farmacéuticas susceptibles de contener formulaciones líquidas (ampollas, ampollas bebibles, bolsas, botellas, frascos, gotas, inyectables, jarabes, jeringas, soluciones, suspensiones, vial y vial bebible). Se seleccionaron las formulaciones medicamentosas con código nacional, incluidas o no en la guía farmacoterapéutica (GFT) del hospital. Se revisaron sus fichas técnicas en busca de la presencia de estos excipientes y se realizó una base de datos.

RESULTADOS

Se analizaron las fichas técnicas de un total de 463 formas farmacéuticas que correspondían a 227 principios activos. 49 presentaciones contenían etanol y 40 etilenglicol y/o propilenglicol. De los medicamentos con algún excipiente de los estudiados 54 estaban incluidos en la GFT del hospital. De los medicamentos con contenido en etanol, 32 de administración oral, 12 parenteral y 5 otras vías; de los que contenían etilenglicol o propilenglicol 29 eran orales, 9 parenterales y 2 rectales.

Aunque los excipientes por sí mismos no tienen acción farmacológica, es necesario tenerlos en cuenta, especialmente en grupos de potencial riesgo como neonatos, pacientes pediátricos, con afectación hepática, mujeres embarazadas o en período de lactancia o epilépticos. Las concentraciones son muy variables y, aunque, en todos los casos venía recogida su presencia en la ficha técnica y el prospecto, en la mayoría no se especificaba la cantidad (especialmente importante en el caso del etanol).

CONCLUSIONES

Se debería tener en cuenta los efectos de determinados excipientes en grupos de riesgo y evitarlos, si es posible, buscando formulaciones exentas o con un menor contenido. Debería ser posible conocer la cantidad de excipiente aquellos casos en los que es relevante. Es necesaria la difusión del listado para el conocimiento por parte de los profesionales médicos y de enfermería para disminuir el riesgo de efectos nocivos asociados a estas sustancias mejorando así la atención a los pacientes.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 451

TÍTULO. ESTANDARIZACIÓN DE CRITERIOS PARA LA CANALIZACIÓN DE VÍA VENOSA CENTRAL EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN POSTANESTÉSICA

Autores: OLIVAN LAFUENTE B, GARCES C, HERRERO M, TENA P, LATORRE JA

OLIVAN LAFUENTE BLANCA · H MIGUEL SERVET · ANESTESIA Y REANIMACION

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La canalización de una vía venosa central es necesaria en muchos pacientes en el postoperatorio de cirugía, así como en pacientes con patología grave, que precisan terapia intravenosa y frecuentes extracciones de analítica. El servicio de Anestesiología, recibe a diario solicitudes para este tipo de acceso venoso, que se realiza en la Unidad de Recuperación Postanestésica. Sin embargo, en un número no desdeñable de casos, estos pacientes no cumplen los criterios para la realización de esta técnica. Entre las causas más frecuentes destacan, la alteración en los parámetros de coagulación, la ausencia de analítica reciente, consentimiento informado sin cumplimentar y la falta de información. Con objetivo de optimizar las condiciones que acompañan la canalización de este tipo de vía venosa, mejorar las indicaciones de ésta y estandarizar una serie de criterios, se ha llevado a cabo la formación de un grupo de trabajo, revisión bibliográfica y recogida de datos de las condiciones que rodean dicha técnica

METODOLOGÍA

Diseño de una serie de propuestas para optimizar las indicaciones de la técnica, así como para disminuir sus complicaciones. Para ello, se ha elaborado un documento de recogida de datos, tipo check-list, en el que se refleja el cumplimiento o no de los criterios de mejora a seguir. Se pretende conseguir la disminución del número de pacientes sin analítica reciente, la adecuada selección de pacientes subsidiarios de la técnica y la optimización de las condiciones que la rodean

RESULTADOS

Se han recogido los datos de más de 200 pacientes, que deben ser evaluados de manera definitiva en próximos meses. Los datos obtenidos hasta el momento, reflejan que un mayor número de pacientes llega a la Unidad de Reanimación Postanestésica con analítica reciente en la que se incluyen los parámetros de coagulación necesarios, así como corrección de dichos parámetros previa al traslado del paciente a nuestra Unidad. Sin embargo, continúan siendo numerosos los pacientes sin adecuada información del procedimiento al que se les va a someter ni firma del consentimiento informado

CONCLUSIONES

La canalización de una vía venosa central es necesaria en un número importante de los pacientes, por lo que es una técnica que se realiza a diario. Sin embargo, es una técnica invasiva, no exenta de complicaciones, siendo necesaria la adecuada selección de los pacientes que se beneficiarán de la misma, la correcta preparación de éstos y el cumplimiento de una serie de condiciones para poder realizar la técnica de manera segura

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 369

TÍTULO. SITUACIÓN ACTUAL DE APLICACIÓN DE RIO EN CÁNCER DE MAMA EN NUESTRO CENTRO

Autores: OLIVER GUILLEN JR, MOLINA OSORIO G, ADIEGO CALVO I, VALLEJO BERNAD C, RODRIGUEZ ARTIGAS JM, IBAÑEZ CARRERAS R, CASAMAYOR FRANCO MC, HERNANDO ALMUDI E

OLIVER GUILLEN JOSE RAMON . H MIGUEL SERVET . CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Revisión del grado de aplicación de radioterapia intraoperatoria (RIO) en cáncer de mama, características clínicas de las pacientes intervenidas, características tumorales, abordaje terapéutico (radioterapia intraoperatoria como monoterapia o como sobrepresión del lecho tumoral "boost") y resultados en el HU Miguel Servet desde la implantación del dispositivo Axxent entre 13/5/2015 - 15/3/2016.

METODOLOGÍA

Revisión retrospectiva de casos valorados en Comité de Tumores interdisciplinar e intervenidos con aplicación de RIO en pacientes con CM en nuestro centro con dispositivo Axxent®. Criterios de inclusión como monoterapia: CDI (Carcinoma ductal infiltrante), unifocal, tamaño tumoral < 3 cm, Receptores Hormonales positivos, Her2neu negativo, ausencia de invasión linfovascular, edad > 50 años, axila clínica y radiológicamente negativa. Criterios como boost: aquellas que no cumplan criterios para monoterapia. Exclusión: BRCA1 ó BRCA2, RT previa por CM ipsilateral. Se obtienen un total de 88 pacientes.

RESULTADOS

Mediana edad: 67 años. Monoterapia: 84. Boost:4. Días de diferencia entre 1ª consulta – intervención: 16. ASA 1,2:66; ASA 3:12. En Biopsia Aguja Gruesa: CDI: 86, carcinoma lobulillar infiltrante: 1, carcinoma infiltrante: 1. Nottingham grado 1:34, grado 2:52. Cirugía conservadora:88. Biopsia selectiva ganglio centinela:86. Linfadenectomía axilar (LA) en 1ª intervención:3. Media tiempo RIO: 11.33. En Anatomía patológica definitiva: Estadio Ia:59, Ib:13,IIa:8,IIb:7,IIIa:1. Reintervenciones:8. Complicación (hematoma):2, mastectomía con LA:1, LA:3, reescisión:3. Adyuvancia: HT:76, QT:17, RT: 14. Recurrencias:0, Metástasis:1 (óseas). Mediana seguimiento:95 días. La RIO en CM se ha demostrado como una técnica aplicable con buenos resultados en otros estudios cuyos criterios de inclusión fueron similares a los seguidos en nuestro centro. Sólo 1 paciente se incluyó fuera de estos criterios (CLI) por edad avanzada y comorbilidades con CDIS asociado. 2 estudios AP definitivos revelaron CLI en lugar de CDI diagnosticado con BAG. No se han detectado recidivas a pesar del escaso seguimiento, pero sí metástasis óseas múltiples en una paciente con estudio de extensión negativo, T1c(15mm)N1a (IIA) a los 30 días postoperatorios.

CONCLUSIONES

La RIO empleada en CM es una técnica con escaso periodo de implantación pero con una elevada aplicación en nuestro centro.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 76

TÍTULO. INCIDENCIA DE SARCOPENIA AL INGRESO EN UCI

Autores: OSTABAL ARTIGAS I, GARCIA POLIDURA M, MIÑANA A, RUEDA B, LORA N, ANDRES E, ANDRES N, PEREZ C

OSTABAL ARTIGAS ISABEL . H MIGUEL SERVET . UCI POLIVALENTE

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Determinar la incidencia de sarcopenia en el momento del ingreso en UCI

METODOLOGÍA

Realizamos un estudio descriptivo de la incidencia de sarcopenia en UCI durante 4 meses. Al ingreso se mide circunferencia brazo, pantorrilla y se hace dinamometría manual de ambas manos, peak-flow junto con la capacidad de hacer 5 flexiones rodilla y pinza dedos, en menos de 5 segundos. Se analiza edad, IMC y pérdida de peso en los últimos meses. Para ser incluido en el estudio se exigía no necesitar intubación en el momento del ingreso, estar consciente y poder hablar

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio ingresaron 120 pacientes de ellos 98 cumplían los criterios. De estos 98 presentaron sarcopenia al ingreso 26. Eran: Estancias prolongadas en el hospital 8 casos, pacientes oncológicos con quimioterapia coadyuvante previa 15 y EPOC severos con IMC < 18,5 en 3 casos. De los pacientes que presentan sarcopenia mueren 12 vs 2 de los que no la presentan. La estancia hospitalaria fue más larga en los sarcopenicos 12,9 días vs 3,1 días ($p < 0,05$) y el 62% de los enfermos sarcopenicos necesitaron intubación vs el 12% de los no sarcopenicos

CONCLUSIONES

Muchos pacientes presenten sarcopenia al ingreso suelen ser oncológicos con tratamientos quimioterapicos previos o de larga estancia hospitalaria y/o EPOC. Un programa nutricional y con ejercicios isométricos prescritos por fisioterapeutas podría mejorar la sarcopenia y disminuir la morbimortalidad.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 607

TÍTULO. MEJORA EN LA PRE-ANALITICA DE UN SERVICIO DE MICROBIOLOGIA: LÍNEA DE MEJORA

Autores: FERNANDEZ M, PALACIAN MPILAR, RUIZ MANGELES, FERNANDEZ MARTA, EGIDO MPILAR, OTAL ESMERALDA, VALERO AZUCENA, REVILLO MJOSE

FERNANDEZ MARTA . H MIGUEL SERVET . MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Introducción

La preanalítica en el Servicio de Microbiología es la etapa en la que se han descrito y publicado el mayor porcentaje de errores, que pueden repercutir en la seguridad del paciente.

El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 desde el año 2009, que establece entre otros requisitos para la fase preanalítica la elaboración de un manual de toma de muestras y un documento que describa la sistemática de trabajo en el área de recepción de muestras, así como la normativa sobre la aceptación y rechazo de las muestras.

Objetivo

Mostrar los resultados de los errores preanalíticos en las muestras de laboratorio remitidas desde los centros de atención primaria, estableciendo contacto con los centros y comunicando sus incidencias.

METODOLOGÍA

Material y métodos

Se analizaron retrospectivamente las incidencias de la fase preanalítica registradas en el Sistema Informático del Laboratorio durante los últimos cinco años procedentes de los centros de Atención Primaria.

Se realizó un estudio comparativo entre los diferentes centros mostrando situación relativa de cada uno, las incidencias más frecuentes y su evolución en el período estudiado.

RESULTADOS

Resultados

El número total de incidencias de los centros de primaria fue de 763 en el año 2010, 636 en 2011, 531 en 2012, 479 en 2013, 548 en 2014 y 678 en 2015, manteniéndose todos los años en un porcentaje inferior al 3%. Las incidencias más frecuentes corresponden al área de bacteriología.

Las incidencias más frecuentes en el período estudiado son la falta de muestra (33%), la muestra no idónea o mal transportada (26%) que han aumentado progresivamente. En un tercer lugar se encuentra la discrepancia entre volante de petición y muestra (2.2%).

Los resultados globales y relativos a cada centro de su salud se enviaron a las direcciones de Atención Primaria para su distribución.

CONCLUSIONES

Conclusiones

Es importante analizar las incidencias del proceso de preanalítica para que se puedan diseñar acciones de mejora. Tras el análisis de los datos, es necesario emprender acciones correctivas o formativas en los errores más detectados. La comunicación de los resultados a los centros de salud se considera una labor necesaria e importante para que conozcan su situación.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 422

TÍTULO. LA ESPECTROMETRÍA DE MASAS EN LA IDENTIFICACIÓN DE MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS COMO MEJORA EN EL ÁREA DE MICOBACTERIAS

Autores: PEREIRA BOAN J, VIÑUELAS BAYON J, NUÑEZ MEDINA R, MONFORTE CIRAC ML, FERNANDEZ SIMON MR, ELU ESCALANTE M, ABADIA CARCAS MI, SAMPER BLASCO S

PEREIRA BOAN JAVIER . H MIGUEL SERVET . MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Incorporar la identificación de micobacterias no tuberculosas (MNT) por espectrometría de masas MALDI-TOF MS (Matrix-Assisted Laser Desorption Ionization-Time of Flight Mass Spectrometry) a la rutina de trabajo de la Sección de Micobacterias del Servicio de Microbiología.

METODOLOGÍA

Proyecto de mejora entre mayo de 2015 y abril de 2016 para incorporar MALDI-TOF MS como principal herramienta en la identificación de las MNT.

Para validar la nueva técnica, durante el primer semestre se realizó la identificación en paralelo con la técnica actualmente acreditada GenoType®.

En el segundo semestre se priorizó la identificación por MALDI-TOF MS y sólo en caso de no lograrse, se completó la identificación mediante GenoType®.

Los resultados se evaluaron con los siguientes indicadores:

- 1) Porcentaje de identificaciones conseguidas mediante MALDI-TOF MS respecto al número total de aislamientos a identificar considerando óptimo un resultado >80%. (Número de identificaciones mediante MALDI-TOF MS/Número total de aislamientos a identificar x 100).
- 2) Porcentaje de identificaciones conseguidas mediante MALDI-TOF MS respecto al número total de aislamientos identificados por la técnica GenoType® considerando óptimo un resultado >80%.
- 3) Cuantificación del ahorro económico (Gasto en reactivos de la técnica GenoType® en el año 2014 – Gasto en reactivos de la técnica GenoType® en el año 2015).

RESULTADOS

Durante el primer semestre los resultados obtenidos fueron: primer indicador: $(42/62) \times 100 = 67.7\%$ (deseable >80%), segundo indicador $(18/19) \times 100 = 94.7\%$ (deseable >80%), tercer indicador $2266.1\text{€} - 2001.9\text{€} = 264.2\text{€}$

En el segundo semestre los resultados obtenidos fueron: primer indicador: $(48/55) \times 100 = 87.2\%$ (deseable >80%), segundo indicador $(14/14) \times 100 = 100\%$ (deseable >80%), tercer indicador $2610.3\text{€} - 1036\text{€} = 1574.3\text{€}$

En el balance anual los resultados obtenidos fueron: primer indicador $(90/117) \times 100 = 76.9\%$ (deseable >80%), segundo indicador $(32/33) \times 100 = 96.9\%$ (deseable >80%), tercer indicador $4876.4\text{€} - 3037.9\text{€} = 1838.5\text{€}$

CONCLUSIONES

Al finalizar el proyecto, el porcentaje de identificaciones obtenido con la nueva metodología se encuentra muy próximo al objetivo deseable. La concordancia en la identificación ha sido óptima. El ahorro económico ha sido del 37.7%. Se prevé un ahorro económico superior al 80% en el año próximo. MALDI-TOF MS se asienta como una herramienta práctica, fiable y rentable en la identificación de las MNT en la rutina de trabajo.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 121

TÍTULO. ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA: ¿ES IMPORTANTE SEGUIR UN ORDEN PARA LA INTRODUCCIÓN DE NUEVOS ALIMENTOS?

Autores: PEÑALVA BORONAT E, MARTIN GRACIA L, NAVARRO TORRES M, CARRASCO NAVARRO MJ, PINA MARQUES B, LATORRE IZQUIERDO A, BOSQUE GARCIA C

PEÑALVA BORONAT ELISA . H MIGUEL SERVET . PEDIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La alimentación complementaria (AC) supone introducir alimentos diferentes a la leche. Se recomienda empezar a partir de los 6 meses, basándose en motivos nutricionales, fisiológicos y madurativos. Debe hacerse en cantidades pequeñas y progresivamente crecientes, en variedad y en cantidad. Pero, ¿qué orden seguimos para introducirlos? Conocer la evidencia científica respecto al orden de introducción de los distintos alimentos en el lactante.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica en: PubMed, Embase y MEDES utilizando los descriptores: Alimentación complementaria, orden de introducción, periodo lactante.

RESULTADOS

No existen normas rígidas en el orden de introducir los alimentos. En niños con LM exclusiva introducir primero alimentos ricos en hierro. El lactante debe recibir un aporte diario de cereales, frutas y verduras con proteínas animales. Posponer frutas alergénicas y leche de vaca a los 12 meses y evitar verduras ricas en nitratos los primeros 10 meses. En los casos de atopia familiar, evitar el huevo y el pescado hasta el año. Hay descritos excelentes resultados de programas que han flexibilizado el proceso de la AC, permitiendo a los padres introducir los alimentos de acuerdo con su cultura, sin que sigan un orden. Autores que han estudiado los esquemas sugeridos para implementar el proceso de AC, sostienen que no existen evidencias científicas que sustenten dicho orden. La OMS afirma que los niños que solamente consumen papillas preparadas con verduras, no cubren los requerimientos de hierro y zinc, es más eficaz iniciar la AC con carnes.

Actualmente no existen bases científicas para ser dogmáticos y establecer normas rígidas en cuanto al porqué, qué, cómo y cuándo deben introducirse los distintos nutrientes, teniendo más importancia las costumbres locales y familiares y las preferencias individuales.

CONCLUSIONES

La OMS recomienda lactancia exclusiva hasta los 6 meses y el orden de introducción de los alimentos no tiene una evidencia científica probada, respondiendo más bien a los hábitos culturales y preferencias de una población. Sin embargo, todos los autores coinciden en que deben evitarse los alimentos con un contenido elevado de nitratos los primeros meses, así como un alto contenido en sacarosa, y considerar, sólo en lactantes con historia familiar de atopia, evitar los alimentos potencialmente muy alergénicos, como el huevo y el pescado, durante el primer año de vida.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 124

TÍTULO. REVISIÓN DE LOS 14 AÑOS: EL ÚLTIMO PASO ANTES DE CONVERTIRSE EN ADULTO

Autores: PEÑALVA BORONAT E, MARTIN GRACIA L, NAVARRO TORRES M, CARRASCO NAVARRO MJ, PINA MARQUES B, LATORRE IZQUIERDO A, BOSQUE GRACIA C

PEÑALVA BORONAT ELISA . H MIGUEL SERVET . PEDIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La adolescencia es una etapa complicada tanto física como psíquicamente y la revisión de los 14 años es una oportunidad para detectar problemas antes de que el niño pase a adultos. Desde enfermería, resulta primordial generar un clima de confianza, a fin de recabar toda la información posible e impartir una adecuada y efectiva educación para la salud (EpS). Conocer las características de los pacientes de 14 años pertenecientes a un centro de salud de una ciudad grande. Mostrar la implicación de enfermería en promover la EpS durante esta revisión.

METODOLOGÍA

Estudio transversal, observacional y descriptivo.

Se recogen datos de la historia clínica del programa informático OMI-AP. De los 89 niños que cumplían los 14 años entre enero y julio de 2015, se analizaron datos de 61, en el resto no constaban.

Se recogieron las variables: sexo, rendimiento escolar, desarrollo Tanner, menstruación, vacunación, hábitos tóxicos, exposición pasiva al tabaco y si recibieron EpS sobre tabaco, alcohol, drogas y sexualidad.

RESULTADOS

El 44.3% de la muestra eran mujeres y el 55.7% varones.

Un 79'4% de las chicas tenían la menstruación. Respecto al estadio de Tanner en los chicos el 18.2% tenía un G1, el 31.8% un G2, el 36.3% un G3, el 13.6% G4 (en el 22.7% no estaba registrado). Respecto a las chicas el 5.9% tenía un G2, un 58.8% un G3, el 32.3% un G4 y un 4.54% un G5.

Respecto al rendimiento escolar en el 78.7% es bueno, el 13.1% regular (una asignatura suspendida) y en el 9.2% malo (dos o más suspensos).

El 98'3% de los niños estaban correctamente vacunados.

El 85'2% de los niños estaban expuestos pasivamente al tabaco en su entorno.

En cuanto a la EpS impartida, al 86'8% se les habló sobre tabaco, al 85'2% sobre alcohol y el 62'36% recibió educación sexual. Se preguntó sobre hábitos tóxicos y tan sólo un 3.3% afirmó haber bebido alguna vez, el 4.9% reconocían que fumaba y el 100% nunca había probado otras sustancias.

CONCLUSIONES

La mayoría de los adolescentes tenían un buen rendimiento escolar.

Las chicas estaban más desarrolladas que los chicos comparándolos según los estadios de Tanner.

Un alto porcentaje recibió EpS sobre hábitos tóxicos. Sin embargo, el porcentaje de pacientes que reciben educación sexual debería aumentar.

Pese a que un elevado porcentaje manifestó estar expuesto pasivamente al humo del tabaco, tan sólo 4.9% manifestaron fumar.

Existe una alta cobertura vacunal.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 132

TÍTULO. CONTROL DE EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON PRESIÓN CONTINUA EN LA VÍA AÉREA (CPAP) EN SÍNDROME DE APNEA DEL SUEÑO (SAHS)

Autores: POLANCO ALONSO D, FIGUEREDO CACACHO AL, GUERRERO CORCOLES MI, LANDA MARCEN FJ, LAHOZ BERNAL M, MARTIN CARPI T, MARIN TRIGO JM, BELLO DRONDA S

POLANCO ALONSO DINORA . H MIGUEL SERVET . NEUMOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El SAHS se caracteriza por episodios recurrentes de obstrucción de la vía aérea superior y ciclos de hipoxia. La severidad de la enfermedad depende de la frecuencia de estos eventos y del grado de hipoxemia provocado por ellos. El tratamiento con CPAP corrige estas alteraciones.

Comprobar el grado de resolución de la hipoxemia en pacientes en tratamiento con CPAP, buenos cumplidores del mismo y sin sintomatología de SAHS residual.

METODOLOGÍA

Pacientes diagnosticados de SAHS que utilizan correctamente CPAP nocturna. En el momento de revisión en Consultas de Neumología se encuentran asintomáticos, sin clínica residual. Tras varios años de tratamiento, un método sencillo de comprobación de corrección de su patología es el registro, por medio de pulsioxímetro nocturno, de la Saturación arterial de O₂ (SaO₂) durante la aplicación de CPAP. Se mide la SaO₂ media y mínima, el índice de descensos de SaO₂ mayor o igual al 3% por hora (IDO) y el porcentaje de tiempo de registro en que la SaO₂ persiste por debajo de 90% (hipoxemia): CT90. Se compara con la oximetría de Poligrafía Nocturna de diagnóstico, basal, sin tratamiento.

RESULTADOS

Se han estudiado 59 pacientes, 42 (71%) hombres y 17 (29%) mujeres. Edad (media±desviación estándar): 57±11; Epworth 11±5; IMC 31±4; Estudio diagnóstico previo: IAH 36±18; IDO 30±15; Ct90 16±15; SaO₂ min 78±6; SaO₂ media 93±2. Posteriormente, se realiza estudio oximétrico con aplicación de CPAP (presión en cmH₂O): CPAP 9±2. IDO 5±4; Ct90 2±2; SaO₂media 94±1; SaO₂ min 86±4. Existen diferencias significativas entre cada uno de estos parámetros basal y con tratamiento (p<0,001). Se considera corrección la existencia de IDO <5 y Ct90<5. De todos ellos, 44 (74%) resultados fueron normales, 11 (19%) SAHS leve residual, 3 (5%) moderado residual y 1 (2%) severo residual.

CONCLUSIONES

El tratamiento con CPAP en pacientes con SAHS corrige las alteraciones oximétricas. La pulsioximetría nocturna es un método sencillo para el control de esta patología. La persistencia de clínica o resultados patológicos en esta prueba es una indicación para retitular a estos pacientes por medio de Poligrafía Vigilada.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 635

TÍTULO. RADIOTERAPIA SUPERFICIAL SOBRE TUMORES DE PIEL PERIOCULARES CON PROTECCIÓN CORNEAL MEDIANTE LENTE PLOMADA

Autores: PONCE ORTEGA JM, MENDEZ VILLAMON A, PUERTAS M, SANAGUSTIN P, IBAÑEZ CARRERAS R, LANZUELA M, GASCON M, TEJEDOR M

PONCE ORTEGA JOSE MIGUEL . H MIGUEL SERVET . ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

En Aragón, son frecuentes por la exposición al sol los tumores de piel basocelulares y escamosos en cara y cuero cabelludo. En algunos pacientes se presentan este tipo de tumores en región periocular/palpebral presentando dificultades técnicas en la administración de la radioterapia superficial debido a la sensibilidad de la conjuntiva a dicha radiación

METODOLOGÍA

Se ha diseñado en el Servicio junto con especialistas en óptica una lente plomada de apoyo escleral para la administración de la radioterapia superficial en dichos tumores. Además se ha desarrollado un procedimiento para minimizar las molestias en su colocación y así, poder administrar la radioterapia reduciendo efectos secundarios a nivel de la conjuntiva y córnea.

RESULTADOS

Se han beneficiado unos diez pacientes de su uso a lo largo de 3 años con buenos resultados tanto estéticos, como tumorales y la tolerancia al tratamiento ha sido óptima. Se ha reducido con dicha lente los efectos secundarios.

CONCLUSIONES

Con el trabajo interdisciplinar con ópticos se desarrolló esta lente. Las pequeñas innovaciones tecnológicas pueden conseguir reducir efectos secundarios de los tratamientos y optimizar el resultado.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. **633**

TÍTULO. **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA CONSERVADORA EN CA DE MAMA CON GANGLIO CENTINELA Y RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA**

Autores: PUERTA POLO E, CASAMAYOR FRANCO MC, HERNANDO ALMUDI E, MATUTE NARRAJO MS, VALLEJO BERNAD C, OLIVER GULLEN JR, RODRIGUEZ ARTIGAS JM, DEL CAMPO LAVILLA M

PUERTA POLO ELENA . H MIGUEL SERVET . CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Con motivo de la XIV Jornadas de Trabajo sobre Calidad en Salud y XII Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial se presenta el consentimiento informado para la técnica de cirugía conservadora con ganglio centinela y técnica de RIO en pacientes con cáncer de mama que ha sido elaborada de forma conjunta por los Servicios de Oncología Radioterápica y Cirugía General del Hospital Universitario Miguel Servet.

METODOLOGÍA

Desarrollo del documento y aprobación por la Unidad de Calidad del consentimiento informado específico para esta novedosa modalidad de tratamiento en cáncer de mama, que ya puede ser descargada en la Intranet.

RESULTADOS

Se describe la técnica quirúrgica de la tumorectomía así como la del ganglio centinela, haciendo hincapié en los objetivos y beneficios de la aplicación de la Radioterapia Intraoperatoria. Así mismo se explican los riesgos y posibles efectos secundarios y complicaciones derivadas de los procedimientos propuestos. Se incluye un apartado explicativo sobre la RIO en dosis única o su aplicación como "boost", con necesidad de completar con radioterapia glandular externa.

CONCLUSIONES

La información detallada de las mejores opciones de tratamiento disponibles para cada caso, con sus beneficios y potenciales efectos adversos, son una obligación para el facultativo y un derecho para los pacientes. La reciente adquisición del aparato en nuestro medio y la implementación de la técnica de la RIO, de la que se llevan intervenidos más de cien casos, hacía obligada la elaboración de un protocolo específico.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 226

TÍTULO. TRATAMIENTO RADIOTERAPICO DE UN TUMOR PULMONAR EN TRASPLANTADO CARDIACO: APORTACION DE LA IMRT FRENTE A LA RT-3D

Autores: PUERTAS VALIÑO MDM, MENDEZ VILLAMON A, JIMENEZ ALBERICIO J, PUEYO PODEROS A, GARGALLO HERRERO MJ, BORDONABA MARTINEZ C, GIMENO HERNANDEZ, VINAS BERNAL E

PUERTAS VALIÑO MARIA DEL MAR . H MIGUEL SERVET . ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Los pacientes sometidos a trasplantes de órganos sólidos se sabe que tienen un mayor riesgo de neoplasia en comparación con la de la población general.

El pronóstico de la mayoría de los tumores de órganos sólidos que se producen en este contexto es pobre , y la neoplasia sigue siendo la causa más frecuente de muertes tardías no relacionadas con el injerto después del trasplante de corazón.

La incidencia de neoplasias de novo en el trasplante cardíaco es 3 o 4 veces mayor que en la población general. El carcinoma broncogénico tiene un pronóstico especialmente pobre en estos casos.

La radioterapia forma parte del tratamiento radical de este tipo de tumores. La incorporación de la tecnología a la misma ha permitido el desarrollo de diversas técnicas de tratamiento, inicialmente la radioterapia conformada 3D y, posteriormente, la intensidad modulada (IMRT).

METODOLOGÍA

Planteamos el caso de un paciente de 71 años de edad , con historia de trasplante cardíaco ortotópico y en tratamiento inmunosupresor, al que tras hallazgo de un nódulo pulmonar en la RX tórax, es diagnosticado de un Carcinoma escamoso LSD, estadio IIIA, planteándose QT+ RT.

Se planifica el tratamiento de radioterapia con RT 3D conformada y con IMRT, comparando los histogramas e isodosis obtenidos.

RESULTADOS

La radioterapia con intensidad modulada, como la 3D-CRT, utiliza múltiples haces de radiación conformada que confluyen sobre el objetivo tumoral desde varios ángulos de entrada. A diferencia de ella, cada campo de tratamiento está formado por la suma de varios segmentos, de modo que se generan diferentes niveles de intensidad de dosis en los distintos puntos de cada campo. Las dosis formadas por la suma de los campos crea en el paciente un volumen de tratamiento en el que los órganos y tejidos normales quedan ubicados en zonas restringidas y el tejido tumoral en las zonas de mayor exposición, obteniendo mejorías dosimétricas significativas. Esto nos permite en la práctica, un potencial aumento en el control del tumor y reducción de las complicaciones agudas y crónicas asociadas.

CONCLUSIONES

Mostramos el beneficio que la técnica de IMRT puede aportar frente a una planificación 3D conformada, especialmente en este subgrupo de pacientes.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 497

TÍTULO. PROYECTO MULTIDISCIPLINAR ASISTENCIAL DE APOYO A LA PACIENTE CON ÓBITO FETAL Y NEONATAL EN PLANTA 6ª DEL HMI

Autores: RODRIGUEZ LEON M, CARRASCO MA, ALVAREZ B, CAMPILLOS JM, GARCIA MJ, LORDA E, MANGLANO F, SANCHEZ M

RODRIGUEZ LEON MARTA . H MIGUEL SERVET . OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El objetivo principal de este proyecto es elaborar un protocolo asistencial multidisciplinar dirigido a gestantes con muerte fetal intrauterina (durante el segundo y tercer trimestre) o neonatal en la planta de la Unidad de Medicina Materno Fetal. Por consiguiente, pretende crear una herramienta de trabajo útil que normalice la atención y los cuidados de los profesionales; conseguir maximizar la información prestada a los pacientes y sus familiares y mejorar la satisfacción de los profesionales implicados en el proceso.

METODOLOGÍA

Se ha realizado búsqueda bibliográfica de manera individual para la elaboración del material. Se han celebrado reuniones periódicas mensuales para consensuar todas las aportaciones y, posteriormente, puesta en común y actualización de los distintos documentos elaborados. La duración de recogida de información y elaboración del protocolo se ha prolongado durante 7 meses.

RESULTADOS

Se han desarrollado los siguientes documentos con el propósito de mejorar la comunicación interprofesional y profesional-paciente: un DÍPTICO INFORMATIVO sobre el proceso de pérdida gestacional; una Hoja de registro (CHECK LIST) donde se deja constancia de todas las actividades que se tienen que llevar a cabo; un ALGORITMO de sencilla interpretación para el manejo de las actividades a realizar en el caso de una pérdida gestacional y por último, una GUÍA informativa dirigida a todos los profesionales implicados en el proceso, con la intención de sensibilizar y fomentar el uso adecuado de la información y de la comunicación durante este proceso.

CONCLUSIONES

Al comprobar la heterogeneidad de la atención profesional se genera una inquietud que plasma el interés por el objetivo primordial de todo profesional de la sanidad: proporcionar la mejor asistencia de calidad al usuario. Desde el comienzo de esta línea de mejora, el registro de casos de julio a diciembre de 2015 ha aportado 21 casos nuevos. En los 5 primeros meses de 2016 llevan registrados otros 20 casos aproximadamente. Este dato puede ser debido a la mejora del registro. De cualquier forma, se podría decir que nos enfrentamos a una frecuencia notable como para ser tomada en cuenta e impulsar el seguimiento de este programa. Un gran número de estos casos han recibido la asistencia propuesta como deseable. Sin embargo, aún se esperan datos reales derivados de encuestas a profesionales y de cumplimentación de hoja de registro (check list) que puedan ser valorados cuantitativamente.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 303

TÍTULO. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PC

Autores: ROY JIMENEZ M, RODRIGUEZ LONGARES MC, ROYO MARTINEZ M

ROY JIMENEZ MARIA . H MIGUEL SERVET . UCI POST CARDIACA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

GENERAL:

Adquirir la formación para la implementación de actividades sistematizadas y coordinadas para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos mediante la sensibilización y motivación al personal de enfermería.

ESPECÍFICOS:

Estar sensibilizados en la importancia de la prevención de las úlceras por presión (UPP).

Aplicar correctamente la valoración del riesgo según la escala Norton modificada.

Conocer las bases de prevención de las UPP- Presentación de "Algoritmo de Actuación UPP Zero"

Conocer la etiopatogenia, grados, diagnóstico diferencial de las úlceras por presión y concepto TIME.

Manejar la escala PUSH como instrumento para monitorizar estado de cicatrización de las UPP.

Conocer las bases de tratamiento de las UPP.

Aplicar correctamente el tratamiento.

Conocer el material disponible para la prevención y tratamiento de las lesiones por presión.

Realizar los registros correspondientes, en las hojas que existen en el programa informático, para sistematizar cuidados y unificar tratamientos.

METODOLOGÍA

Creación de un grupo de trabajo encargado de la vigilancia de la instauración de medidas preventivas, la unificación de los tratamientos establecidos y la realización de los registros.

Elaboración de un diagrama de flujo " Algoritmo de actuación UPPZERO"

Formación del personal de enfermería de la unidad

RESULTADOS

Se observa una gran mejoría en cuanto a la disminución del número de úlceras por presión y, cuando éstas aparecen, son de bajo grado.

También se percibe la unificación de los tratamientos seguidos para curar las lesiones.

Resultados con cifras objetivas, aún por determinar. Se presentarán en otra comunicación al año que viene

CONCLUSIONES

Hemos observado de gran utilidad la creación de un grupo de trabajo para la vigilancia y sistematización de cuidados.

Ha sido sorprendente la disminución de aparición de UPP en la unidad.

Hemos aprendido que con trabajo y empeño, es fácil mejorar la calidad de los cuidados enfermeros que reciben nuestros pacientes.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 148

TÍTULO. PACIENTES EN TRATAMIENTO RENAL CONSERVADOR EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: CREACIÓN DE UN REGISTRO

Autores: RUBIO RUBIO MV, MUNGUÍA NAVARRO, LOU ARNAL, CAMELO HERNANDEZ, GUTIERREZ DALMAU, PERNAUTE LAVILLA, PEREZ Y PEREZ, SANJUAN HERNANDEZ FRANCH

RUBIO RUBIO MARIA VICTORIA . H MIGUEL SERVET . NEFROLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La prevalencia de la ERC aumenta progresivamente con el envejecimiento (22% >64 años, 40% >80 años). De los pacientes incidentes en tratamiento renal sustitutivo (TRS) los ancianos son el sector de más crecimiento y muchos tienen una alta prevalencia de comorbilidades. La supervivencia media en los mayores de 75 años que inician TRS es menor a 2 años y en muchos se puede ver afectada su calidad de vida.

El Tratamiento Renal Conservador (TRC) es una opción válida que debemos considerar en ancianos con comorbilidad elevada. Con el objetivo de hacer visibles estos pacientes pretendemos establecer un registro autonómico de pacientes en TRC que facilite su inclusión en programas de Enfermedades Crónicas.

METODOLOGÍA

Dentro de la Estrategia de abordaje a la Cronicidad en la Comunidad de Aragón se forma la Comisión para el estudio del TRC, creada a instancias de la dirección General de Planificación y Aseguramiento con la participación de la administración Sanitaria, Nefrólogos, Atención Primaria y Cuidados Paliativos.

El criterio de TRC considerado es: edad >75 años y eFG <20 ml/min/1.73 m² (en dos determinaciones analíticas separadas en dos meses) en los que no hay una designación de tratamiento activo sustitutivo por parte de su médico responsable.

RESULTADOS

En el 2015 en el sector I y II de Zaragoza, 65 pacientes iniciaron TRS (47 pacientes Hemodiálisis y 18 Diálisis Peritoneal) mientras que 44 se incluyeron en TRC.

La edad media de los pacientes en TRC fue 84,4 ± 3,8 años con 56,8% de varones e IMC de 28,7 ± 4,2. Las causas de ERCA: NAE 55%, Nef DM 15%, GN 4,5%, NTIC 11,4%, Otras 2,3% y multifactorial 15,9%. El eFG medio 16,3 ± 3,3 ml/min/1,73m² y nivel de albúmina 3,7 ± 0,5 mg/dl. El índice de Comorbilidad de Charlson fue 8,7 ± 1,3.

Con respecto al Índice Barthel se objetivó dependencia leve en 61,4%, dependencia moderada 25%, dependencia grave 2,3% y dependencia total 11,4%, con Karfnosky medio de 68,1 ± 17,9.

La situación social fue buena en 63,5% de los pacientes, intermedia 29,5% y se objetivó deterioro social en 6,8%.

Las causas de decisión a TRC fueron la dependencia para ABVD (13,6%), comorbilidad severa (31,8%), deterioro cognitivo (9,1%), decisión propio paciente (4,5%), enfermedad psiquiátrica (2,3%) y edad (38,6%).

CONCLUSIONES

Tras detectar una elevada prevalencia de TRC, consideramos que el registro de esta población facilita la coordinación del proceso asistencial con las Autoridades Sanitarias, Atención Primaria y Cuidados Paliativos para proporcionar una asistencia de calidad a estos pacientes.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 149

TÍTULO. DOCUMENTO MARCO: ABORDAJE DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN ARAGÓN. UTILIDAD DE UN PROGRAMA DE CALIDAD ASISTENCIAL

Autores: RUBIO RUBIO MV, LOU ARNAL LM, MUNGUÍA NAVARRO P, CAMELO HERNANDEZ R, RUIZ LAIGLESIA JE, GRACIA GARCIA O, ALVAREZ LIPE R, SANJUAN HERNANDEZ FRANCH A

RUBIO RUBIO MARIA VICTORIA . H MIGUEL SERVET . NEFROLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

En 2009 se constituye en Aragón un grupo de trabajo interdisciplinario compuesto por la Administración Sanitaria y Profesionales de la Sanidad (Nefrólogos y Supervisores de Nefrología) y se inicia un proceso de gestión organizativa. Mediante el consenso entre los distintos estamentos se detectan oportunidades de mejora, se fijan objetivos, planes, programas y acciones a realizar y se considera un horizonte temporal. Se establecen indicadores cuantitativos y estándares para monitorizar el proceso. Se elabora un "Documento Marco sobre el Abordaje de la Enfermedad Renal Crónica en Aragón". Pretendemos analizar la evolución de los principales indicadores del proceso.

METODOLOGÍA

Se revisan los principales indicadores tras detectar oportunidades de mejora y establecer procesos para mejorar la gestión. Reflejamos procesos estructurales (equipos de agua ultrapura, monitores), organizativos (técnicas especiales, establecimiento de consulta de ERCA, potenciación manejo renal conservador, trasplante renal donante vivo y técnicas domiciliarias) y clínicos (criterios de calidad).

RESULTADOS

Reflejamos la variación de algunos indicadores con datos 2010, 2013 y 2015: Pacientes en HD con agua ultrapura 64%, 68%, 100%; Monitores de HD con antigüedad >10 años 36%, 10%, 2%; Pacientes en HD con técnicas especiales 12%, 18%, 22%; Inicio HD de forma programada según origen ERCA desc, 50,8%, 57,4% -No ERCA desc, 21%, 19,2% -No programados desc, 28,1%, 23,4%; Inicio HD con FAVI según origen -ERCA desc, 65,5%, 81,5%. -No ERCA desc, 75%, 33,3% -No programados desc, 28,1%, 16%; Pacientes ERCA en manejo conservador desc, 16%, 20%; Trasplante donante vivo/donante cadáver 5,3%, 12,9%, 4,7%; Incidentes en Diálisis Peritoneal 8,9%, 32,2%, 33,2%; KTV en HD > 1,3 (a 3m y a 12m) 32-35%, 36-58%, 53-78%; Catéteres peritoneales funcionantes 1a 91%, 88%, 93%; Peritonitis por meses de tratamiento 1/31.2, 1/38.4, 1/43.6.

CONCLUSIONES

La Planificación Sanitaria supone un mestizaje entre conocimiento médico y empresarial orientado al beneficio del paciente. Implica división por procesos (no por estructuras), educación del paciente, manejo de Guías de práctica clínica y Vías clínicas (MBE y Evaluación de tecnologías sanitarias) formación, investigación y evaluación continuada. Una adecuada gestión trae consigo procesos estandarizados con disminución de la variabilidad y garantía de idoneidad de cuidados. Esta política organizativa ha permitido la mejoría de los indicadores de calidad seleccionados con una mejor eficiencia.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. **26**

TÍTULO. INFORMACION INDIVIDUALIZADA AL ALTA DEL PACIENTE CORONARIO

Autores: SALAZAR GONZALEZ J, MIÑANO OYARZABAL A, LUENGO FERNANDEZ E, COSTA AZNAR J, RONCALES GARCIA BLANCO F, GRACIA BALAGUER FJ, CALVO CEBOLLERO I

SALAZAR GONZALEZ JOSEJAVIER . H MIGUEL SERVET . CARDIOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- 1.- MEJORAR LA CALIDAD DE LA INFORMACION QUE SE LE DA AL PACIENTE CORONARIO AL ALTA RESPECTO A GENERO DE VIDA, CONTROL DE FACTORES DE RIESGO, ALIMENTACION, , MEDICACIÓN, EJERCICIO FISICO, CONDUCCION Y REVISIONES POSTERIORES
- 2.- INTENTAR QUE LA INFORMACION SEA ESCRITA
- 3.- DISEÑAR UN SISTEMA PARA QUE LA INFORMACION SEA LA ESPECIFICA A LAS CARACTERISTICAS DE CADA PACIENTE

METODOLOGÍA

- 1.- SE FORMÓ UN GRUPO DE TRABAJO CON CARDIOLOGOS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO, ROYO VILLANOVA, GENERAL DE LA DEFENSA Y MIGUEL SERVET
- 2.- SE CONSENSUARON LOS TEXTOS ADECUADOS A CADA TIPO DE PACIENTE
- 3.- SE CREO UN PROGRAMA INFORMATICO EN EL QUE INDICANDO LAS CARACTERISTICAS INDIVIDUALES DE CADA PACIENTE RESPECTO A EDAD, HTA, DM, TABAQUISMO, OBESIDAD, TIPO DE REVASCULARIZACION SE GENERARA UN TEXTO INDIVIDUALIZADO PARA CADA PACIENTE

RESULTADOS

- 1.- SE INSTALO EL PROGRAMA INFORMATICO EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA DE LOS HOSPITALES CLINICO, ROYO VILLANOVA, DE LA DEFENSA Y MIGUEL SERVET
- 2.- SE REALIZARON SESIONES CLINICAS EXPLICANDO AL RESTO DE FACULTATIVOS EL FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA
- 3.- SE COMENZO A UTILIZAR EN SEPTIEMBRE 2015, SIENDO AHORA MUY UTILIZADO PARA MEJORAR LA INFORMACION QUE SE DA AL PACIENTE CORONARIO EN EL MOMENTO DEL ALTA HOSPITALARIA

CONCLUSIONES

LA INFORMACION QUE TRANSMITIMOS A LOS PACIENTES ES FUNDAMENTAL PARA MEJORAR SU IMPLICACION EN LA MEJORA DE SU SALUD

EL TRABAJO REALIZADO NOS HA PERMITIDO QUE ACTUALMENTE PODAMOS DAR AL PACIENTE UNA INFORMACION ESCRITA, ADECUADA A SUS CARACTERISTICAS INDIVIDUALES QUE ES MUY VALORADA POR LOS PACIENTES

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 553

TÍTULO. RADIOTERAPIA SUPERFICIAL EN TRATAMIENTO DE TUMORES DE PIEL.

Autores: SANAGUSTIN PIEDRAFITA MP, MENDEZ A, JIMENEZ J, VAZQUEZ C, PUERTAS M, CUARTERO E, MUÑOZ E, FERNANDEZ I

SANAGUSTIN PIEDRAFITA MARIA PILAR. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El cáncer de piel no melanocítico no melanoma es el tumor más frecuente. Su incidencia aumenta con la edad y el factor etiológico más importante son las radiaciones ultravioleta (UV). El tratamiento de elección es la cirugía, en caso de contraindicación o comorbilidad del paciente el tratamiento es la radioterapia superficial. Dado el desconocimiento de la radioterapia superficial en este tipo de patología, presentamos el trabajo realizado desde el Sº de Oncología Radioterápica para su mayor difusión y alcance extrahospitalario.

METODOLOGÍA

Desde Enero 2008 hasta Febrero de 2016 se han tratado 1587 pacientes con cáncer de piel no melanocítico no melanoma. Carcinoma basocelulares 1148, espinocelulares 348, linfoma cutáneo 50, Kaposi 7, Merkel 5, léntigo maligno 3, otros 5. La dosis administrada ha sido de 50-60 Gy aplicadas en 3/ 2 sesiones semanales. Duración estimada por sesión es de un minuto y veinte segundos.

Con la finalidad de dar a conocer las aplicaciones de la Radioterapia superficial, se ha realizado una sesión científica, dirigida a todos los Sº de Dermatología, Sº de Cirugía Plástica, Sº de Cª General y Sº de Oncología Médica.

RESULTADOS

De los pacientes analizados a 2 meses de finalizado el tratamiento, hemos observado una respuesta del 90%. La toxicidad aguda radiodermatitis grado I/II, no observándose toxicidad grado III, coincidiendo con las series publicadas.

CONCLUSIONES

- La RTS es un tratamiento importante en pacientes seleccionados con cáncer de piel.
- La mayoría de los tumores irradiados no desaparecen de forma rápida tras el tratamiento. Una valoración de respuesta definitiva antes de tres meses puede ser prematura.
- No tiene contraindicaciones absolutas.
- Efectos secundarios muy aceptables.
- No tenemos lista de espera (hoy por hoy)

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 302

TÍTULO. IMPLANTACIÓN DEL PROCESO DE CÓLICO RENAL EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO EN 2012 Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Autores: SANCHO LOPEZ C, SERRANO FRAGO P, GONZALEZ TARANCON R, EZQUERRO SAENZ S, BLANCO CHAMORRO C, GIL MARTINEZ P, CARELA ESPIN J, GIL SANZ MJ

SANCHO LOPEZ CARLOTA . H MIGUEL SERVET . UROLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El cólico renal es el diagnóstico más prevalente en las urgencias urológicas, por lo que la implantación de un protocolo de diagnóstico rápido entre varios servicios (Urgencias, Radiodiagnóstico y Urología) desde urgencias mejora la calidad asistencial, mediante el cumplimiento de diferentes objetivos

Se describen a continuación los objetivos propuestos en el proyecto de mejora del 2015:

- 1/ Estancia media prequirúrgica en cólico renal complicado < 5 días: > 90%.
- 2/ Ingresos de urgencias con cólico renal sin diagnóstico etiológico: < 10%
- 3/ Estancia media bruta pacientes ingresados de urgencias por cólico renal < 5 días: > 70%
- 4/ Número de TAC innecesarios en pacientes que ingresan por cólico renal de manera urgente <10%
- 5/ Nº de pacientes diagnosticados de cólico nefrítico no complicado y estudio de imagen antes de 15 días/Nº de pacientes diagnosticados de cólico nefrítico no complicado x100 = 95

METODOLOGÍA

Se analizan los cólicos renales ingresados desde Urgencias de julio a diciembre del 2012 previa implantación del proyecto y se comparan frente a los del 2015. Dado que la implantación del proyecto de mejora se presentó en 2015. Se utiliza estadística descriptiva y analítica mediante el programa SPSS.

RESULTADOS

La edad media y el sexo más prevalente es similar, en torno a los 50 años y el sexo masculino sin encontrar diferencias significativas ($p=0,32$ y $p=0,84$ respectivamente).
Se consigue disminuir la estancia media prequirúrgica de 2 días a 1 día, encontrando diferencias significativas ($p=0,023$)
En 2012 un 65,52% de los cólicos renales recibieron tratamiento quirúrgico (68,57% en las primeras 24h), mientras que en 2015 el 71,7% (92,10% en las primeras 24h), encontrando diferencias significativas ($p=0,009$)
Se disminuye la tasa de ingresos sin diagnóstico etiológico del 24% al 7,55%, sin encontrar diferencias significativas ($p=0,129$)
Se disminuye la estancia media bruta, consiguiendo que el 81,13% de los pacientes tengan una estancia media bruta inferior a 5 días en 2015, frente al 55,8% en 2012, encontrando diferencias significativas ($p=0,00$)

CONCLUSIONES

Se consiguen cumplir todos los objetivos propuestos. Estos resultados nos alentan a establecer proyectos en colaboración con diferentes servicios para mejorar la calidad asistencial

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 481

TÍTULO. IMPACTO TRAS INSTAURACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN CLÍNICA DEL DOLOR ABDOMINAL EN URGENCIAS: TRES AÑOS DE SEGUIMIENTO

Autores: MORLAN HERRADOR L, SANCHO RODRIGUEZ ML, MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JM, ROS ARNAL I, MONTANER RAMON A, MARTINEZ FACI C, GÓMEZ BARRENA V, CALLEJA CAMPOS C

MORLAN HERRADOR LAURA . H MIGUEL SERVET . PEDIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Valorar los cambios en las pautas de actuación ante el dolor abdominal no quirúrgico en Urgencias de Pediatría de nuestro hospital tras la instauración de un protocolo de actuación en enero de 2013. Se pretende mejorar la utilización de recursos, reduciendo la realización de radiografías de abdomen y el empleo de enemas cuando no están indicados y valorar si estas actuaciones se mantienen en el tiempo.

METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo y analítico prospectivo y retrospectivo, mediante revisión de historias clínicas, en cuatro periodos: Diciembre 2012(P1), Febrero 2013(P2), Noviembre 2013(P3) y Mayo 2015 (P4), correspondiendo al mes previo a la instauración del protocolo, el posterior, a los 10 meses y a los 3 años. Descartados pacientes con patología orgánica identificable de dolor abdominal (infecciones del tracto urinario, patología quirúrgica, gastroenteritis, etc). Se han analizado variables relativas a epidemiología, pruebas complementarias y tratamientos pautados; considerando significación estadística $p < 0.05$.

RESULTADOS

n=684 casos (P1=163, P2=144, P3=164, P4=213). Mayor realización de radiografía abdominal en pacientes estreñimiento (10.3% Vs 4 %, $p=0.01$), así como pauta de enemas (35.8% Vs 8.6%, $p < 0.01$) y pauta de polietilenglicol (22.6% Vs 1.1%, $p < 0.01$). Se realizó radiografía abdominal en P1=14.7%, P2=6.9%, P3=1.8%, P4=0% ($p < 0.01$); y en los pacientes con estreñimiento en P1=23.4%, P2=13.5%, P3=0%, P4=0% ($p=0.001$). Se aplicó enema en urgencias en P1=21.5%, P2=8.3%, P3=17.1%, P4=11.7% ($p=0.005$); y concretamente, en pacientes con estreñimiento en P1=51.1%, P2=21.6%, P3=31.3%, P4=32.5% ($p=0.036$). Se pautó tratamiento con polietilenglicol en P1=4.3%, P2=6.3%, P3=9.8%, P4=4.7% ($p > 0.05$); y en pacientes con estreñimiento en P1=12.8%, P2=21.6%, P3=40.6%, P4=20.5% ($p=0.034$). Se aplicó analgesia en P1=42.9%, P2=53.5%, P3=53.7%, P4=62.7% ($p=0.02$). Reconsultas al servicio de Urgencias: P1=10.4%, P2=2.1%, P3=1.8%, P4=13% ($p < 0.01$).

CONCLUSIONES

La implantación del protocolo en nuestra unidad ha reducido de forma significativa la realización de radiografías de abdomen durante los 3 años posteriores, así como el empleo de enemas, incluso en los pacientes que presentan estreñimiento. Se ha logrado aumentar el empleo de analgesia. De esta forma se ha conseguido mejorar la calidad asistencial y el confort de los pacientes, homogeneizar la asistencia prestada, optimizar el uso de los recursos y disminuir el riesgo de iatrogenia. Esto refuerza la utilidad de la aplicación de protocolos de práctica clínica en urgencias.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 125

TÍTULO. LA COMISIÓN DE TRIAJE, GARANTE DE CALIDAD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores: SANMARTIN ALLUE H, GRACIA FEDERIO F, BOSQUE MORENO A I, GARCIA SERRANO C, PLANA FERNANDEZ B, PES LAGUNA MM, FRAGUAS OLIVA JL, MUNUERA BARAHONA M C

SANMARTIN ALLUE HECTOR . H MIGUEL SERVET . URGENCIAS

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La Comisión de Triage es una comisión clínica necesaria en todo centro que tiene implantado un triaje estructurado. Debe de estar formada por los profesionales jerárquicamente responsables del Servicio de Urgencias (SU) y por profesionales senior del mismo, tanto médicos como enfermeras y contar con el respaldo de los cargos directivos del centro. Superada su función inicial en el plan de implantación del triaje estructurado, debe de hacer la evaluación de la calidad del proceso de triaje.

En el Hospital Miguel Servet la Comisión se abandonó tras la implantación inicial, quedando 10 años sin la necesaria monitorización de este proceso fundamental en la atención en urgencias.

Entre las líneas de mejora del SU del año 2015 figuraba el retomar su andadura como Grupo de mejora adscrito a la Comisión de Calidad del SU, con una finalidad asesora y evaluadora, pero sin poder ejecutivo. La composición del grupo es de 6 enfermeras (uno de los cuales es el responsable del grupo) y 4 médicos.

Cabe recordar que el triaje es el único proceso por el que pasan todos los pacientes que acuden a un SU y que es ejecutado y liderado por enfermería.

METODOLOGÍA

Como medio para conseguir estos objetivos, se desarrollaron las siguientes actividades:

- ? Delimitación de los requisitos que debe de cumplir una enfermera para realizar triaje en el SU.
- ? Estudio de la huella digital del SU, desglosada por áreas de asistencia y motivos de consulta.
- ? Instauración de un programa de formación continuada para el personal ya formado en triaje (aceptado dentro del Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Salud 2015).
- ? Implantación de la reevaluación de pacientes ya triados a la espera de iniciarse la asistencia.
- ? Implantación de protocolos de triaje avanzado.

RESULTADOS

Hasta la realización del programa de formación continuada y la puesta en marcha del protocolo de reevaluación de manera completa, se produjo una disminución de los niveles II y III en un 10% que se desplazaron hacia a los niveles IV-V, sin ocasionar ningún problema de seguridad clínica añadido.

Tras la realización de estas dos actividades de forma simultánea en Mayo de 2016, es esperable un cambio todavía mayor.

CONCLUSIONES

El proceso de triaje requiere una monitorización continua para poder advertir desviaciones de lo esperado y poder comunicar los resultados obtenidos al personal, como medio de mejora continua en este proceso.

El abandono de la Comisión de triaje durante 10 años supuso una desviación en la huella digital esperable que paso inadvertida entre el personal del SU.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 459

TÍTULO. ÓBITO FETAL: SUPUESTOS, DOCUMENTACIÓN REQUERIDA Y ADECUADA CUMPLIMENTACIÓN

Autores: SAZ SIMON L, GREGORIO GONZALEZ SE, ANDRES OROS MP, MARTIN FERRANDO MV, RUBIRA EGIDO MA, GOTOR COLAS ML, GALE EDERRA I, TREBOL SAENZ A

SAZ SIMON LAURA . H MIGUEL SERVET . OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Una muerte fetal intrauterino supone llevar a cabo la cumplimentación de diversos documentos que suelen resultar confusos e incluso desconocidos para muchos de los profesionales implicados, tanto en la asistencia clínica directa como en la posterior gestión hospitalaria y administrativa del feto.

Tras analizar los datos recogidos al respecto, durante los dos últimos años, un 40% de la documentación presentó deficiencias en cuanto a su cumplimentación.

- " OBJETIVO PRINCIPAL: normalizar la cumplimentación de la documentación requerida para un caso de óbito fetal
- " OBJETIVOS SECUNDARIOS:
 - o Crear una herramienta de trabajo útil y común para todos los profesionales implicados
 - o Mejorar la utilización de los recursos disponibles
 - o Reducir errores y omisiones, así como las consecuencias de los mismos
 - o Mejorar la información recibida por la paciente y sus familiares
 - o Incrementar la satisfacción de los profesionales y usuarios garantizando sus derechos

METODOLOGÍA

Se ha creado un grupo de trabajo multidisciplinar con miembros de los diferentes servicios implicados. Mediante reuniones periódicas, se ha elaborado un diagrama de flujo visual y de sencilla interpretación en caso de óbito fetal, así como varios anexos referentes a los diferentes supuestos más detalladamente, a las posibles variantes según la voluntad de las parejas y a la base legal entre otros.

Todo ello ha sido presentado y evaluado mediante encuestas cumplimentadas por profesionales de los servicios implicados. Finalmente, el grupo se ha reunido y analizado la valoración global de los encuestados para llevar a cabo diversas propuestas de mejora.

RESULTADOS

El protocolo de actuación se encuentra en todos los servicios implicados. En el mismo se ha recogido, además de los documentos y su cumplimentación, el manejo y circuito interno hospitalario del feto. Las incidencias se continúan registrando y se van poniendo en marcha las medidas correctoras pertinentes.

CONCLUSIONES

Mediante la aplicación de este nuevo protocolo de actuación se normaliza la atención prestada a las pacientes afectadas por un caso de óbito fetal. Los profesionales se sienten más seguros en su actuación y disponen de un algoritmo sencillo, de fácil comprensión y común, por lo que resulta de gran utilidad en los servicios implicados. Todo ello contribuye a disminuir las repercusiones negativas en la paciente y su familia; derivadas de informaciones contradictorias, repetición de trámites dolorosos o visitas sucesivas al hospital tras el alta.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 335

TÍTULO. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN SUTURAS REALIZADAS EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS HUMS

Autores: IBAÑEZ NUEZ S, MARTINEZ BLASCO MJ, TIRADO MELERO M

IBAÑEZ NUEZ SONIA . H MIGUEL SERVET . PEDIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Características del paciente al que se le realiza el procedimiento
- Conocer si el tiempo de espera del paciente en urgencias es el adecuado
- Valorar el tiempo de actuación del personal de enfermería en la cura de heridas que precisan procedimiento quirúrgico
- Describir el porcentaje elevado de heridas que son suturadas por el personal de enfermería de urgencias
- Analizar los distintos niveles de prioridad de triaje dados por enfermería

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo del periodo junio-diciembre 2015, de los pacientes atendidos menores de 15 años que precisaron atención para cura de heridas en el servicio de urgencias pediátricas HUMS. Del tamaño muestral de 700 casos que precisaron sutura de cara o cuero cabelludo durante este periodo se realiza una selección aleatoria sistemático de 70 casos a través del sistema informático PCH

RESULTADOS

- Se observa que el 71,4% son niños y el 28,6% niñas atendidos
- La media de edad atendida en ese procedimiento es de 4,88 años
- Destacamos que de todas las heridas que precisaron sutura, un 88,5% lo realizó el personal de enfermería y el 11,5% fue atendido por médico especialista
- El tiempo de espera del paciente para ser triado de media es 9,72 minutos y la mediana es de 7,21
- De estos 70 casos analizados un 2,85% fue triado con un nivel II, un 8,57% se le asignó un nivel III, un 72,85% fue triado con un nivel IV, y el 15,71% se le dio un nivel V
- Se ha observado que el tiempo desde que realiza enfermería el triaje hasta que el paciente es dado de alta por el pediatra, la media del tiempo total es un 1 hora 11min, demostrando una rápida actuación por el personal de la unidad

CONCLUSIONES

- Un porcentaje elevado de heridas suturadas en urgencias pediátricas HUMS son heridas inciso-contusas suturadas por enfermería
- Importante destacar que este procedimiento de enfermería es realizado por enfermeras del servicio de urgencias con una gran experiencia y cualificación en la técnica de sutura, de esta forma se garantiza y se asegura una atención de calidad
- Parte de este éxito se debe a la formación que se realiza en la unidad al personal que tiene que realizar estos procedimientos sin experiencia previa, enseñando, entrenando, y asumiéndolos fuera de su rotación en cirugía del turno, en caso de no tener experiencia para realizar la sutura
- Todos los procedimientos fueron realizados dentro de las 4 primeras horas de actuación idóneos para realizar el procedimiento quirúrgico

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 584

TÍTULO. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE TRAZABILIDAD PARA LA PREPARACIÓN DE CITOSTÁTICOS

Autores: URIARTE PINTO M, AGUSTIN FERRANDEZ MJ, GALINDO ALLUEVA M, GIMENO BALLESTER V, COMET BERNAD M, NAVARRO PARDO I, VINUES SALAS C, ABAD SAZATORNIL MR

URIARTE PINTO MOISES . H MIGUEL SERVET . FARMACIA HOSPITALARIA (FH)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La seguridad del paciente es uno de los objetivos prioritarios del Servicio de Farmacia. La preparación y administración de quimioterapia a los pacientes oncohematológicos es una de las áreas, aunque no la única, donde mayor relevancia tiene la seguridad del paciente debido a la complejidad y potencial toxicidad de los tratamientos empleados.

Sin embargo, la elevada carga asistencial del área de farmacotecnia del Servicio de Farmacia con más de 38.000 citostáticos/año, el elevado número de pacientes atendidos y el elevado número de fármacos distintos administrados diariamente pueden favorecer que se cometan errores durante la preparación de los mismos.

Actualmente, disponemos de herramientas tecnológicas que permiten la identificación inequívoca de la medicación correcta para el paciente correcto tanto en el momento de la preparación del tratamiento como de la administración. El objetivo se centró en la implantación del sistema Trazascan®, un sistema de trazabilidad completo desde la recepción de los medicamentos hasta la preparación de los tratamientos necesarios para cada paciente basado en códigos data matrix que nos asegura la correcta preparación de la dosis deseada con una trazabilidad completa en cuanto a registro de fármaco, lote y caducidad.

METODOLOGÍA

De junio a diciembre de 2015 se llevó a cabo en el área de farmacotecnia el acondicionamiento necesario para la implantación del sistema Trazascan®, así como la instalación de los equipos necesarios (ordenadores, impresoras zebra, lectores de códigos de barra y data matrix y balanzas).

De enero a marzo se llevó a cabo la validación del proceso y corrección de errores detectados en modo de prueba. De marzo a mayo se han llevado a cabo pruebas en modo de producción para comprobar su correcto funcionamiento.

RESULTADOS

Se han elaborado aproximadamente 75 preparaciones con Trazascan®. La lectura de códigos data matrix durante la preparación permite la correcta identificación del fármaco y suero necesarios. El control gravimétrico tras la preparación corrobora la correcta preparación de la dosis necesaria.

Con la lectura de códigos data matrix se registra lote y caducidad para cada fármaco empleado asegurando la completa trazabilidad del proceso.

CONCLUSIONES

La incorporación de esta tecnología incide en la mejora de la seguridad del paciente, ya que facilita la preparación asistida del tratamiento por el personal de enfermería de Farmacia, circunstancia que reduce la posibilidad del error humano y asegura la calidad y trazabilidad del proceso.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 589

TÍTULO. **IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA DE MEDICAMENTOS CITOSTÁTICOS EN ONCOPEDIATRÍA**

Autores: URIARTE PINTO M, AGUSTIN FERRANDEZ MJ, IZUEL RAMI M, GIMENO BALLESTER V, PALOMO PALOMO P, CALVO ESCRIBANO C, ABAD SAZATORNIL MR

URIARTE PINTO MOISES . H MIGUEL SERVET . FARMACIA HOSPITALARIA (FH)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La seguridad del paciente es uno de los objetivos prioritarios del Servicio de Farmacia. Los errores de medicación en quimioterapia pueden tener graves consecuencias para los pacientes, especialmente en el paciente oncopediátrico.

La prescripción de quimioterapia es un proceso muy complejo en el que se deben tener en cuenta múltiples factores, desde la correcta identificación del paciente y sus datos antropométricos hasta la correcta indicación de los fármacos, dosis, vía de administración, velocidad de administración, etc.

Este proceso se complica aún más cuando la prescripción se realiza manualmente ya que deben tenerse en cuenta otros factores, como: la ilegibilidad de la orden médica (letras, números o puntuación decimal), unidades de medida incorrectas o el proceso de transcripción de la orden médica bien por el farmacéutico o por el personal de enfermería responsables.

Los sistemas de prescripción electrónica permiten informatizar el proceso de prescripción. Permiten trabajar con protocolos terapéuticos en los que se estandarizan variables como la dosis, número de ciclos, días de administración, intervalo entre ciclos, vía de administración, suero compatible, duración de la infusión...

Además, permiten el cálculo automático de la dosis en función de los datos antropométricos. Todo esto disminuye los posibles riesgos asociados al proceso de prescripción.

Uno de los objetivos del Servicio de Farmacia se centró en la implantación del programa Oncowin® (ya implantado en Oncología y Hematología) en el Servicio de Oncopediatría.

METODOLOGÍA

Durante la primera quincena de mayo se llevaron a cabo sesiones formativas por parte del Servicio de Farmacia sobre el manejo de Oncowin® a los facultativos del Servicio de Oncopediatría.

Se elaboró un documento de ayuda al manejo del programa Oncowin®.

Se actualizaron y añadieron los protocolos terapéuticos empleados en Oncopediatría.

RESULTADOS

El programa se ha implantado completamente realizándose en la actualidad el 100% de las prescripciones en formato electrónico.

Esto ha permitido eliminar posibles fuentes de errores así como pasos críticos en el proceso de prescripción como es la transcripción de la orden médica que se realizaba tanto por el personal de enfermería como en el Servicio de Farmacia.

CONCLUSIONES

La implantación de sistemas informatizados de prescripción de quimioterapia permite simplificar el proceso de prescripción eliminando puntos críticos del mismo y mejorar en términos de seguridad del paciente.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 590

TÍTULO. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE ALERTAS DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Autores: URIARTE PINTO M, IZUEL RAMI M, LORENTE BAIGORRI A, LARRODE LECIÑENA I, GIMENO BALLESTER V, CASTIELLA GARCIA M, ABAD SAZATORNIL MR

URIARTE PINTO MOISES . H MIGUEL SERVET . FARMACIA HOSPITALARIA (FH)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Tradicionalmente la validación de la prescripción médica en pacientes hospitalizados se realizaba por un farmacéutico analizando los tratamientos prescritos según su criterio profesional. Actualmente, en nuestro hospital disponemos del programa FarmaTools® de prescripción electrónica asistida con ayuda a la prescripción por sistema de alertas en caso de interacción, duplicidad terapéutica, alergia y duración del tratamiento.

La implantación de herramientas electrónicas como la prescripción electrónica permite disminuir la tasa de errores, aunque siguen siendo frecuentes con tasas que pueden llegar hasta el 13%, por lo que es necesario seguir implementando nuevas medidas destinadas a minimizar estos errores. En los últimos años se han desarrollado nuevos sistemas automatizados de alertas basados en datos clínicos del paciente con la finalidad de disminuir los errores. El programa ALTO®, analiza las prescripciones médicas y genera alertas por días alarmantes, vía de administración incoherente, alertas de dosis por insuficiencia renal y hepática, dosis mínima y máxima, interacciones, duplicidades y avisos por terapia secuencial.

METODOLOGÍA

Durante los meses de abril-mayo de 2016, se llevó a cabo la validación de las alertas generadas por el programa Alto® en los pacientes ingresados en el Servicio de Cardiología de nuestro hospital en ordenes médicas ya validadas por el Servicio de Farmacia. Se ha valorado el número de alertas, su tipo y relevancia como paso previo a su implantación en el resto de plantas con prescripción electrónica asistida.

RESULTADOS

Se han valorado 401 alertas, en 5 días distintos, con una media de 34 camas/día, de las cuales aproximadamente un 30% fueron consideradas clínicamente relevantes. Las más relevantes fueron las relacionadas con vías de administración inadecuada (100% de las alertas detectadas fueron relevantes), dosificación potencialmente inadecuada en insuficiencia renal (93%) y posibilidad de terapia secuencial (57%).

La revisión de la dosis fue la alerta más frecuente sin embargo solo un 5% de esas alertas fueron relevantes.

CONCLUSIONES

El pilotaje de la herramienta de validación automática de prescripciones y generación de alertas se ha considerado satisfactoria al haber permitido la detección de un número relevante de posibles PRM no detectados en la validación manual previa de las ordenes médicas.

Sin embargo la herramienta requiere la validación inicial de las alertas generadas por parte del farmacéutico para determinar la relevancia clínica de éstas.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 603

TÍTULO. PROTOCOLO DE TRATAMIENTO POSTOPERATORIO EN PACIENTES CON CIRUGÍA POR CÁNCER DE MAMA

Autores: VALLEJO BERNAD C, CASAMAYOR MC, HERNANDO E, MATUTE MS, OLIVER JR, RODRIGUEZ J, TENA V, MARTINEZ J

VALLEJO BERNAD CRISTINA . H MIGUEL SERVET . CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Realizar protocolo de tratamiento postoperatorio en pacientes con cirugía por cáncer de mama para establecer recomendaciones sobre la actitud terapéutica más adecuada a utilizar, dar uniformidad disminuyendo la variabilidad personal, proporcionando seguridad a la paciente, facilitando la labor de enfermería y mejorando la asistencia.

METODOLOGÍA

En primer lugar, se llevó a cabo una recogida mediante ficha por paciente de incidencia de dolor, náuseas y vómitos en postoperatorio de cáncer de mama en colaboración con enfermería. Posteriormente, se realizó una revisión bibliográfica de la incidencias, métodos de evaluación y tratamiento en postoperatorio de cáncer de mama de dolor, náuseas y vómitos, gastropatía por AINES, hiperglucemia por estrés, profilaxis antibiótica y antitrombótica y cuidados de la herida y el drenaje. Finalmente, se planteó el algoritmo terapéutico y de manejo consensuado y aprobado por el Servicio de Anestesiología y Reanimación.

RESULTADOS

El Proceso de Cáncer de Mama atiende desde el punto de vista quirúrgico una media de 300 pacientes anuales. El estudio piloto de incidencia se ha realizado en un total de 13 pacientes. Dado el elevado número de pacientes y con posibilidad de extender el protocolo a la totalidad de pacientes del proceso, a fin de homogeneizar el tratamiento, se ha puesto en marcha este protocolo que permitirá, además, medir los resultados de las actuaciones emprendidas y diseñar proyectos de investigación.

CONCLUSIONES

La realización del protocolo de tratamiento postoperatorio en pacientes con cirugía por cáncer de mama consensuado por Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Anestesiología y Reanimación, enfermería y Proceso de Cáncer de Mama, servirá para disminuir la incidencia de dolor postoperatorio, náuseas y vómitos, trombosis venosa profunda y, en definitiva, mejorar el confort de las pacientes y la asistencia.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 573

TÍTULO. MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON URETRITIS TRAS TTº CON RT EXTERNA/BRAQUITERAPIA

Autores: VAZQUEZ SANCHO C, MUÑOZ SAENZ E, ARRABAL MARTINEZ Y, CUARTERO CONEJERO E, FERNANDEZ DEL RIO I, MENDEZ VILLAMON A, MOLINA OSORIO JG, MIRANDA BURGOS A

VAZQUEZ SANCHO CRISTINA . H MIGUEL SERVET . ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El cáncer de Próstata es uno de los principales problemas de salud en varones, es el tumor más frecuente en el hombre y la segunda causa de muerte después del cáncer de pulmón. La edad media del diagnóstico es a los 70 años, pero debido a los avances en los métodos de cribaje cada vez su detección es más precoz. Más de un 50% de los ttº realizados en un servicio de Oncología Radioterápica, corresponden a cáncer de Próstata.

La uretritis es un efecto secundario derivado de los ttº realizados. , bien con Radioterapia extensa de próstata o con Braquiterapia de próstata de baja tasa.

Se realizan instilaciones con Ac Hialurónico a los pacientes que presentan clínica de uretritis.

METODOLOGÍA

Se realiza un estudio desde el servicio de Oncología Radioterápica del Hospital Universitario Miguel Servet, a los pacientes con sintomatología de uretritis post-rádica.

Desde Marzo de 2015 hasta Mayo de 2016 se han tratado 14 pacientes con efectos secundarios por tratamiento con Radioterapia Externa de próstata y Braquiterapia de próstata de baja tasa.

La instilación de Ac. Hialurónico sin sonda se realiza una vez por semana durante un periodo de seis semanas.

El paciente tiene que vaciar la vejiga previamente.

Limpieza y asepsia de la zona peneana y colocación de forma esteril del aplicador para la instilación.

Instilación de 50ml de Ac- Hialurónico de forma lenta durante 5 minutos.

Se realiza taponamiento sobre el pene, para evitar reflujo del producto.

El paciente permanecerá en reposo durante 30 – 45 minutos.

RESULTADOS

De los pacientes analizados, la respuesta de remisión a la uretritis post-rádica con el tratamiento de Ac. Hialurónico, ha sido del 90% de los pacientes tratados.

CONCLUSIONES

La utilización del Ac. Hialurónico es un avance importante en el ttº de los efectos secundarios en los pacientes tratados con Radioterapia Externa de próstata / Braquiterapia de próstata de baja tasa, aumentando su calidad de vida.

Este tratamiento no tiene ninguna contraindicación, no tiene lista de espera, y en la mayoría de los pacientes en la tercera instilación presentan una mejoría importante de la clínica.

Además de utilizarlo para tratar la sintomatología de la uretritis, se está comenzando a utilizar como tratamiento preventivo.

La instilación de Ac. Hialurónico, es una técnica fácil, segura, cómoda y efectiva.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 502

TÍTULO. **PROTOCOLIZACIÓN DEL SCREENING DE VIH CON CARACTER URGENTE EN GESTANTES NO CONTROLADAS O DE ALTO DE RIESGO**

Autores: VELA IGLESIA BMP, ROC ALFARO L, GOMARA LOMERO MM, SORIA LOZANO P, DE BONROSTRO TORRALBA C, TEJERO CABREJAS EL, MARTINEZ SAPIÑA PEREZ A, REVILLO PINILLA MJ

VELA IGLESIA BERTA MARIA PILAR . H MIGUEL SERVET . MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La petición de serología de gestación por parte de obstetras para la prevención de infección congénita forma parte de todos los protocolos de control de la embarazada.

Siguiendo nuestras líneas de mejora, en el 2015 se puso en marcha el proyecto "Screening de VIH con carácter urgente en gestantes no controladas".

Nuestro objetivo ha sido evitar la transmisión vertical de VIH en gestantes no controladas o con controles incompletos al conocer de forma urgente su estado inmunitario.

METODOLOGÍA

Tras consenso entre Microbiología y el Servicio de Ginecología y Obstetricia se determinaron unas pautas de actuación siguiendo recomendaciones y guías clínicas de las sociedades científicas. De acuerdo a éstas, en la sección de Serología se revisaron diariamente todas las peticiones de serología gestacional recibidas y se procesó de forma urgente la determinación de VIH en gestantes no controladas previamente o sin determinación en el tercer trimestre, que llegaron al servicio de Urgencias de Maternidad en horario de mañana durante el periodo de estudio (mayo 2015 a mayo 2016).

Fuera de este horario, se implementó la utilización de forma urgente de una técnica rápida de VIH basada en inmunocromatografía y se acordó una extracción de suero en todas las gestantes para su posterior confirmación.

RESULTADOS

Durante el periodo estudiado se solicitaron 91 peticiones desde el servicio de Urgencias y Tología del Hospital Maternal. Se procesaron todas las determinaciones de VIH de forma urgente, obteniendo resultado negativo en todos los casos excepto uno (paciente con diagnóstico previo) y en todos se completó, de forma no urgente, el perfil serológico de tercer trimestre.

Al disponer de un resultado rápido de esta serología, no se produjo ningún caso de transmisión vertical, disponiendo todos los recién nacidos al alta de un estudio serológico según los protocolos vigentes.

CONCLUSIONES

Se ha establecido un circuito de trabajo, realizándose de forma urgente la determinación de VIH en gestantes no controladas y/o con controles serológicos previos en trabajo de parto o sin estudio serológico del tercer trimestre.

La implementación del proyecto de mejora ha facilitado la toma de decisiones tocológicas.

Este protocolo evita fundamentalmente la transmisión vertical de VIH en el recién nacido así como el diagnóstico de otros procesos infecciosos, adoptando las medidas oportunas y controles posteriores.

Implica un mayor grado de cumplimiento de los protocolos establecidos y una mayor colaboración de los especialistas sanitarios.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 503

TÍTULO. INCORPORACIÓN PROGRESIVA DE INDICADORES DE CALIDAD EN HEMOCULTIVOS

Autores: VELA IGLESIA BMP, GOMARA LOMERO MM, ARNAL ALQUEZAR MV, VILLUENDAS USON MC, REZUSTA LOPEZ A, REVILLO PINILLA MJ

VELA IGLESIA BERTA MARIA PILAR. H MIGUEL SERVET. MICORBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Incorporar de forma progresiva indicadores de calidad en hemocultivos para la continuidad de nuestra acreditación, como recomienda la Norma ISO 15189.

Analizar los resultados obtenidos hasta ahora en el proceso de incorporación de indicadores de calidad y detectar las acciones de mejora derivadas de estos resultados.

METODOLOGÍA

Revisión de los resultados obtenidos durante el año 2015 de los indicadores propuestos:

- Estadística mensual y recogida de datos relativos a contaminaciones y hemocultivos verdaderos positivos
- Pesado semestral de 100 frascos de hemocultivos recibidos en horario de mañana de lunes a viernes. Clasificación dependiendo del servicio peticionario y volumen inoculado
- Estadística de pacientes con una sola extracción
- Estadística de hemocultivos de seguimiento de bacteriemias por *Staphylococcus aureus*
- Revisión retrospectiva de los informes urgentes de bacteriemia verdadera emitidos en febrero, junio y noviembre

RESULTADOS

Nº de hemocultivos procesados durante el período de estudio: 18406

Tasa global de verdaderos positivos: 9,8%

Tasa global de contaminados: 8,2%. El servicio de Urgencias fue el de mayor tasa (8,5%) y Hematología el de menor (5,3%)

Tasa de verdaderos positivos en adultos: 10,7%

Tasa de contaminación en adultos: 7,6%. El mes de enero fue el de mayor tasa (9,8%) y junio el de menor (5,1%)

De 100 frascos de hemocultivos pesados, más del 50% tenían volumen inadecuado

Pacientes adultos con un solo hemocultivo: 7,9%

Tasa de hemocultivos de seguimiento en bacteriemia por *S. aureus*: 54,7%

Nº de informes urgentes emitidos con más de 24 horas: 8,7%, de un total de 230 bacteriemias verdaderas. Siendo mayor la demora en grampositivos

CONCLUSIONES

- El análisis de la tasa de contaminación por servicios ha permitido averiguar aquellos que representan el 80%, ayudando a focalizar las acciones de mejora.
- El análisis mensual de las contaminaciones pone de manifiesto que determinados periodos del año, con mayor rotación de personal, van a requerir medidas de refuerzo respecto a su formación.
- El elevado porcentaje de frascos con volúmenes no óptimos conllevará un mayor apoyo y formación continuada del personal encargado de la extracción, comenzando por el servicio de Urgencias.
- La importancia de la bacteriemia por *S. aureus* hace necesario el envío de hemocultivos de seguimiento en todos los casos. La alta tasa de casos sin seguimiento, requiere un mayor alcance de las acciones de mejora.
- La emisión de informes urgentes se mantiene estable con respecto a años anteriores y en tiempos adecuados.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 178

TÍTULO. EVALUACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE VENTILACIÓN NO INVASIVA DURANTE LA REALIZACIÓN DE LA FIBROBRONCOSCOPIA

Autores: VIÑADO MAÑES CM, PANADERO PAZ C, ALBERICIO GIMENO A, GARCIA FAU P, MARTIN CARPI T, CHACON VALLES E, BELLO DRONDA S

VIÑADO MAÑES CLARA MARIA . H MIGUEL SERVET . NEUMOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Gran parte de los pacientes que requieren una exploración endoscópica mediante Fibrobroncoscopia (FB) o Ecobroncoscopia (EBUS) presentan patologías que con mayor riesgo de hipoxemia durante el procedimiento: EPOC, asma bronquial, enfermedades neuromusculares, cifoescoliosis o patologías de la caja torácica, Síndrome de Apnea Hipopnea del Sueño (SAHS) y cualquier situación de insuficiencia respiratoria aguda. La sedación y la ocupación de la luz de la vía aérea principal (hasta un 10%) por el broncoscopio aumentan este riesgo. La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) puede mantener la permeabilidad de la vía aérea, facilitar el drenaje de secreciones y mejorar el trabajo respiratorio. Establecer unos indicadores predictivos que determinen los candidatos que se pueden beneficiar del uso de la VNI durante la Fibrobroncoscopia o Ecobroncoscopia. Aplicación de dichas terapias

METODOLOGÍA

- Anamnesis previa a la realización de la prueba.
- Monitorización de saturación de oxígeno y electrocardiográfica.
- Medida del perímetro cervical, perímetro abdominal e Índice de Masa Corporal (IMC).
- Test de Epworth. Test STOP-BANG.
- Disponibilidad de tubuladuras y mascarillas nasales u oronasales que permitan el paso de fibrobroncoscopio.
- Dispositivos de VMNI.
- Gasometría arterial 30 minutos tras realización de la prueba.

RESULTADOS

Aquellos pacientes con perímetro cervical <45 cm, perímetro abdominal <100 cm, índice de Epworth <6 obtienen resultados gasométricos similares tanto si se les somete a VNI o no. Aquellos pacientes con perímetro cervical >45 cm, con perímetro abdominal >100 cm, índice de Epworth >6 mejoran la pulsioximetría durante la realización de la ecobroncoscopia si se les somete a VNI y se objetiva descenso de la paCO₂ en la gasometría postprueba.

CONCLUSIONES

Existen indicadores capaces de detectar pacientes con ciertas características que aconsejan la realización de la fibrobroncoscopia/ecobroncoscopia con colocación de VNI.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 41

TÍTULO. IMPLEMENTACION PROTOCOLO SONDAJE VESICAL BASADO EN EVIDENCIA. PROYECTO COLABORACION HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS- UEA

Autores: POMBO MATO R, GONZALEZ TEJEDOR RAQUEL, SISAS RUBIO RAQUEL, VISCOR PATRICIA, FLORENTIN EVELYN, SECORUN AMPARO, MOLINA ANA ROSA

POMBO MATO RAMON . H SAN JUAN DE DIOS . GERIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Implementar un nuevo protocolo del sondaje vesical en nuestro centro, basándonos en protocolo en vigor y protocolo de Sondaje vesical del IACS realizado por grupo de trabajo y validado. Con el objetivo:

- unificar procedimiento
- detectar puntos críticos para actuar
- mejorar resultados en pacientes

METODOLOGÍA

- Puesta en común Protocolos y revisión bibliográfica con búsqueda de evidencia científica. Actualización
- Definir parrilla de datos para recogida de datos de los cortes observacionales.
- Seminarios presentación protocolo revisado en turnos diurnos y nocturno. Se revisan puntos críticos observados
- Cortes observacionales trimestrales
- Seminarios informativos de resultados. Compartiendo mejora de datos e informando de las desviaciones detectadas.

RESULTADOS

- Todo el proyecto se ha llevado a cabo en su totalidad. Partiendo de unos datos de cumplimentación del 82%, previo a la puesta en marcha de este proyecto, registramos cifras del 93,3% (tercer trimestre 2015) de cumplimiento.
- Alguno de los puntos críticos han mejorado sustancialmente
- Mantenemos monitorizados los resultados de los cortes para seguir actuando sobre desviaciones.

CONCLUSIONES

La apuesta por la protocolización, como sistema de mejora para de la calidad asistencial, permite minimizar al máximo las complicaciones derivadas de esta técnica e incrementar la seguridad y la satisfacción del paciente. Con ello optimizamos recursos y garantizar un nivel mínimo de calidad independientemente del lugar de atención: zona geográfica o prestador de servicios de Salud.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 321

TÍTULO. ESTUDIO OBSERVACIONAL DE USO DE ANTIBIÓTICOS (TERAPIA SECUENCIAL)

Autores: SASTRE HERES AJ, MORENO BORRAZ L, CASTRO VILELA ML, GARCIA BORJABAD S, AMOROS LOPEZ DE LA NIETA F

SASTRE HERES ALEJANDRO JOSE : H SAN JUAN DE DIOS : FARMACIA HOSPITALARIA (FH)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Estudio descriptivo de la frecuencia y modo de realización de terapia secuencial (TS) antibiótica en la práctica clínica habitual, así como alguna de sus implicaciones en términos de coste y seguridad.

METODOLOGÍA

Durante 6 semanas se incluyeron pacientes que iniciaron los siguientes antibióticos: levofloxacino, ciprofloxacino y claritromicina vía endovenosa. Se consideraron candidatos a TS aquellos con los siguientes criterios a las 48-72 horas de haber iniciado el antibiótico: paciente clínica y hemodinámicamente estable, mejoría de los signos, síntomas y datos de laboratorio de la infección, tolerancia para vía oral y presentar una infección candidatas a terapia secuencial oral según la guía clínica de la SEIMC [infección respiratoria (IR), Infección intraabdominal, Neutropenia febril, ITU alta, bacteremia, Infección de piel y partes blandas, enfermedad pélvica inflamatoria e infección osteoarticular].

RESULTADOS

Se incluyeron 16 pacientes en el estudio. El 68,8% (11) fueron candidatas a TS. Los motivos por los que no fueron candidatas el resto de los pacientes fueron la falta de tolerancia a la vía oral (4) y 1 paciente por no mejorar los signos de infección. Los principales tipos de infecciones tratadas fueron: IR (9, 56,3%), ITU (3; 18,8%). La mediana de duración de tratamiento con el fármaco diana fue de 9 días en las IR y 8,5 días en las ITU. Al 81,8% (9 de 11 pacientes) que cumplían todos los criterios de secuenciación se les realiza la TS. La mediana de días entre que el paciente es candidato a secuenciación y la secuenciación fue de 2 días. Ahorro potencial de TS (35,8 € en 6 semanas; 25,9% del gasto total en antibióticos).

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta el bajo número de pacientes analizados, se observó una elevada proporción de pacientes en los que se realiza la TS de forma habitual. Sin embargo hay cierto margen de mejora en el momento en la que esta se inicia una vez el paciente es candidato a ello. Así mismo, se puede observar que aunque no hay un gran impacto económico directo en su realización en base al gasto en antibióticos, sí podría contribuir en la prevención de problemas relacionados con la vía parenteral (ej. flebitis) así como también, quizás, en una menor estancia hospitalaria. A raíz de este estudio se ha detectado un cierto margen de mejora en el uso de antibióticos y la necesidad de instaurar un plan de actuación específica tipo PROA en el seno de un grupo multidisciplinar.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 168

TÍTULO. RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA ASISTENCIA SANITARIA A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

Autores: MARTIN GRACIA A, LABAT J, HERMOSILLA T, QUINTANILLA MA, LORENTE M, LAMOTE E, PALOMERO V, BALLESTIN MJ

MARTIN GRACIA ANDRES · CRP NTRA SRA DEL PILAR · UME 'ALONSO V'

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

EL ESTIGMA DIFICULTA LA ADECUADA ATENCIÓN SANITARIA A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL PUDIENDO GENERAR EN LOS PROFESIONALES MIEDO, RECHAZO O INACCIÓN.

EN MUCHOS CASOS ESTA DISCRIMINACIÓN TIENE LUGAR SIN SER DETECTADA NI PUESTA EN TELADE JUICIOS.

LOS OBJETIVOS SON AUMENTAR LA CONCIENCIA EN TORNO A LA DISCRIMINACIÓN EXPERIMENTADA POR LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN LA ASISTENCIA SANITARIA Y PROMOVER ESTRATEGIAS PARA COMBATIRLA.

METODOLOGÍA

Tras recibir una petición de elaboración de recomendaciones para mejorar la asistencia al paciente mental en la comisión de Bioética del Sector 3 se constituyó un grupo de trabajo de 8 componentes.

Por parte de este grupo se elaboró un documento inicial que se modificó con las sucesivas aportaciones del grupo hasta tener un documento final que se pasó a la Comisión de bioética del Sector 3 hasta llegar al documento definitivo. Queda por concretar el proceso de difusión de dicho documento.

RESULTADOS

Documento para mejorar la asistencia sanitaria a las personas con enfermedad mental del Sector 3 .

El documento está dividido en introducción, justificación, recomendaciones y anexos para ampliar información.

CONCLUSIONES

El paciente con enfermedad mental debe ser atendido con la misma diligencia y solicitud que el resto de los pacientes

Es indispensable que los profesionales sanitarios realicen un esfuerzo para cambiar sus actitudes cuando atienden a personas con enfermedad mental.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 539

TÍTULO. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO SOCIAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

Autores: PUEYO USON MJ, C PARDO PARDO, MR ABAD BABIER, A LAGUIA MARTIN, A DIAZ MUÑOZ, E GRACIA FANDOS, MJ BALLESTIN MIGUEL, PILAR POLO ORDOVAS

PUEYO USON MARIA JOSEFA . CS BOMBARDA . TRABAJO SOCIAL

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Identificar el "riesgo social" de los usuarios en atención primaria y especializada de salud para realizar intervención precoz del Trabajo Social Sanitario, favorecer la coordinación y garantizar la continuidad asistencial.

METODOLOGÍA

Los grupos de mejora de calidad, son el mecanismo que se propone para la mejora continua de la organización sanitaria (ley 5/2013, art.23). Viendo el papel fundamental de los trabajadores sociales sanitarios (ttssss) en la atención al usuario, desde la Dirección General de Calidad y Atención al Usuario (Decreto 337/2011) se crea un grupo de mejora de calidad, que prioriza como tema de trabajo la "Identificación del riesgo social en el ámbito sanitario" para facilitar una intervención precoz del Trabajador Social Sanitario dado el impacto de los problemas socio-familiares en las consultas sanitarias y/o estancias hospitalarias. Lo forman 11 ttssss de APS y de especializada y 4 trabajadores sociales asesores técnicos de la Dirección General de Calidad y Atención al Usuario; en 9 sesiones de trabajo (18 horas) se elabora, consensúa un documento, se acuerda su difusión y se recomienda su inclusión en el sistema de información.

RESULTADOS

Nos encontramos en la fase de difusión e implantación del documento, por lo que se ha remitido con fecha 29 de febrero de 2016 escrito para la divulgación de la "Hoja de derivación a trabajo social para la detección del riesgo social" al Gerente del Salud, Gerentes de los Sectores, Directores Médicos de los Centros Hospitalarios, Coordinadores Médicos de los Centros de Atención Primaria, Directores de Enfermería de los Centros Hospitalarios y Coordinadores de Enfermería de los Centros de Atención Primaria. Así como por supuesto a toda la plantilla de ttssss del Salud.

CONCLUSIONES

Se hace imprescindible para la implantación real del procedimiento el acceso a la historia clínica electrónica por parte de los ttssss así como de la inclusión de la hoja de derivación a Trabajo Social en las aplicaciones informáticas utilizadas tanto en APS (OMI-ap) como en especializada.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 465

TÍTULO. **CÓMO ELABORAR UN DOCUMENTO EFECTIVO CON RECOMENDACIONES PARA PRESERVAR LA DIGNIDAD DE LOS PACIENTES**

Autores: GRACIA PELIGERO E, OBON AZUARA B, DELGADO MARROQUIN MT, GASCA ANDREU O, CEA ZARAGOZA III

GRACIA PELIGERO EVA · CS DELICIAS NORTE · COMITE DE ETICA ASISTENCIAL

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Priorizar los problemas más relevantes que afectan a la dignidad de los pacientes hospitalizados.
Elaborar un documento de recomendaciones para ayudar y asesorar a los profesionales a salvaguardar la dignidad.

METODOLOGÍA

-Priorización de los problemas que afectan a la dignidad de los pacientes, previamente seleccionados por un grupo nominal integrado por miembros del Comité de Ética Asistencial del Sector III (CEA) Se elaboró una parrilla de priorización con el conjunto de problemas e instrucciones de cumplimentación para puntuarlos en función de la factibilidad para solucionarlos, su gravedad y el nº de pacientes a los que afectaba.
-Búsqueda de bibliografía relevante para elaborar un documento consensuado de recomendaciones.
-Deliberación y aprobación de las recomendaciones por el CEA. Período de tiempo: octubre 2015-mayo 2016

RESULTADOS

De las 11 categorías de problemas señaladas por el grupo nominal, con la parrilla de priorización se seleccionaron 2: confidencialidad y respeto a la intimidad (C/I) y organización y utilización inadecuada de recursos (O/R).
En la categoría C/I se consideraron: Incorporación de instrucciones de carácter interno respecto a procesos asistenciales y de atención en general. Espacios reservados para información. Número aconsejable de profesionales que intervienen en cada etapa del proceso asistencial. Información protocolizada. Información confidencial/ identificación del profesional. Exploraciones sensibles
En la categoría O/R se incluyeron: Cuidados en la vestimenta del paciente ingresado. Problemas de goteros u otros recursos. Problemas en la dieta de los pacientes/ adecuación a sus creencias religiosas. Otros: Problemas en el aseo...
Tras varias reuniones y cruces de correos se elaboró un primer borrador de recomendaciones (febrero de 2015) que se presentó en las reuniones del CEA de abril y mayo, aprobándose la versión definitiva, acometiendo la estrategia de su difusión.

CONCLUSIONES

Salvaguardar la dignidad del paciente contribuye a mejorar la calidad de la asistencia y la percepción de la misma. Los CEA cuentan con una oportunidad ineludible de sensibilizar al resto de los profesionales con los que comparten la asistencia mediante la elaboración de recomendaciones consensuadas y realistas. Resulta imprescindible contar con el apoyo de la Dirección de los centros para la difusión efectiva de las mismas (utilizando medios convencionales y novedosos) y su puesta en práctica.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 474

TÍTULO. **COMO EL AVE FENIX, RENACIENDO DE LAS CENIZAS, CRISIS Y RECUPERACIÓN DE UN EQUIPO DE TRABAJO. EAP DELICIAS SUR**

Autores: ANTOÑANZAS LOMBARTE A, PEREZ VILLARROYA JC, OCHOA MONEO P, JAVIERRE MIRANDA E, AGUIRRE ABADIA N, LACARTA VICIOSO MP, GRACIA MORTE C, VILLANOVA LANUZA A

ANTOÑANZAS LOMBARTE ANGEL . CS DELICIAS SUR . ATENCION PRIMARIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Los recortes en recursos humanos en 2014 en el EAP, ocasionaron dificultades organizativas y un ambiente de malestar que influyó en la motivación y en el mantenimiento del sistema de gestión de calidad, sustentado por un grupo de mejora que fue perdiendo efectivos hasta casi desaparecer.

Ante el riesgo de perder la cohesión del equipo, se llevó a cabo un proceso de renovación, que dio lugar a la formación de un grupo de mejora amplio interesado en reconstituir y cohesionar el equipo

El grupo de mejora quedó constituido por médicos, pediatras, enfermeras, auxiliares administrativos, de clínica y los coordinadores de enfermería y de equipo. Se planteó una estrategia de mejora de la calidad consistente en mejoras en la infraestructura y equipamiento, en los circuitos organizativos dentro del EAP, y en los procesos de comunicación, de coordinación y de formación continuada.

METODOLOGÍA

Se comenzó a recoger las necesidades y problemas sentidos por el equipo mediante un método sencillo de detección y priorización que dio lugar a una lista de 97 problemas.

Los problemas organizativos internos fueron analizados y se acordaron las propuestas oportunas para su solución. Los que necesitaron consensos fueron debatidos por el grupo. Los aspectos de comunicación entre profesionales y los problemas de coordinación y de formación, fueron tratados en conjunto con las líneas de mejora en el área clínica, estableciéndose un cronograma de actividades formativas.

RESULTADOS

Se han puesto en marcha medidas correctoras en la mayor parte de problemas organizativos. Los problemas de comunicación, formación y del sistema de registro han sido tratados conjuntamente con las líneas de mejora en el área clínica. Se ha diseñado un plan de formación interna que recoge las entidades clínicas más importantes en atención primaria: diabetes, EPOC, riesgo cardiovascular, hipertensión arterial, paciente polimedcado, tabaquismo y vacunas

CONCLUSIONES

Hay que aceptar que en todos los equipos de trabajo se producen crisis que deberían ser identificadas y abordadas. Hemos aprendido que resulta muy útil la existencia de un grupo multidisciplinar que aúne competencias en gestión, calidad y formación

Un liderazgo compartido en diversas áreas del equipo ha sido decisivo

Ha sido una buena estrategia, para iniciar el proceso, partir de las necesidades sentidas por los componentes del equipo. La coordinación y comunicación entre profesionales es más fácil conseguirla a través de la formación, con espacios y tiempos que permitan aprender entre todos

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 457

TÍTULO. PREVALENCIA DEL USO Y ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA EN UN C. DE SALUD URBANO (2015)

Autores: MORALES FERRUZ R, CARMELA GALVEZ GARCIA, NURIA GARCIA SANCHEZ, JOSE MENGUAL GIL, MJESUS LALLANA, AMPARO FUERTES DOMINGUEZ, ELENA JAVIERRE MIRANDA, JOSE LUIS ALVAREZ PARDOS

MORALES FERRUZ RAQUEL . CS DELICIAS SUR . PEDIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

1. Conocer la prevalencia de uso de antibióticos de la población pediátrica de un centro de salud en el año 2015.
2. Valorar la adecuación de la prescripción antibiótica, tanto en el sentido de necesidad real como de adecuación en la elección del antibiótico.
3. Analizar factores que pudieran estar relacionados con un uso inadecuado de antibióticos

METODOLOGÍA

Se ha solicitado a la Unidad de Farmacia de Atención Primaria del Sector III de Zaragoza el listado de pacientes con prescripciones antibiótica durante el año 2015 de un centro de Salud de Pediatría. C.S Delicias Sur. Se analiza la prevalencia del consumo y si es procedente usar antibiótico según diagnóstico y si se eligió el antibiótico adecuado según Guías prestigiosas^{5,6,7}.

Para la recogida de datos se ha usado una hoja de cálculo Excell. Variables recogidas: edad, patología de base, diagnóstico que motivó la indicación del antibiótico, tratamiento antibiótico empírico elegido, médico prescriptor (titular/otros), día de la semana, mes del año. Uso de test de diagnóstico rápido.

RESULTADOS

Se ha detectado que en 1780 ocasiones se recetó un antibiótico a niños usuarios del centro de salud, durante el año 2015. Lo que supone una prevalencia de consumo de antibióticos de un 48 %.

Se ha calculado el tamaño muestral adecuado para auditar la prescripción, siendo necesario analizar 315 historias clínicas de pacientes con prescripción antibiótica.

Se analizan factores que puedan influir en el hecho de recetar antibióticos.

Se calculan porcentajes de los datos anteriores y se analizan parametros estadísticos que apoyen las diferencias significativas.

Se ha detectado una mayor prescripción en ciertos días de la semana, en especial vísperas de festivos, mayor prescripción en ausencia del titular del cupo y otros datos de interés

CONCLUSIONES

La prevalencia del uso de antibióticos en población pediátrica en nuestro centro de salud es similar a la descrita en la literatura. En general se prescribe un 58,7% de antibióticos en infecciones respiratoria agudas, siendo un porcentaje superior al requerido realmente. Además suelen prescribirse antibióticos de espectro superior al requerido.

Debemos conocer los protocolos de actuación ante las patologías más prevalentes y solo usar antibióticos cuando son necesarios y de ellos el que se ajuste al tratamiento empírico propuesto en protocolos adecuados.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 494

TÍTULO. PROYECTO DE PREVENCIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES DE DELICIAS

Autores: JAVIERRE MIRANDA E, AGUIRRE ABADIA N, ANTOÑANZAS SERRANO A, JAQUES CARNICER D, LARIO PEREZ S, MARTINEZ TORRES J, MURCIANO MARQUES P, VERA JIMENEZ I

JAVIERRE MIRANDA ELENA . CS DELICIAS SUR . PEDIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Conocer la situación actual de los y las adolescentes de un centro de educación secundaria en relación a la igualdad y la exposición a la violencia de género.

- Facilitar intervenciones dirigidas a promover la igualdad y a prevenir la violencia de género en el medio educativo y sanitario a través de proyectos de promoción de salud.

METODOLOGÍA

Creación de un equipo de trabajo integrado por 11 profesionales de diversos ámbitos (Trabajo Social:3; Pediatría:2; Enfermería:1; MIR Medicina Familiar y Comunitaria:1; Estudiantes de Medicina:4) que mediante reuniones periódicas desde Noviembre 2015 hasta Junio 2016 hemos desarrollado un trabajo grupal en varias fases:

- 1: Documentación y conocimiento del tema objeto de estudio.
- 2: Puesta en común con profesorado de Educación Secundaria, Policía Nacional (Servicio de Atención a la Familia); Doctora en Sociología.
- 3: Elaboración de cuestionario para explorar conocimientos sobre violencia de género y detectar conductas violentas o de desigualdad en adolescentes de Delicias.
- 4: Realización del cuestionario en dos grupos control con el fin de valorar la correcta comprensión del lenguaje utilizado y las cuestiones planteadas.
- 5: Realización individualizada del cuestionario en el centro escolar en primer ciclo de secundaria.
- 6: Recogida de datos y análisis de resultados.
- 7: Planificación de la intervención.

RESULTADOS

Nuestro proyecto es una iniciativa del Centro de Salud Delicias Sur y la Asociación de Vecinos de Delicias "Manuel Viola" que surge de la preocupación compartida por el agravamiento de las situaciones de desigualdad y violencia de género en adolescentes, cuya finalidad es la intervención interdisciplinar para promover la igualdad y prevenir la violencia de género en el medio educativo y sanitario a través de proyectos de promoción de salud.

En una primera fase planteamos detectar situaciones de desigualdad y violencia de género y su percepción en población adolescente.

Posteriormente, plantear un plan de intervención interdisciplinar para la prevención y promoción de salud en el ámbito escolar, sanitario y social.

CONCLUSIONES

Los Centros de Educación Secundaria constituyen un espacio privilegiado para llevar a cabo estudios de detección y prevención de violencia y/o desigualdad por razón de género dado que es en esta etapa cuando la población adolescente se inicia en las relaciones afectivo sexuales. De ahí la importancia de trabajar con este grupo de edad para educar en igualdad, fomentar las relaciones afectivas saludables y prevenir la violencia de género.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 404

TÍTULO. MOTIVACIONES, EXPECTATIVAS Y CONDICIONANTES DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A URGENCIAS HOSPITALARIAS POR INICIATIVA PROPIA

Autores: LOPEZ DEL PUEYO M, CANET C, URIETA L, BARBA M, ZEPEDA O, ANTOÑANZAS MA, CORDOBA R

LOPEZ DEL PUEYO MIGUEL . CS DELICIAS SUR . ATENCION PRIMARIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Entender por qué acude la población directamente a los servicios de Urgencias Hospitalarias es un paso clave para entender el fenómeno de la saturación de dichos servicios. Analizar las motivaciones individuales, las expectativas generadas en torno a la recepción de servicios sanitarios y los condicionantes que operan sobre la población y los propios servicios es fundamental para abordar el problema.

La justificación del trabajo nace de la necesidad de contar con la información necesaria para generar una oferta de servicios sanitarios lo más adecuada posible a las demandas de las poblaciones, que atienda a las inequidades, ofrezca un servicio de calidad y que tenga en cuenta las preferencias personales de los pacientes así como la cualidad del SNS como agente generador de bienestar social.

METODOLOGÍA

El trabajo consiste en la realización y el análisis de una encuesta con ítems tanto cualitativos como cuantitativos en relación con la asistencia a Urgencias hospitalarias por iniciativa propia que se está llevando a cabo sobre la población asignada a la Zona Básica de Salud del Centro de Salud Delicias Sur (Zaragoza).

Los criterios de exclusión afectan a todos aquellos pacientes que habiendo sido derivados a Urgencias hospitalarias hubiesen sido previamente atendidos por el mismo motivo en otro nivel asistencial.

La encuesta fue elaborada por el personal sanitario del Centro de Salud, analizando los cuestionarios utilizados en trabajos previos sobre la misma temática, que se utilizaron como base.

Consta de un apartado inicial con datos demográficos, nivel de estudios, ocupación principal, situación laboral y principal motivo de visita a Urgencias del hospital. A continuación se incluyen dos bloques de preguntas que exploran el conocimiento de otros recursos de atención urgente, condicionantes laborales o de accesibilidad y por otro lado mediante aseveraciones afirmativas se exploran expectativas y cuestiones en torno a la atención urgente tanto en hospital como extrahospitalaria, necesidad de inmediatez, influencia de los medios y relación médico-paciente. Finalmente se incluye un apartado con fecha y hora de la atención, frecuentación y prescripción activa, diagnóstico al ingreso y al alta y una valoración subjetiva sobre la adecuación o no de dicha visita al servicio de Urgencias del hospital.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 644

TÍTULO. MEJORAR LA SEGURIDAD CLÍNICA Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN NUESTRO CENTRO DE SALUD

Autores: FUSTERO FERNANDEZ MV, FRANCO PORTERO M, CANDIAL HERNANDO L, MARTINEZ LAFUENTE J, ROMAN AHIJADO M, GARCIA MALLA F, GONZALVO HERNANDO P, GINER FUSTERO V

FUSTERO FERNANDEZ MARIA VICTORIA . CS MARIA DE HUERVA . ATENCION PRIMARIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Con la aparición de los anticoagulantes de acción directa (ACOD), como alternativa a los existentes, se precisa un abordaje centrado en el paciente, que identifique a aquellos que podrían beneficiarse de los nuevos fármacos y asegure, que cuando se utilizan, su indicación y seguimiento son correctos, con el objetivo de mejorar la seguridad clínica y calidad de vida de estos pacientes

METODOLOGÍA

- 1.-Identificación de pacientes anticoagulados con Antivitamina K, con criterios según el IPT, para cambiar a ACOD (datos de OMI AP)
- 2.-Identificación de pacientes en tratamiento con ACOD, al inicio del proyecto (datos de receta electrónica)
- 3.- Elaboración de un protocolo conjunto de seguimiento de los pacientes con ACOD
- 4.- Sesiones clínicas en el EAP de la anticoagulación y su seguimiento
- 5.- Actividad formativa con los pacientes anticoagulados y/o cuidadores

Indicadores:

- % de pacientes con Antivitamina K, que los últimos seis meses tienen menos del 60% de INR en rango
- % de pacientes con Antivitamina K y situaciones clínicas en las que el IPT, recomienda su paso a ACOD
- %de pacientes en tratamiento con ACOD del total de los anticoagulados
- Nº de sesiones clínicas de anticoagulación realizadas en el Centro de salud
- % de profesionales que han asistido a las sesiones
- Nº de pacientes/cuidadores que asisten a la reunión formativa

RESULTADOS

Se han realizado dos sesiones clínicas con asistencia del 75% de profesionales y una charla para pacientes con 22 participantes, celebrada el 15-12-2015.

El 42% de pacientes con Antivitamina K, tenían menos del 60% de INR en rango en junio de 2014 y un 36% en febrero de 2016.

Un 48 % de anticoagulados con Antivitamina K, están mal controlados y en situaciones clínicas en las que el IPT, recomienda su paso a ACOD.Los pacientes anticoagulados con ACOD, eran el 26% en junio de 2015 y ha pasado a 32% en febrero de 2016.

CONCLUSIONES

Ha mejorado el número de pacientes anticoagulados con Antivitamina K bien controlados.

Ha disminuido el riesgo de padecer eventos trombóticos o hemorrágicos en un 12%

Persiste un grupo de pacientes que pese a cumplir criterios de IPT para beneficiarse de un cambio de tratamiento, este no se ha realizado.

Los resultados obtenidos y el margen de mejora existente, nos animan a seguir trabajando en este proyecto durante el próximo año.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 569

TÍTULO. **OPTIMIZACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA Y DE LA CRIANZA, EN EL C.S. MARÍA DE HUERVA**

Autores: JIMENEZ PEREZ EM, ROMAN M, ROSEL V, CANDIAL L, HIGUERAS P, LOZANO S

JIMENEZ PEREZ EVA MARIA . CS MARIA DE HUERVA . PEDIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Aumentar el número de niños que toman leche de madre en nuestro Centro de Salud, para que puedan beneficiarse de sus múltiples propiedades.

METODOLOGÍA

1. Captación de embarazadas para recomendar su asistencia prenatal al grupo de lactancia.
2. Realizar precozmente la 1ª visita del Recién Nacido para reforzar el establecimiento de la LM y solucionar los primeros problemas que vayan surgiendo, remitiendo para ello al Grupo de Lactancia.
3. Asistencia al Grupo de Lactancia y Crianza de las madres, acompañadas por el bebé, y si lo desean por otro cuidador.
4. Reforzar los beneficios de continuar con LM, en cada una de las Revisiones del Programa de Salud Infantil.
5. Encuesta para evaluar el grado de satisfacción de los usuarios y mejoras conseguidas.
6. Sesión con el EAP con el objetivo de poner en conocimiento el proyecto.
7. Captación de madres donantes para el Banco de Leche Materna.

RESULTADOS

1. % de lactantes de 0-5 meses de edad alimentados exclusivamente con LM: 51,25%
2. % de lactantes de 0-5 meses que recibieron LM como fuente principal de alimentación: 53,75%
3. % de niños de 6-23 meses de edad que son amamantados junto a otros alimentos sólidos: 53.75%
4. % de niños de 0-23 meses no amamantados: 20%
5. % de ingresos hospitalarios en lactantes de 0-2 años que recibieron LM exclusiva los primero 6 meses: 2.5%
6. % de ingresos hospitalarios en lactantes de 0-2 años que nunca recibieron LM: 6.25%

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos van a favor de continuar con el proyecto ya que se consigue un aumento del número de bebés amamantados.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 579

TÍTULO. EL CONSEJO DE SALUD DE ZONA COMO INSTRUMENTO DE MEJORA DE CALIDAD. EXPERIENCIA DE 25 AÑOS EN EL C.S. VALDEFIERRO

Autores: MUR PEREZ AM, BLASCO PEREZ ARAMENDIA MJ, LOMBADO MURILLO J, VILLAFRANCA A, GONZALEZ GARCIA M

MUR PEREZ ANA MARIA . CS VALDEFIERRO . ATENCION PRIMARIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Revisión de la mejora de la calidad asistencial y de las actividades realizadas para contribuir a la promoción y educación para la salud en la población de Valdefierro en los últimos 25 años.
- Canalización y promoción de la participación de la comunidad en estas actividades y en iniciativas y sugerencias que permitan la mejora de atención y del nivel de salud de la zona
- Elaboración de su reglamento de funcionamiento interno
- Promoción de la protección de los derechos de los usuarios y mejoras surgidas tras la encuesta de satisfacción del usuario, así como soluciones mancomunadas a dichos problemas.

METODOLOGÍA

Participan diferentes órganos, el Consejo de Salud de Aragón, del Sector y de Salud de la zona, sistema de quejas, reclamaciones y sugerencias, uso de nuevas tecnologías y asociaciones de pacientes o ciudadanas, reuniones bimensuales con el Consejo de Salud y representantes del EAP. Se realiza una memoria anual por el Consejo y el Equipo que permita la mejora de las propuestas en años sucesivos.

RESULTADOS

Se observa que la figura del trabajador social es fundamental como promotor de la participación comunitaria en grupos de mejora de la salud. Se constituye el Consejo de Salud de Valdefierro (26/02/1990), con al menos 5 reuniones al año. Se realizan múltiples actividades a lo largo de estos 25 años: Programa de educación para la salud de periodicidad anual, construcción del nuevo centro de salud y actividades de colaboración con centro de salud.

También múltiples actividades docentes: apoyo y orientación a "Escuela de Salud", TAOVAL, 12 cursos de RCP básica, un curso de relajación, un curso de educación en EPOC, varias charlas sobre diversos temas de salud. En el centro de salud, se crea la biblioteca y se realiza un proyecto de investigación del Centro de Salud sobre los efectos orgánicos de los tendidos eléctricos de alta tensión entre otros proyectos, planes de prevención y acreditación ISO.

CONCLUSIONES

Se puede considerar que la actividad realizada a lo largo de estos 25 años ha sido nutrida, contando con la colaboración de forma activa de la población, que contribuye a la mejora de la educación y promoción de la salud. Actuando sobre determinantes de salud que influyen a la hora de desarrollar enfermedades crónicas y deterioro de la calidad de vida. Hay que destacar las propuestas de mejora continua de la calidad asistencial, así como la obtención de la acreditación ISO que confiere un plus de calidad asistencial al Centro de Salud de Valdefierro.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 575

TÍTULO. OPORTUNIDAD DE MEJORA EN EL CONTROL GLUCÉMICO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CORTICOIDES

Autores: AGUDO TABUENCA A, GIMENO ORNA JA, SAENZ ABAD D, LAHOZA PEREZ C, MURILLO DIAZ DE CERIO II, JORDAN DOMINGO M, MATEO ACIN I, CIRIA TORCAL MJ

AGUDO TABUENCA ANA . H CLINICO UNIVERSITARIO . ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El uso de corticoides como tratamiento está ampliamente extendido para el manejo de múltiples patologías, destacando en la bronquitis crónica exacerbada. Su uso prolongado produce diferentes alteraciones metabólicas. Hasta un 46% de los pacientes desarrollan hiperglucemia esteroidea. Esta situación lleva asociado un incremento de complicaciones y de la estancia hospitalaria.

El objetivo fue evaluar el control glucémico de los pacientes ingresados en el hospital en tratamiento con corticoides y sus factores determinantes para diseñar un protocolo de actuación.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo con doble vertiente, descriptiva y analítica. Se incluyeron pacientes ingresados en Neumología entre octubre y diciembre de 2015, en tratamiento con corticoides. Los criterios de inclusión fueron diabetes mellitus (DM) conocida y/o una glucemia al ingreso superior a 180 mg/dl. Se recogieron variables analíticas, clínicas y demográficas. Se evaluaron los perfiles de glucemia capilar, tipo y dosis de glucocorticoide administrado. Mal control hospitalario fue definido como glucemia capilar media = 180mg/dl.

Se han analizado factores predictores de mal control hospitalario mediante regresión logística.

RESULTADOS

Se incluyeron 45 pacientes, 71% varones, con edad media de 71,3 años (DE 13,9). Un 73,3% ingresaron por EPOC reagudizada. 26 pacientes (57,8%) eran diabéticos conocidos y un 26,7% (12 pacientes) llevaban tratamiento insulínico domiciliario.

23 pacientes (51,1%) recibieron insulina programada a dosis máxima de 0,33 U/kg. Hubo diferencias estadísticamente significativas en las glucemias de desayuno, comida, merienda y cena (154 vs 202 vs 215 vs 202 mg/dl; p=0,007).

La glucemia media durante el ingreso fue de 186 (DE 44) mg/dl. El 49,8% de los pacientes (22) tuvieron mal control hospitalario.

Los factores predictivos independientes de mal control hospitalario fueron la edad (OR=0,91; IC 95% 0,83-0,99; p=0,032), la glucemia inicial (OR=1,02; IC 95% 1,004-1,034; p=0,013) y el índice de comorbilidad de Charlson (OR=2,25; IC 95% 1,09-4,65; p=0,028).

CONCLUSIONES

El control metabólico de los pacientes ingresados en tratamiento con corticoides es deficiente. Factores que predicen un mal control son menor edad y valores elevados de índice de Charlson y de glucemia inicial.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 432

TÍTULO. SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO: INVOLUCRANDO ES GERUNDIO

Autores: OBON AZUARA B, AIBAR REMON C, GUTIERREZ CIA I, MOLINER LAHOZ FJ, SAENZ ABAD D

SAENZ ABAD DANIEL . H.CLINICO UNIVERSITARIO . MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Involucrar activamente a profesionales del hospital en las cuestiones prioritarias de seguridad del paciente (SP) a través de una iniciativa de formación acreditada, valoración de la visión de profesionales y difusión de las mismas.

METODOLOGÍA

Se estableció un programa de trabajo en tres grandes líneas:

- Desarrollo de un programa formativo acreditado sobre SP durante 2012-14.
- Difusión de un Boletín Informativo periódico con noticias, avances, enlaces y recomendaciones durante los años 2012-2015.
- Encuesta de una muestra de oportunidad de profesionales relevantes y reconocidos del hospital sobre tres cuestiones: significado de la SP, propuestas de trabajo y de implicación de profesionales, pacientes y directivos.

RESULTADOS

- Programa formativo: se desarrollaron 17 sesiones formativas. Su contenido fue tanto de carácter introductorio, como de análisis de los problemas y estrategias de mejor ante los principales problemas de seguridad tales como infecciones, medicación, transfusiones, seguridad eléctrica, control del dolor, ... La asistencia puntual a las sesiones fue abierta para todos los profesionales del hospital.

- Se realizaron 137 boletines informativos de difusión general a través de la intranet del hospital (<http://10.35.208.91:16080/boletin>) e individual mediante suscripción.

- A la encuesta respondieron 25 facultativos y de enfermería. Las respuestas mostraban que la seguridad está en la agenda de la práctica asistencial, si bien se dejaba constancia de claras oportunidades de mejora y de necesidad e indicadores para evaluar avances.

Un resumen de las sesiones, boletines y encuestas de los profesionales fue publicado en formato papel y electrónico en la intranet del hospital

(http://10.35.208.91:16080/documents/10180/8910906/Seguridad%20del%20paciente_En%20clave%20de%20mejora_Unizar_2015.pdf) y en el enlace externo

http://www.grissa.org/joomla/Documentos/Seguridad%20del%20paciente_En%20clave%20de%20mejora_Unizar_2015.pdf

CONCLUSIONES

La formación unidireccional, por sí sola, difícilmente consigue transformar el modo en el que pensamos, hacemos y sentimos en relación con la calidad y la seguridad.

Solicitar y difundir la opinión y visión de los profesionales sanitarios, además de transmitir los avances en prácticas seguras a través de boletines y otros medios de difusión contribuye a crear cultura proactiva en relación con la SP.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 544

TÍTULO. CONTROL DE CALIDAD DE UNA NUEVA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN EL SECTOR ZARAGOZA III

Autores: ALDA LOZANO A, SANJOAQUIN I, CRUSELLS MJ, CECILIO A, MORALES A, LETONA S, ARA M, AMIGUET JA

ALDA LOZANO ALICIA . H CLINICO UNIVERSITARIO . MEDICINA INTERNA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Ante la actual situación epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y en respuesta a las alertas procedentes desde la OMS y las medidas propuestas por el Plan estratégico para la Prevención y Control de las ITS, existente a nivel nacional, surge la idea de elaborar un protocolo de actuación frente a las ITS para el Hospital Lozano Blesa. Hasta el momento no existía ningún protocolo frente a las ITS en Aragón. Con él se pretende conseguir un diagnóstico adecuado de ITS, lo que incluye: diagnóstico precoz, oportunista, clínico y microbiológico. Homogeneizar el tratamiento de las ITS de acuerdo a las recomendaciones nacionales. Y así, conseguir una reducción en incidencia y en número de diagnósticos tardíos y mejorar la calidad de vida de los afectados.

METODOLOGÍA

El primer paso ha consistido en la creación de una consulta de ITS, destinada a la población perteneciente al sector Zaragoza III, mayor de 14 años y con sospecha de ITS. Es llevada a cabo por especialistas en Enfermedades infecciosas y Dermatología. Tras su elaboración se acordó la conveniencia de realizar un prueba de control de calidad a los 6 meses de su creación (septiembre de 2015-Febrero de 2016).

RESULTADOS

Tras el análisis de las características epidemiológicas, clínicas y otros aspectos relacionados con el manejo de los 42 pacientes valorados, se ha observado que existe predominio de varones (67%), de edad media (90% de 26-52 años) e inmigrantes (64%). Los principales motivos de consulta son sífilis y condilomas acuminados. La principal forma de transmisión es entre heterosexuales (64,3%). El 42% han sido derivados desde los propios servicios implicados en la consulta.

Son aspectos destacables: escasa proporción de jóvenes, predominio de inmigrantes, pocos casos de Clamidia y gonorrea y escasa derivación desde Atención primaria y servicios como Ginecología y Urología. También el período de tiempo desde inicio de síntomas hasta valoración en consulta (mediana de 85 días) y la dificultad encontrada para la valoración de contactos.

CONCLUSIONES

Resulta conveniente ampliar la difusión sobre la existencia de esta consulta y su disponibilidad. Asegurar el conocimiento de técnicas apropiadas para la recogida de muestras. Promover el diagnóstico precoz y plantear un procedimiento común para el manejo de contactos. También parece recomendable actualizar la base de datos, incluyendo todos aspectos valorados por las consultas de referencia de ITS nacionales.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 311

TÍTULO. DETECCIÓN ACTIVA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN GESTANTES ADOLESCENTES

Autores: ALGARATE CAJO S, SERAL C, TEJERO S, LAVILLA MJ, BUENO J, ARRIBAS J, BELLES A, BENITO R

ALGARATE CAJO SONIA . H CLINICO UNIVERSITARIO . MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Las ITS pueden provocar morbilidad materno-fetal y a esto debemos añadir el mayor riesgo obstétrico asociado a la etapa de la adolescencia, especialmente por debajo de los quince años. El objetivo del programa es la detección activa de ITS, especialmente asintomáticas, en gestantes adolescentes de nuestra área de salud con el fin de mejorar tanto los resultados obstétricos y perinatales como la educación sanitaria

METODOLOGÍA

El programa se implantó el 15 de Mayo de 2012 y hasta el 15 de Mayo de 2014 han sido estudiadas 86 gestantes adolescentes, 35 españolas (40,70%) y 51 extranjeras (59,30%), con edades comprendidas entre 13 y 19 años (media= 17,35 ± 1,39). Se les realizó una toma de exudado vaginal y tres endocervicales, en su primera consulta obstétrica en el Centro de especialidades del Sector III del Salud de Aragón.

En el laboratorio de Microbiología se ha realizado visión directa con tinción de Gram y Giemsa de exudado vaginal y endocervical.

El exudado vaginal fue cultivado en medios no específicos y específicos para detectar la presencia de *Trichomonas vaginalis*, *Candida spp.* y/o vaginosis bacteriana (VB).

En toma endocervical se realizó investigación de *Neisseria gonorrhoeae* en medios de cultivo no específico y específico. Dos frotis endocervicales fueron destinados a la realización de la prueba de reacción en cadena de polimerasa para detección de *Chlamydia trachomatis* (Roche®) y Virus del Papiloma Humano (VPH) (Genómica®).

RESULTADOS

Hemos detectado presencia de alguna ITS en 31 pacientes (36,05%), en 7 presencia de más de un agente infeccioso (8,14%).

En 26 pacientes fue detectado VPH (30,23%), siendo de alto riesgo en 19 (73,08%). En 48 el resultado fue negativo (55,82%) y en 12 (13,95%) la muestra fue incorrecta.

Hemos detectado *C. trachomatis* en 11 casos (12,79%); VB en 11 pacientes (12,79%), 3 de ellas en pacientes con VPH y *C. trachomatis*, 2 en pacientes con VPH y 2 con *C. trachomatis*; *C. albicans* en 29 pacientes (33,72%), 10 de ellas con positividad a VPH.

No se ha detectado ningún caso de *N. gonorrhoeae* ni *T. vaginalis*.

CONCLUSIONES

La infección por VPH y *C. trachomatis* son las ITS más frecuentes y es conveniente realizar su determinación sistemática en gestantes adolescentes.

La vaginosis bacteriana se observa más en pacientes con *C. trachomatis* y/o VPH.

No se han detectado casos de gonococia ni tricomoniasis pero es conveniente realizar su detección sistemática por su repercusión clínica, el bajo coste de las técnicas empleadas y el alto rendimiento diagnóstico de las mismas.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 405

TÍTULO. MONITORIZACIÓN DEL CONSUMO DE ANTIMICROBIANOS: DETECCIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA E IMPACTO DE LOS EQUIPOS PROA

Autores: ALLENDE BANDRES MA, SAGREDO SAMANES MA, PAÑO PARDO JR, LETONA CARBAJO S, LUQUE GOMEZ MP, RUIZ LAIGLESIA FJ, CUMBRAOS SANCHEZ MJ, SALVADOR GOMEZ T

ALLENDE BANDRES MARIA ANGELES . H CLINICO UNIVERSITARIO . FARMACIA HOSPITALARIA (FH)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Medir el consumo de antimicrobianos en 2015 y analizar las tendencias de consumo desde 2008 hasta 2015 en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

METODOLOGÍA

El farmacéutico de la Comisión de Infecciones realiza anualmente un informe de consumo de antimicrobianos. El informe utiliza la metodología ATC/DDD revisada y actualizado por el "WHO International Working Group for Drug Statistics Methodology". Se analizaron los grupos J01 "Antibacterianos" y J02 "Antimicóticos". El indicador fue DDD/100 estancias. En 2015 se instauró un Programa de Optimización de Antibióticos en el hospital (PROA-HCUZ)

RESULTADOS

Durante 2015 el consumo de antibióticos global del hospital fue de 221.743 DDD. El 95% del consumo fue de J01 y el 5% de J02. Los fármacos que supusieron más del 50% del consumo fueron: Amoxicilina/ clavulánico (21%), levofloxacino (10%), amoxicilina (7%), ciprofloxacino (6%) meropenem (6%) y ceftriaxona (4%) Del total de DDD, el 80% corresponde al Hospital, 6% a los Centros de salud, el 5% a las residencias Sociosanitarias, el 4% a Consultas Externas, 3% Urgencias, 1% a quirófano entre otros. En 2015 el indicador de consumo intrahospitalario fue de 83 DDD/ 100 estancias. El consumo de UCI fue de 180 DDD/ 100 estancias y supuso un 11% del total de DDD del hospital. El consumo (DDD/ 100 estancias) de carbapenems que había aumentado progresivamente desde 2008 (7.71) a 2014 (11,51) en 2015 disminuyó a 9.89. El consumo de quinolonas que había aumentado desde 2008 (13,77) a 2014 (17,17) en 2015 disminuyó a 16.35. El consumo de fármacos anti Gram + aumentaron desde 2008 (4.06) a 2014 (5.65) y 2015 (6.22). El aumento en el último año se debió fundamentalmente a Vancomicina (+44%) El consumo de antifúngicos que había aumentado desde 2008 (1.39) a 2014 (1.72) disminuyó en 2015 a 1.42.

CONCLUSIONES

Existe una tendencia a la disminución en el consumo de carbapenems, quinolonas y antifúngicos junto con una tendencia al aumento de fármacos más coste-efectivos en el tratamiento de Gram +. Esto puede explicarse por el impacto del equipo PROA-HCUZ, que tiene entre sus objetivos el uso racional de estos grupos terapéuticos. El seguimiento del consumo de antimicrobianos permite, la detección de problemas para la posterior implantación de medidas de mejora y el seguimiento del impacto de estas medidas. La metodología de medición es un proceso complejo. Deberían estandarizarse e informatizarse la obtención de consumos en los hospitales de Aragón para tener resultados comparables entre centros.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 153

TÍTULO. EDUCACIÓN TERAPÉUTICA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD CELÍACA (E.C.)

Autores: ALONSO ESTEBAN MDM, REMACHA TOMEY B

ALONSO ESTEBAN MARIA DEL MAR . H CLINICO UNIVERSITARIO . NEUROCIRUGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Adquisición por parte de los pacientes de los conocimientos y habilidades necesarias para el manejo de la E.C.
Potenciar la motivación, capacidad y recursos necesarios para una adecuada adherencia al tratamiento dietético.
Garantizar el seguimiento de los pacientes del Sector Zaragoza III.

METODOLOGÍA

Los pacientes se captan a través de la consulta de E.C. del HCU, ofreciéndoles la posibilidad de acudir con algún familiar. Cada grupo de celíacos-familiares acude a dos sesiones, realizándose en la primera una explicación general sobre lo que es la E.C. y la dieta exenta de gluten y en la segunda, un enfoque eminentemente práctico. La duración es de 5 horas. Todos los asistentes cumplimentan un test de valoración de conocimientos al inicio y fin de los talleres y una encuesta de grado de satisfacción.

RESULTADOS

El nº total de pacientes captados es de 135, 51 no están interesados o no pueden acudir a los talleres por incompatibilidad de horarios.

Se han realizado 23 talleres.

El nº de celíacos asistentes ha sido 84 y el de familiares 31.

El test de valoración de conocimientos previos muestra un 29 % de fallos sobre el total de las preguntas, reduciéndose estos tras la formación a un 4 %.

La encuesta de grado de satisfacción (valoración de 1 a 10) muestra:

Pregunta 1: Recomendación del taller a otras personas/familiares con EC.:

El 89 % de pacientes, valoran 10; el 9 % 9 y el 2 % 7.

Pregunta 2: Los conocimientos que ha adquirido le parece que le van a ser útiles a la hora de afrontar su vida diaria.

El 91 % de los pacientes, valoran 10, el 8 % 9 y el 1 % 8.

Pregunta 3: Valoración global del taller

El 90 % de los pacientes, valoran 10 el 9 % 9 y el 1 % 8.

CONCLUSIONES

Los pacientes han mejorado sus conocimientos y habilidades necesarias para el manejo de su enfermedad, potenciando su motivación y recursos.

En el abordaje de la EC, las instituciones sanitarias no deberían limitar sus objetivos al diagnóstico, sino también considerar una atención asistencial íntegra que proporcione a los afectados los recursos y herramientas necesarios para el autocontrol de la enfermedad.

La implementación de un Proceso de Educación Terapéutica debe ser un recurso primordial en el abordaje de la EC, debiendo iniciarse de forma inmediata al diagnóstico, y realizarse por profesionales cualificados; siendo el enfermero formado en E.C. un pilar fundamental dentro del mismo.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 317

TÍTULO. EXPERIENCIA PILOTO SOBRE GESTION COMPARTIDA IASS-SALUD, DE UNIDADES DE CONVALECENCIA SOCIOSANITARIA (UCSS) EN 2015

Autores: BALLESTIN MIGUEL MJ, J PEREZ LEONA M, HUALDE MOZOTA B, SIERRA CAÑIZARES E, VICO RUBIO P, HERNANDEZ ARNEDOM, BLASCO VIANA C, GARCES TRULLENQUE E

BALLESTIN MIGUEL MARIA JESUS . H CLINICO UNIVERSITARIO . TRABAJO SOCIAL

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Proporcionar una atención adecuada a las personas que tras el alta hospitalaria precisan de cuidados y apoyo personal y no disponen del soporte sociofamiliar necesario para ello, garantizando la continuidad de la asistencia mediante la participación de Servicios Sociales en la convalecencia.

METODOLOGÍA

El HCU "Lozano Blesa" tiene disponibles 10 plazas en UCSS en Residencia pública "Santa Ana" Utebo. El tiempo de permanencia máximo es de 60 días.

Se ha elaborado un procedimiento para identificar a los pacientes, realizar valoración integral y solicitar plaza previo consentimiento informado del paciente y/o familia. A su vez consta el circuito de coordinación de los agentes implicados (IASS, UCSS, U. Trabajo Social, médico responsable, enfermería de valoración, S. de Farmacia, trabajador social del Centro de Salud).

Pueden ser susceptibles de ingreso las personas hospitalizadas, que residan en Aragón, se encuentren en situación de dependencia funcional, estén en disposición del alta médica y acrediten la necesidad de cuidados sanitarios continuados y, a su vez, carezcan de suficiente apoyo familiar o social.

RESULTADOS

La primera paciente se traslada a la UCSS el 27/01/2015. De 64 solicitudes, se han trasladado 53 pacientes, 31 mujeres (58.5%) y 22 hombres (41.5%). El rango de edad predominante ha sido de 80-89 años, 23 pacientes (41.5 %). Resulta destacable que 9 traslados han sido de personas de más de 90 años y 6 con menos de 60 años.

El servicio que más traslados ha realizado ha sido Medicina Interna, 22, (41.5%), seguido de Traumatología con 9 traslados (17%).

No se ha generado lista de espera. Los ingresos en la UCSS se han realizado de forma ágil. En general no se ha superado el tiempo máximo de permanencia.

CONCLUSIONES

Se puede afirmar que la UCSS es un dispositivo útil y eficiente para garantizar la continuidad de cuidados de las personas que carecen de soporte social adecuado.

La estancia en la UCSS ha evitado reingresos hospitalarios en pacientes identificados.

Uno de los puntos fuertes a reseñar es la estrecha coordinación y colaboración de los profesionales de Gerencia de IASS, Residencia, Hospital y Atención Primaria.

Es recomendable unificar lenguaje y criterios en ambos ámbitos intervinientes, sanidad y servicios sociales, para facilitar la coordinación y la toma de decisiones a fin de proporcionar a los ciudadanos una atención adecuada en el momento que se precisa cuando se requiere de la intervención de ambos sistemas.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 337

TÍTULO. EVOLUCIÓN GASTO FARMACÉUTICO EN UN CSS DESDE LA IMPLANTACIÓN DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA DESDE EL Sº DE FARMACIA HOSP.

Autores: CUMBRAOS SANCHEZ MJ, ALLENDE BANDRES MA, GAMARRA CALVO S, FERNANDEZ ALONSO E, COMPAIRED TURLAN V, HORNA OREJA O, SALVADOR GÓMEZ T

CUMBRAOS SANCHEZ MARIA JOSE . H CLINICO UNIVERSITARIO . FARMACIA HOSPITALARIA (FH)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Evaluar la evolución del gasto farmacéutico generado por recetas en oficina de farmacia y del gasto farmacéutico total desde que se implantó la prestación farmacéutica a un centro sociosanitario (CSS) desde el servicio de farmacia hospitalaria (SFH). Analizar el gasto en recetas y el gasto farmacéutico total por paciente institucionalizado durante el periodo de estudio.

METODOLOGÍA

- Estudio observacional retrospectivo llevado a cabo en un hospital terciario para analizar la evolución del gasto farmacéutico desde la implantación de la prestación farmacéutica en un CSS desde el SFH.
- Se ha analizado la evolución del gasto generado por recetas en oficina de farmacia, y el gasto farmacéutico intrahospitalario generado por la dispensación a un CSS desde el SFH vinculado al mismo por año durante el periodo de estudio.
- Se ha analizado el gasto en recetas y el gasto farmacéutico total (gasto en recetas + gasto de dispensación intrahospitalaria) por paciente institucionalizado en dicho CSS por año.
- Periodo de estudio: desde el año 2011 al 2015.
- Pacientes institucionalizados: 96
- Fuentes de datos: Farmasalud®, programa de gestión económica Farmatools®.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, se analizó el gasto farmacéutico generado por recetas en oficina de farmacia por el CSS vinculado al SFH. En 2011, el gasto en recetas fue de 54.593,37 € (568,68 € por residente), en 2012 de 52.277,88 € (544,56 € por paciente), en 2013 de 42.572,36 € (443,46 € por paciente), en 2014 de 24.254,24 € (252,65 € por paciente) y en 2015 de 28.727,35 € (299,24 € por paciente). Desde el 2011 al 2015, se ha visto un ahorro de 25.866,02 € en recetas a oficina de farmacia.

El gasto farmacéutico total también ha disminuido durante el periodo de estudio. En 2011, el gasto fue de 92.269,72 € (961,14 € por paciente), en 2012 fue de 73.254,37 € (763,07 € por paciente), en 2013 fue de 64.704,72 € (674,01 € por paciente), en 2014 de 56.748,18 € (591,13 € por paciente) y en 2015 de 61.686,41 € (642,57 € por paciente). El gasto global se ha reducido en 30.583,31 € (318,57 € por paciente).

CONCLUSIONES

La prestación farmacéutica especializada a través del SFH vinculado a un CSS ha supuesto un ahorro anual de 25.866,02 € en recetas a oficina de farmacia. Se ha visto por tanto una disminución del gasto farmacéutico total de 30.583,31 € anuales, es decir, 269,44 € por paciente/año.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 58

TÍTULO. PROYECTO DE MEJORA DEL MANEJO DEL ANGIOEDEMA AGUDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores: ESCOLAR MARTINEZ BERGANZA T, ABASCAL JM, CANTIN A, SAENZ D, RIVAS M, LAHOZA C, GRANADOS C, CASTAN S

ESCOLAR MARTINEZ BERGANZA TERESA . H CLINICO UNIVERSITARIO . URGENCIAS

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El angioedema se está convirtiendo en un problema creciente, estimándose que el 20% de la población experimentará un episodio en algún momento de su vida.

El interés de esta enfermedad radica en la heterogeneidad y en la gravedad potencial del cuadro clínico, y en la necesidad de un tratamiento precoz y específico.

En el servicio de urgencias el médico debe guiarse únicamente por la historia clínica y la exploración física, para establecer un diagnóstico de sospecha y administrar un tratamiento adecuado. Esto puede llevar a una variabilidad en el manejo de estos pacientes y demoras innecesarias en la aplicación del tratamiento. Para disminuir esto se propone la elaboración de un protocolo de manejo.

Objetivo:

Mejorar el manejo del angioedema agudo en el Servicio de Urgencias, de acuerdo a la mejor evidencia científica disponible, reduciendo al mínimo el fracaso terapéutico.

METODOLOGÍA

Se propone elaborar un protocolo de manejo del angioedema agudo en Urgencias, con un algoritmo de decisión diagnóstico – terapéutico, contrastado con la evidencia científica actual y posteriormente crear una estrategia para difundirlo en el hospital.

RESULTADOS

Se dispone de datos previos a la realización del protocolo y posteriores a la puesta en marcha del mismo como prueba piloto en el Servicio de Urgencias del hospital.

CONCLUSIONES

En conclusión, tras la prueba piloto, mejoró la concienciación de los profesionales de la gravedad de esta entidad y la necesidad de un tratamiento precoz y además se optimizó el consumo de recursos.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 300

TÍTULO. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE NUTRICIONES ENTERALES EN RESIDENTES DE CENTROS SOCIOSANITARIOS VINCULADOS A UN Sº DE FARMACIA

Autores: FERNANDEZ ALONSO E, ALLENDE BANDRES MA, LANZA SALCINES Y, ALCACERA LOPEZ MA, SALVADOR GOMEZ T, GAMARRA CALVO S, CUMBRAOS SANCHEZ MJ

FERNANDEZ ALONSO EDGAR . H CLINICO UNIVERSITARIO . FARMACIA HOSPITALARIA (FH)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La dispensación de nutrición enteral (NE) a pacientes institucionalizados se realiza desde los servicios de Farmacia del área de salud. El Farmacéutico hospitalario proporciona la atención farmacéutica necesaria respecto a NE, suponiendo a su vez un ahorro. El objetivo es identificar y analizar la indicación de NE, así como cuantificar el impacto económico desde el inicio de su dispensación desde el hospital

METODOLOGÍA

Estudio observacional y multicéntrico de pacientes de centros sociosanitarios en tratamiento con NE dispensada desde el servicio de Farmacia. Variables analizadas: edad, sexo, patología motivo de prescripción, estado nutricional, tipo de fórmula, uso como suplemento o dieta completa y vía de administración. Se calcularon las diferencias de costes según su dispensación en oficina de farmacia u hospital, y teniendo en cuenta la comodidad para los pacientes del transporte de NE desde el hospital

RESULTADOS

De 371 residentes de 4 centros, el 8%(30) recibían NE. La media de edad fue 82, y un 66,6%(20) eran mujeres. La patología motivo de prescripción más frecuente fueron los trastornos neurológicos degenerativos en el 60%(18), seguido de accidentes cerebrovasculares en un 26,6%(8), y otros en un 13,3%(4). Respecto al estado nutricional, un 40%(12) presentaban malnutrición leve, y un 20%(6) severa. El tipo de fórmula mayoritaria fue normoproteica hipercalórica con fibra en un 36,6%(11), seguido de hiperproteica hipercalórica con fibra en un 16,6%(5), hiperproteica hipercalórica en un 13,3%(4), normoproteica normocalórica con fibra en 10%(3), hiperproteica normocalórica para síndromes hiperglucémicos en un 10%(3), y otros en un 13,3%(4). En el 63,3%(19), fue suplementaria al aporte nutricional, y en el resto con un 36,6%(11) como dieta completa. Por último, respecto a la vía de administración, en el 63,33%(19) era vía oral, mientras que en el 23,33%(7) por sonda de gastrostomía percutánea (PEG) y en el 13,33%(4) por sonda nasogástrica. El impacto económico hubiera sido 162.526€ desde la oficina de farmacia. En cambio, la dispensación desde la farmacia hospitalaria ha supuesto un impacto de 50.471€, con un ahorro de 112.055€ y una media de 3.735€ por paciente

CONCLUSIONES

La NE más usada es normoproteica hipercalórica con fibra como suplemento oral. La patología motivo de prescripción más frecuente fueron las alteraciones neurológicas degenerativas. La dispensación de NE a pacientes institucionalizados desde la Farmacia Hospitalaria supone un incremento en la carga asistencial en beneficio del sistema sanitario y de los pacientes

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 641

TÍTULO. ESTANDARIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE URGENCIAS

Autores: FERNANDEZ MUR AC, DOMINGUEZ SANZ B, MARTELES CASAJUS S, BERNAL JULIAN D, MIGUEL GIMENO MC, FRANCO CASAL AC, LOPEZ ALBA C, AMORES ARRIAGA B

FERNANDEZ MUR ANA CRISTINA . H CLINICO UNIVERSITARIO . URGENCIAS

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Aplicar proceso enfermero, mediante las taxonomías NNN (NANDA I, NOC, NIC), en las urgencias hospitalarias.

METODOLOGÍA

1.- Formación de grupos de trabajo.

2.- Realización de talleres de metodología de trabajo de enfermería incluyendo el manejo de los libros NANDA I, NOC, NIC.

3.- Desarrollo de la estandarización de los cuidados con el uso de las Taxonomías NANADA, NOC, NIC.

4.- Incorporación en la aplicación informática Puesto Clínico Hospitalario (PCH), de una pestaña donde se pueda dejar registro, de las intervenciones y actividades realizadas con el paciente. Dichas intervenciones y actividades se derivarán de: diagnósticos de enfermería (DxE) reales, con sus características definitorias (NANDA I), y los resultados (NOC); DxE potenciales, con los factores de riesgo (NANDA I), y los resultados (NOC); de las complicaciones potenciales/problemas de colaboración derivados de la patología del paciente y del tratamiento aplicado; de los protocolos derivados de los cuidados de los dispositivos (catéter venoso periférico, catéter urinario, sonda nasogástrica...) y de las técnicas aplicadas: ECG, monitorización, analítica...

5.- Formación a la plantilla de la unidad en proceso enfermero y explicación del uso específico en la unidad, mediante la herramienta informática, a través de talleres teórico-prácticos.

6.- Implantación de la estandarización en PCH por parte del servicio de informática y actualización del informe de continuidad de cuidados a la salida de la unidad incluyendo la planificación de cuidados.

7.- Implementación con el apoyo en la unidad del grupo de trabajo implicado en el proyecto

RESULTADOS

Creación, aplicación e implementación de un registro estandarizado, en la historia clínica informatizada (PCH), de los cuidados de enfermería en el área de urgencias., para hacerlos visibles y facilitar la continuidad de los cuidados cuando el paciente ingresa en otra unidad.

CONCLUSIONES

Está sobradamente demostrado que el empleo del proceso enfermero en cualquier área implica una garantía científica, profesional y de calidad, que beneficia por encima de todo a nuestros pacientes

Las particulares características que acompañan a las asistencias con carácter de urgencia y/o emergencia nos obligan a adaptar el proceso enfermero a este campo.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 491

TÍTULO. ESTUDIO UNICÉNTRICO DE ANÁLISIS DE SATISFACCIÓN Y PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE ONCOLÓGICO AMBULATORIO

Autores: GALAN CERRATO N, PUERTOLAS TENA I, CALLEJO PEREZ A, NAVARRO JULVEZ OP, TORRES SAIZ A, PALOMERA BERNAL L, ISLA CASADO D, SALVADOR GÓMEZ T

GALAN CERRATO NIEVES. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA MEDICA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

En los últimos años, la incidencia del cáncer en España ha sufrido un incremento progresivo, alcanzando una tasa estandarizada por edad de 215.5 casos por 100.000 habitantes/año. Consecuentemente el número de pacientes atendidos en el Hospital de Día, así como el número de tratamientos citostáticos y medicamentos biológicos intravenosos administrados, ha aumentado de forma exponencial.

Objetivos.

- Evaluación del grado de satisfacción del paciente respecto a su trato médico, cuidados de enfermería e instalaciones del Hospital de Día.
- Evaluación de la percepción de seguridad del paciente del proceso de prescripción y administración de su tratamiento.
- Propuesta de mejoras asistenciales

METODOLOGÍA

Estudio prospectivo y unicéntrico, realizado de febrero a mayo de 2016 (3 meses de duración). Primera fase de difusión multidisciplinar del proyecto (enero 2016) y una segunda fase de divulgación de resultados al personal del equipo multidisciplinar (junio 2016) con propuesta de mejoras del sistema.

Criterios de inclusión: pacientes oncológicos elegidos al azar que recibieron tratamiento endovenoso de forma ambulatoria en el Hospital de Día del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

Metodología: Se entregó a cada paciente un cuestionario validado para la evaluación del grado de satisfacción del paciente oncológico ambulatorio (OUT-PATSAT 35 CT). En caso de que se hubiera producido alguna incidencia, el paciente lo describía en un apartado del cuestionario y completaba 8 preguntas adicionales sobre la percepción de seguridad de la atención sanitaria en el ámbito hospitalario (cuestionario de percepción de seguridad del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de 2010).

Los pacientes cumplimentaron los formularios de forma anónima depositándolos en un buzón habilitado para ello.

RESULTADOS

Resultados. Se entregaron un total de 80 cuestionarios a pacientes oncológicos ambulatorios. Actualmente el proyecto se encuentra en proceso de análisis. Resultados pendientes.

Consideraciones éticas. Este proyecto fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (2/12/2015)

CONCLUSIONES

El planteamiento de mejoras en la calidad asistencial, viene dado en parte por la valoración que el propio paciente oncológico tiene de todo el proceso que rodea su atención, desde la consulta con su oncólogo médico hasta la administración del tratamiento citostático.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 113

TÍTULO. MEJORA DE LA CONFIDENCIALIDAD EN UN SERVICIO DE PSIQUIATRÍA

Autores: IRIGOYEN RECALDE I, VILLAS PEREZ E, GRACIA GARCIA P, BARRERA FRANCES A, PEREZ CAMO

IRIGOYEN RECALDE ISABEL . H CLINICO UNIVERSITARIO . PSIQUIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La confidencialidad es un principio básico y común de la práctica médica, de especial relevancia en lo que atañe a la Salud Mental puesto que es en este ámbito donde los pacientes confían a los profesionales datos especialmente sensibles concernientes a su vida personal. El objetivo del trabajo actual es mejorar la práctica clínica diaria respecto a la confidencialidad mediante la creación y aplicación de un programa de calidad estructurado que a su vez sea extrapolable a otras especialidades médicas.

METODOLOGÍA

El grupo de trabajo diseñó la intervención y administró una entrevista a miembros de todas las categorías profesionales componentes de un Servicio de Psiquiatría. Se realizó el análisis descriptivo de las respuestas y se seleccionaron puntos débiles en la protección de la confidencialidad de los pacientes. Se desarrolló un plan de acción, incluyendo medidas y acciones concretas y factibles para su mejora. En una segunda fase se estudió y cuantificó el impacto del programa.

RESULTADOS

Participaron un total de 40 profesionales. 25% admitieron haber llevado a cabo acciones de riesgo en la salvaguarda de la información confidencial. En base a los déficits detectados y a las propuestas de mejora, creamos y aplicamos un plan de acción. El 53,6% de los profesionales participantes en la fase de reevaluación reconocía haber realizado cambios en su práctica diaria para mejorar la confidencialidad tras la aplicación del programa.

CONCLUSIONES

Presentamos un trabajo de mejora de la confidencialidad práctico, fácilmente reproducible y de demostrada eficacia. Ésta es una de las escasas investigaciones existentes en esta materia (más aún en nuestro país) y prácticamente única en sus características (obtiene información de los profesionales, desarrolla un plan de acción...) y cuya difusión a otros centros y especialidades consideramos necesario, útil y factible.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 472

TÍTULO. PROTOCOLO DE IDENTIFICACION DE FARMACOS FOTOSENSIBLES EN LA GUIA DE UN HOSPITAL

Autores: LOPEZ CANO JJ, LARRODE LECIÑENA I, NAVARRO PARDO I, OLIER MARTINEZ MP, GALINDO ALLUEVA M, PINILLA RELLO A, COMET BERNARD M, ABADSAZATORNIL MR

LOPEZ CANO JOSE JAVIER . H CLINICO UNIVERSITARIO . FARMACIA HOSPITALARIA (FH)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Realizar una revisión de la literatura para identificar fármacos fotosensibles que figuran en la guía farmacoterapéutica (GFT) de un hospital y no identificados como tal.

Elaborar un listado de fármacos fotosensibles actualizado, describir las principales propiedades y características cruciales para su correcto uso y almacenamiento, así como difundirlo por el hospital (publicarlo en la plataforma online y elaborar un cartel informativo para cada control de enfermería).

METODOLOGÍA

La luz es un factor determinante que puede modificar las características físicoquímicas de diferentes preparaciones farmacéuticas. Dicha modificación no siempre supone una pérdida de eficacia de los mismos, pero en muchas ocasiones tiende a confundir a los profesionales sanitarios.

Se realizó una revisión de los fármacos fotosensibles disponibles en la GFT, partir de distintas guías, fichas técnicas de los medicamentos, sospechas según la experiencia clínica, información proporcionada por el laboratorio y consulta en diferentes artículos de PubMed, .

Se elaboró un lista en formato Excel® que incluía los fármacos fotosensibles presentes en la GFT y se describió la actuación recomendada para prevenir problemas de estabilidad con los mismos.

RESULTADOS

Se describió el principio activo, nombre comercial, forma farmacéutica, y observaciones especiales en cuanto a la estabilidad de los diferentes medicamentos.

En una amplia variedad de casos se estableció una relación entre la fotosensibilidad del medicamento en su forma original y una vez reconstituido o re-formulado. De un total de 167 fármacos identificados, el 79.64% (133 fármacos) eran de administración parenteral, del 47.90% (80 fármacos) no se disponía de información adicional en cuanto a modificaciones en el aspecto o conservación. A su vez, el 16.16 % (27 fármacos) del total, fueron medicamentos de administración oral, el 13.77% (23 fármacos) debían desecharse si experimentaban un cambio en el aspecto, el 13.17% (22 fármacos) eran estables tras 24-48 horas expuestos a la luz y a temperatura ambiente y el 2.39% (4 fármacos) no experimentaban pérdida de actividad tras un cambio de su aspecto. Finalmente, se elaboraron etiquetas informativas para identificar dichos medicamentos.

CONCLUSIONES

Este trabajo pretende facilitar la actuación ante problemas de estabilidad y disminuir la incidencia de efectos adversos y/o errores que puedan derivar por problemas relacionados con la estabilidad lumínica de los diferentes fármacos fotosensibles de la GFT.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 256

TÍTULO. ESTRATEGIA DE MEJORA DE CALIDAD EN ESCUELA DE ESPALDA EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autores: MARTINEZ GONZALEZ A, VILLARREAL SALCEDO I, MORENO DIAZ J, GARCIA ALVAREZ E, AZUARA LAGUIA JL

MARTINEZ GONZALEZ ANA . H CLINICO UNIVERSITARIO . MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La Escuela de Espalda (EE), es un método de enseñanza de ejercicios y actividades para la prevención de recaídas de dolor lumbar y aprendizaje del manejo del dolor crónico. El objetivo de este trabajo es realizar una mejora en la información aportada al paciente y evaluar la satisfacción y adherencia al tratamiento de EE. Analizaremos la mejoría clínica y funcional de los pacientes incluidos en tratamiento

METODOLOGÍA

Como mejora de la información, se ha realizado un tríptico informativo que se entrega a todos los pacientes que van a realizar EE. Además, se ha cambiado el formato de presentación del contenido teórico del mismo.

Se ha seleccionado una muestra inicial de 151 pacientes que cumplían los criterios de inclusión. A todos los pacientes se les realizó una anamnesis y exploración física inicial, valoración de la intensidad del dolor mediante la Escala Visual Analógica (EVA) y discapacidad con la escala Oswestry. Estos pacientes, fueron aleatorizados en grupos (casos-controles). En ambos grupos se vuelve a repetir las mediciones a los dos meses.

Todos los pacientes que finalizaron el tratamiento cumplieron una encuesta de satisfacción y adherencia al tratamiento en la revisión habitual

RESULTADOS

Se ha utilizado el programa estadístico SPSS versión 20.0. La muestra final se distribuye entre grupo control, integrado por 53 personas (47,7%) y un grupo tratamiento con 58 personas (52,3%). LA edad media global es de $49,75 \pm 12,89$ años.

La EVA en el grupo control fue de 47 inicial, 40,7 final con un porcentaje de mejoría de 13,2%. En el grupo tratamiento la EVA fue de 46 inicial, 20,9 final con una reducción del dolor del 54,56% $p < 0,05$.

El Oswestry en el grupo control fue de 29,82 inicial y final de 25,17 siendo la reducción del 15,59%. En el grupo tratamiento el Oswestry inicial es 27,83 y el final es de 15,18 con una reducción del 45,45% con una $p < 0,05$.

Todos los pacientes dieron puntuaciones mayores o iguales a 7 al valorar el contenido teórico-práctico, profesorado, instalaciones y medios y los conocimientos adquiridos.

El 76,9% de los pacientes considera la EE necesaria y el 86,7% la recomendaría a otras personas con lumbalgia. EL 80,8% son capaces de controlar su dolor lumbar para realizar sus AVD y su actividad laboral

CONCLUSIONES

Dado los resultados obtenidos, consideramos que la EE disminuye el dolor, mejora el estado clínico y funcional de los pacientes y la adherencia al mismo es adecuada. Así mismo, los pacientes puntúan de manera satisfactoria el contenido del mismo

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 257

TÍTULO. APLICACIÓN MÓVIL Y LM. ALGORITMO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO EN LA SOSPECHA DE LM AGUDA TRAUMÁTICA EN UN Sº DE URGENCIAS

Autores: MARTINEZ GONZALEZ A, MORENO DIAZ J, VILLARREAL SALCEDO I

MARTINEZ GONZALEZ AÇ . H CLINICO UNIVERSITARIO . MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La Lesión Medular (LM) se define como todo proceso patológico, de cualquier etiología, que afecta a la médula espinal y origina una alteración temporal o permanente de las funciones sensitiva, motora o autónoma.

El objetivo de este trabajo es facilitar la toma de decisiones a los facultativos encargados de la atención inicial en Servicios de Urgencias en pacientes con LMAT (Lesión Medular Aguda Traumática). Para ello, proponemos un algoritmo de manejo diagnóstico y terapéutico que estará disponible a través de una APP para móviles y dispositivos electrónicos. Esta APP ha iniciado su funcionamiento en Noviembre de 2015

METODOLOGÍA

El desarrollo del algoritmo de manejo de la LMAT forma parte de uno de los múltiples temas que conforman la APP. Esta aplicación estará disponible en teléfonos móviles y dispositivos electrónicos, con posibilidad de descarga de tablas, imágenes u otros algoritmos de otros temas que nos interesen. Además, al estar incluido dentro de un amplio listado de patologías permitirá tener rápido acceso a otros temas para hacer un diagnóstico diferencial eficaz.

Esta aplicación va a permitir el acceso a información actualizada de manera rápida y va a ayudar en la toma de decisiones terapéuticas de la patología más prevalente en un Servicio de Urgencias.

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sobre el tema a estudio obteniendo las fuentes necesarias para el desarrollo del presente algoritmo de decisiones.

El algoritmo está incluido dentro del tema de LMAT desarrollado para la APP

RESULTADOS

Para el manejo del algoritmo, sólo se tienen en cuenta pacientes con antecedente traumático con sospecha de lesión medular. Se descartan aquellos casos cuya etiología no sea traumática.

Se realiza un algoritmo en el que se expone el resumen y consenso de las actuaciones recomendadas ante una sospecha de LMAT.

CONCLUSIONES

Debido a la gran incidencia de esta patología y el gran impacto económico, sanitario, laboral y social que supone la LMAT, creemos necesario la unificación de criterios diagnósticos y acciones terapéuticas para mejorar el manejo de esta patología, así como facilitar la toma de decisiones.

La utilización del algoritmo mediante el uso de la APP va a permitir un rápido acceso a información minimizando así las complicaciones derivadas de esta patología.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 437

TÍTULO. ANÁLISIS DE CUATRO AÑOS DEL FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN EN HEMATOLOGÍA EN EL HCU LOZANO BLESA

Autores: MARTINEZ LAZARO B, ALONSO C, IZUZQUIZA M, CALLEN L, MAYOR LA, DOURDIL MV, GAVIN O, PALOMERA L

MARTINEZ LAZARO BEATRIZ . H CLINICO UNIVERSITARIO . HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La demanda de consulta de atención especializada (AE) de Hematología de primer día estaba aumentando, con un empeoramiento de la demora media prospectiva. Con el objeto de mejorar la gestión e índices de funcionamiento de esta consulta, en Febrero de 2011 se implantó una consulta de acto único de alta resolución en Hematología (CHAR).

METODOLOGÍA

Presentamos los datos de cuatro años de funcionamiento así como la mejora de la relación con Atención Primaria (AP). Se realizan revisiones semanales de todas las peticiones de consulta y se dividen en aquellas que requieren valoración presencial y en no presenciales. Consultas no presenciales: valorado el grado de complejidad, se consultan resultados analíticos en el archivo histórico de manera única ó ampliando algún tipo de estudio; emitiendo un informe, sin necesidad de que el paciente acuda a la consulta. Se han valorado cuatro años de funcionamiento de la CHAR.

RESULTADOS

Por este procedimiento se ha atendido a 5816 pacientes. 70,6% procedentes de AP y 29,4% de AE. Se ha citado en consulta presencial al 28,8% y por la CHAR hemos atendido un 71,2% del total de pacientes. De éstos, un 72% se han resuelto en un acto único no presencial y a un 28% se les ha solicitado algún tipo de prueba complementaria adicional quedando citados de forma presencial para valoración definitiva. Un 30,5% de estos pacientes fueron dados de alta. Esto supone que 3338 pacientes (57,4%) se han solucionado por este procedimiento. Las patologías que con más frecuencia se han enviado a consulta son: alteraciones de la hemostasia (18,5%), sobrecarga férrica (13,3%), trombocitopenias (9,4%), gammapatías monoclonales de significado incierto (GMSI) (7,2%), poliglobulias (6,5%) y anemias (12,8%). La demora media prospectiva ha descendido a 4,8 días en 2014 y la ratio sucesivas/primeras visitas 3,1 en cuatro años de implantación. Se ha mejorado la relación con AP, implantando protocolos de derivación de anemias carenciales y en un futuro inmediato de sobrecarga férrica y GMSI. Se estima que se ha ahorrado en cuatro años 1.011.979 aplicando tarifas del SALUD y 825.032 con tarifas de Osakidetza.

CONCLUSIONES

: Con la implantación de la CHAR, se han evitado consultas, duplicación de pruebas complementarias y desplazamientos innecesarios, obteniendo un importante ahorro y mejora de la calidad asistencial. Se ha objetivado rapidez de respuestas con 100% de informes enviados. Se ha mejorado la relación con AP y se está avanzando con la puesta en marcha próximamente de una CHAR informática on-line.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 452

TÍTULO. ADECUACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE TRANSFUSIÓN DE PLAQUETAS EN EL HCU LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

Autores: MARTINEZ LAZARO B, ALONSO C, IZUZQUIZA M, MOZOTA J, MORENO JA, COMISION DE TRANSFUSIONES

MARTINEZ LAZARO BEATRIZ . H CLINICO UNIVERSITARIO . HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Determinar el grado de adecuación a las recomendaciones de práctica clínica de la Guía 2015 sobre Transfusión de Componentes Sanguíneos (SETS), de los procedimientos de transfusión de plaquetas indicados en el HCUZ durante el año 2015.

METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo transversal. Fuente: revisión de historias clínicas en Archivo. Población a estudio: pacientes mayores de 18 años, a los que se les realizó una transfusión de plaquetas entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre de 2015. Criterios de evaluación: protocolo elaborado por la Comisión de Transfusiones del HCU para medir la adecuación de las transfusiones que se realizan en el hospital a las recomendaciones de práctica clínica de la "Guía sobre la Transfusión de Componentes Sanguíneos y Derivados Plasmáticos". Criterio 1: Indicación de transfusión profiláctica ($10 \times 10^9/L$ en paciente adulto estable con trombopenia aguda; $20 \times 10^9/L$ en paciente pediátrico estable con trombopenia aguda y $5 \times 10^9/L$ en paciente adulto estable con trombopenia crónica) y de transfusión terapéutica en paciente con alteración cualitativa y/o cuantitativa de plaquetas y hemorragia atribuible a ella ($50 \times 10^9/L$ con hemorragia grave). Criterio 2: el número de unidades a transfundir será una dosis terapéutica.

Se estudiaron edad, sexo, servicio que indicó la transfusión y donde se llevó a cabo, diagnóstico principal, cifra de plaquetas pretransfusional y consentimiento informado. Se realizó un análisis descriptivo mediante el test estadístico Chi-cuadrado, determinando intervalos de confianza del 95%.

RESULTADOS

Mediante un muestreo aleatorio simple sobre una muestra de 110 pacientes se seleccionaron 83, 55 hombres y 28 mujeres, con una mediana de edad de 67 años.

Un 48% de las transfusiones fueron solicitadas por el Servicio de Hematología y un 23% por UCI.

El porcentaje de transfusiones de plaquetas con adecuado cumplimiento del criterio 1 (indicación) fue 84% y del criterio 2 (unidades transfundidas) fue 87%.

En el 84,5% de los pacientes transfundidos existía una copia de la solicitud de transfusión en la Historia Clínica y en el 38% de los pacientes estudiados existía el Consentimiento Informado.

CONCLUSIONES

El 84% de las transfusiones de plaquetas cumplen los dos criterios del protocolo. Un 4,8% de las transfusiones cumplen el primer criterio pero no el segundo.

No se hallaron diferencias entre el cumplimiento de la adecuación y edad, sexo, momento de la transfusión ni el servicio prescriptor.

Es necesario hacer hincapié en la importancia de la correcta cumplimentación del Consentimiento Informado.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 100

TÍTULO. LA ADICCIÓN ES UN TRASTORNO CRÓNICO PERO LA CONDUCTA SE ADQUIERE Y, POR TANTO, ES MODIFICABLE

Autores: MODREGO AZNAR M, MAGDALENA BELIO J

MODREGO AZNAR MFABIOLA . H CLINICO UNIVERSITARIO . PSIQUIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Conocer el consumo de sustancias tóxicas en pacientes con tratamiento antipsicótico inyectable, en una consulta de Salud Mental, para facilitar tratamiento.

METODOLOGÍA

estudio fue descriptivo, concretamente observacional trasversal. La población seleccionada la constituyeron 128 pacientes ambulatorios que aceptaron participar. Se les preguntó por el consumo de tóxicos y se les invitó a recoger una muestra de orina para enviar a Toxicología. En cada consulta para aplicar el tratamiento inyectable, se realizó intervención terapéutica de motivación para lograr y mantener la abstinencia.

RESULTADOS

Se confirma la hipótesis de la alta frecuencia de consumo de sustancias tóxicas en los pacientes con trastorno mental grave. Los pacientes del estudio presentaban como diagnóstico clínico: esquizofrenia (63,3%), delirio crónico (13,3%), trastorno esquizoafectivo (10,2%) y el 13,3% otros trastornos psicóticos. La distribución por sexo fue de 74 hombres (57,8%) y de 54 mujeres (42,2%). La edad media fue de $45 \pm 12,6$ años. El consumo de tabaco fue en hombres casi el doble que en mujeres (71,6% vs 38,9%), 74 pacientes del total (57,8%). Diariamente consumían alcohol 9 pacientes-hombres (7,31%). La proporción de mujeres que consumían cannabis (3,7%) vs hombres (13,5%) fue notablemente menor. Presentaron consumo de cocaína 4 pacientes-hombres (3,1%).

CONCLUSIONES

- 1.- Los hombres presentan mayor consumo de sustancias tóxicas que las mujeres, coincidiendo con la Encuesta Domiciliaria Española sobre Alcohol y otras Drogas, 2013/2014.
- 2.- Una intervención eficaz requiere una terapia individual, un enfoque integral y multidisciplinario que identifique y evalúe los trastornos existentes en los pacientes para ofrecer motivación y tratamiento.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 93

TÍTULO. NO HAY SALUD MENTAL NI CALIDAD DE VIDA SIN SALUD FÍSICA

Autores: MODREGO AZNAR MF, GRACIA GARCIA P, CORTINA LACAMBRA MT, QUINTANILLA LOPEZ MA, PALOMERO LOBERA MV, OLMEDILLAS ALVARO R

MODREGO AZNAR MARIA FABIOLA . H CLINICO UNIVERSITARIO . PSIQUIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- 1.- Evaluar la efectividad de un programa enfermero de salud física en pacientes con tratamiento antipsicótico inyectable.
- 2.- Determinar la prevalencia de SM (definiciones ATP III e IDF) al inicio del estudio con la última revisión metabólica, tras aplicar las intervenciones enfermeras.
- 3.- Valorar el compromiso de los pacientes con los diagnósticos enfermeros trabajados.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, transversal al inicio. Pasó a ser prospectivo longitudinal por las tres revisiones metabólicas anuales realizadas. Se estudiaron 128 pacientes que firmaron el consentimiento informado.

Los cuatro diagnósticos enfermeros NANDA prioritarios para trabajar con los pacientes fueron: Desequilibrio nutricional por exceso: ingesta superior a las necesidades, Estilo de vida sedentario, Mantenimiento ineficaz de la salud y Afrontamiento inefectivo. El plan de cuidados se desarrolló usando las taxonomías enfermeras NOC y NIC.

Los pacientes recibieron información para modificar su estilo de vida, con hábitos de vida saludable (higiene dietética y actividad física) y se acordó con cada uno de ellos las modificaciones a realizar. En las citas sucesivas se repasaron los acuerdos, motivando su cumplimiento.

RESULTADOS

Participaron 74 hombres (57,8%) y 54 mujeres (42,2%). Presentaban esquizofrenia (63,3%), delirio crónico persistente (13,3%), trastorno esquizoafectivo (10,2%) y otros trastornos psicóticos (13,3%).

El porcentaje de pacientes que presentaban SM disminuyó a lo largo de las tres revisiones metabólicas realizadas.

El desequilibrio nutricional en exceso triplicó el riesgo de SM en ambas definiciones. El estilo de vida sedentario incrementó en cuatro veces el riesgo de SM aplicando la definición ATP III.

Se realizaron 70 derivaciones de pacientes a Atención Primaria y Especializada por presentar alteraciones que precisaban tratamiento farmacológico.

CONCLUSIONES

- 1.- Los pacientes con tratamiento antipsicótico inyectable mostraron una prevalencia de síndrome metabólico elevada (45,3%) respecto a la población general española (Estudio DARIOS 2012, del 31%)
- 2.- A mayor compromiso de los pacientes en mantener hábitos nutricionales saludables, menor presencia de síndrome metabólico.
- 3.- A mayor compromiso de los pacientes en realizar ejercicio físico, menor frecuencia de síndrome metabólico.
- 4.- Las intervenciones enfermeras han facilitado el compromiso de los pacientes con su autocuidado y han ofrecido control y seguimiento de los parámetros que definen el síndrome metabólico. Se ha ofrecido una eficaz prevención secundaria y terciaria.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 94

TÍTULO. CÉNTRATE EN MEDIR LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE Y SU VIVENCIA. NUEVOS FÁRMACOS Y RESULTADOS EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS

Autores: MODREGO AZNAR MF, MAGDALENA BELIO J

MODREGO AZNAR MARIA FABIOLA . H CLINICO UNIVERSITARIO . PSIQUIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- 1.- Conocer los resultados de trabajar dos diagnósticos enfermeros NANDA específicos:
00001. Desequilibrio nutricional por exceso r/c ingesta superior a las necesidades m/p peso corporal elevado.
00059. Disfunción sexual r/c aumento de prolactinemia m/p dificultades para lograr la excitación sexual.
- 2.- Describir cómo se sienten los pacientes con el nuevo tratamiento antipsicótico de aripiprazol en formulación depot.
- 3.- Comparar la mejora objetiva de los parámetros antropométricos y sanguíneos tras el cambio de antipsicótico inyectable depot.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo. La población del estudio la constituyeron 9 pacientes (4 mujeres y 5 hombres), que acudían a la consulta enfermera de salud mental y que llevaban más de seis meses recibiendo la aplicación inyectable de aripiprazol de liberación prologada.

Se realizó una entrevista personal con una sola pregunta abierta, se midió con una escala Likert el resultado logrado (Nunca demostrado, Raramente demostrado, A veces demostrado, Frecuentemente demostrado, Siempre demostrado). Se revisaron los parámetros físicos (peso, índice de masa corporal, tensión arterial, perímetro abdominal) y analítica sanguínea (bioquímica y hormonas (prolactina)). Las variables dependientes fueron la percepción de bienestar, la percepción de eficacia del tratamiento y la reducción objetiva de peso corporal y niveles de prolactinemia.

RESULTADOS

Los resultados mostraron un aumento del bienestar percibido por los pacientes, pérdida de peso en 4 pacientes y reducción de los niveles de prolactinemia en 2 de ellos.

La entrevista muestra la satisfacción de los pacientes con el tratamiento inyectable de aripiprazol: "Estoy mucho mejor", "Estoy fenomenal, he perdido 8 kilos!", "Estoy más despejado", "Estoy más activo", "Estupenda, sin mareos; vaya veranito que he pasado", "Muy bien, muy bien, protesto menos", "¡Estoy perdiendo peso, me he comprado ropa nueva con dos tallas menos!", "Voy funcionando, voy funcionando", "Estoy muy bien, menos deprimido".

CONCLUSIONES

- 1.- La mejoría de los parámetros de salud, peso y prolactinemia, ha sido significativa a los seis meses de tratamiento.
- 2.- Es posible mejorar los efectos adversos de la terapia medicamentosa aplicando la menos nociva.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 292

TÍTULO. PLAN DE MEJORA DE LA ADECUACIÓN DE LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA

Autores: MOZOTA DUARTE J, LASIERRA SANROMAN JM, ELIA GUEDEA M, BUISAN BARDAJI JM, PEREZ HIRALDO P, CALATAYUD PEREZ J, ROYO LOPEZ J, PEREZ ARBEJ JA

MOZOTA DUARTE JULIAN . H CLINICO UNIVERSITARIO . UNIDAD DE CALIDAD

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Principal: Mejorar la adecuación de profilaxis antibiótica.

Secundarios: Medir la adecuación de profilaxis antibiótica, identificar las causas de inadecuación, corregir las desviaciones.

METODOLOGÍA

Planificación. En el contrato de gestión de los Servicios Quirúrgicos se añadió el siguiente objetivo: Prescribir profilaxis antibiótica quirúrgica de acuerdo a recomendaciones aprobadas en Comisión de Infecciones para cada procedimiento (indicación, dosis y duración).

Desarrollo:

Se establecieron dos indicadores para dicho objetivo:

- Enviar a Unidad de Calidad: documento electrónico con las 10 primeras intervenciones quirúrgicas de septiembre, noviembre y diciembre con siguientes datos: servicio, NHC, procedimiento, Antibiótico prescrito (nombre, dosis y duración), Adecuación profilaxis, dosis y duración (Sí/No).
- % de Intervenciones quirúrgicas con profilaxis prescrita de acuerdo a recomendaciones de la Comisión de Infecciones y Política Antibiótica.

Se elaboró un excell para que el responsable de calidad de cada servicio recogiera los resultados de las 10 intervenciones quirúrgicas por mes.

Verificación: Con la recogida de datos se calculó el valor de los indicadores y se analizaron las desviaciones.

Actuación: Una vez analizados los resultados se han implantado acciones para corregir las desviaciones.

RESULTADOS

Se recogieron datos de 210 intervenciones quirúrgicas.

Indicador 1: Enviar a Unidad de calidad documento electrónico con las diez primeras intervenciones quirúrgicas del mes.

Cumplimiento 100%

Indicador 2: % de intervenciones quirúrgicas con profilaxis prescrita de acuerdo a recomendaciones de la Comisión de Infecciones y Política Antibiótica.

Número de casos auditados: 210.

Adecuación de antibiótico: 84,9% (65-100%). Adecuación de dosis: 84,8% (10-100%). Adecuación de duración: 80,8% (0-100%).

Tras el análisis de las desviaciones se han realizado las siguientes acciones correctoras: feedback resultados (100% servicios), adecuación del protocolo de profilaxis quirúrgica (43% servicios), reuniones para recordar su protocolo de profilaxis: indicación, antibiótico, dosis y duración (29% servicios). Este año se ha puesto de nuevo el mismo objetivo en el Contrato de Gestión de los Servicios Quirúrgicos.

CONCLUSIONES

Muy buena aceptación y gran colaboración de los Servicios Quirúrgicos. Contrato de gestión y auditoría como herramienta de dinamización. Identificación de oportunidades de mejora: necesidad de adecuar los Protocolos, así como fomentar su seguimiento.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 613

TÍTULO. DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIBIÓTICOS (PROA) EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Autores: PAÑO PARDO JR, LUQUE P, ALLENDE MA, LETONA C, MOZOTA JD, SALVO S, RUIZ RUIZ FJ, GRUPO PROA

PAÑO PARDO JOSE RAMON . H CLINICO UNIVERSITARIO . MEDICINA INTERNA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Contexto: El uso de antibióticos conduce a la emergencia de resistencia a los mismos. En un contexto de creciente resistencia antimicrobiana y de escasa disponibilidad de nuevos fármacos es esencial optimizar su uso. La mejora del uso de antibióticos no ocurre de forma espontánea siendo necesario planificar, ejecutar, verificar y actuar (PDSA) actividades de mejora.

Objetivos: Describir el diseño de un PROA en un hospital terciario y su implementación durante el primer año.

METODOLOGÍA

Los procesos PROA se agruparon en dos categorías estratégicos -PE- (3) y operativos -PO- (5). Los PE fueron: a) Evaluación de prioridades, b) Planificación de actividades y c) Evaluación del impacto de las actividades. La responsabilidad de los PE fue del Grupo PROA (Grupo de Mejora de Calidad), equipo multidisciplinar con representación estratégica de los Servicios y de la Dirección del HCUZ. Los PO acordados fueron: a) Monitorización de consumo y resistencias, b) Elaboración y actualización de la Guía de Tratamiento Antimicrobiano (GTA) c) Identificación y actuación en eventos diana d) PROA en Servicios e) Docencia y comunicación.

RESULTADOS

En 2015 se constituyó y reconoció por la Dirección del HCUZ el un Grupo PROA con 18 profesionales. Se priorizaron las oportunidades de mejora identificadas en 20 objetivos. El grado de cumplimiento de objetivos fue 70% (total), 18% (parcial) y 12% (no cumplido). Respecto a los procesos operativos: Se realizó un informe anual de consumo de antibióticos y de evolución de las resistencias. Se presentó la GTA del hospital, disponible en varios formatos. Se puso en marcha la actividad PROA-bacteriemia (evento diana) priorizando en *S. aureus*, candidemia y bacteriemias en pacientes dados de alta. Se realizó una actividad PROA integral en el Servicio de Medicina Interna con un alto grado de aceptación por el Servicio (9/10) logrando disminución del consumo de carbapenemes, quinolonas y de la duración del tratamiento antibiótico. Estas dos últimas, como actividades de mejora de la calidad reconocidas por SALUD. Se organizó curso acreditado de antibioterapia (90 inscritos). Tras el análisis de resultados este año se han propuesto los siguientes objetivos: de organización (13), de implementación de política antibiótica (8), de monitorización de resultados (4) y de formación (2).

CONCLUSIONES

La mejora de la utilización de uso de antibióticos tiene múltiples facetas y requiere un abordaje multidisciplinar basado en procesos siendo necesario el apoyo institucional.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 379

TÍTULO. CALCULADORA ON-LINE DE ESPERANZA DE VIDA Y BIOPSIA PROSTÁTICA: HERRAMIENTA PARA OPTIMIZAR LAS OPCIONES TERAPEUTICAS

Autores: PEREZ ARBEJ JA, FABRA CARO J, CAPAPE POVES V, MATA ORUS M, CHAVEZ GUZMAN AI, ROBERTO ALCACES A, PLAZA ALONSO C, MATOS OROZCO O

PEREZ ARBEJ JOSE ANTONIO . H CLINICO UNIVERSITARIO . UROLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

SITUACION INICIAL:

Para la correcta indicación terapéutica en cáncer prostático se precisa conocer, de alguna manera, la esperanza de vida de cada paciente

Tras revisar la literatura se concluye que el Índice de comorbilidades mas usado es el de Charlson (J Chronic Dis 1987;40(5):373-383) y que el cálculo de esperanza de vida más "apropiado", para pacientes con cáncer de próstata, se realiza con el nomograma ideado en base a este índice por Waltz (J Clin Oncol 2007; 25:3576-3581), con el que se obtiene una correlación casi exacta para calcular la posibilidad de supervivencia a 10 años en varones mayores de 55 años

OBJETIVOS:

- Dotarnos de un sistema sencillo para hacer una estimación de la esperanza de vida de los pacientes sometidos a biopsia de próstata (BP)
- Ofrecer los tratamientos "agresivos" a aquellos con mayor expectativa de vida, mejorando la calidad asistencial de los mismos

METODOLOGÍA

-Se elaboró, en la Escuela de Ingeniería Informática de la Universidad de Zaragoza, una herramienta on-line mediante la cual se simplifica el uso de dicho índice y el nomograma de Waltz.

Los pacientes que no superan el nivel de corte del 70% tienen una probabilidad del 84% de NO vivir 10 años más

-Se incluyó el índice de Charlson en la ficha de recogida de datos de BP, incorporando así este ítem en la base de datos de BP, con lo que en el momento en que se conoce el resultado anatomopatológico se pueden completar los campos de "recomendaciones terapéuticas", ajustándolos no solo al estadio clínico sino también a la expectativa de vida de cada paciente

RESULTADOS

Utilizamos esta herramienta en los pacientes sometidos a BP en el S. de Urología del Hospital Lozano Blesa, desde el 1/1/2015 con los siguientes resultados:

- Se ha utilizado en 388 pacientes, lo que ha supuesto un 85,4% de todas las BP realizadas
- El 91,3% mostraron una esperanza de vida >10 años, pudiéndose planificar en estos los tratamientos mas agresivos, evitándolos en aquellos con mayores comorbilidades
- Hemos constatado que indicamos pocas BP en pacientes con pluripatologías y/o avanzada edad

CONCLUSIONES

- El uso de esta sencilla Calculadora de Esperanza de Vida nos ha permitido comprobar la calidad de nuestras indicaciones para realizar BP, que se ajustan de manera adecuada a la relación edad-comorbilidades de la mayoría de los pacientes
- Podemos indicar las opciones terapéuticas para el cáncer de próstata de manera personalizada para cada paciente, mejorándose así la calidad asistencial.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 487

TÍTULO. PROYECTO DE TRAZABILIDAD EN EL USO SEGURO DE CITOSTÁTICOS Y MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS

Autores: PUERTOLAS TENA I, GALAN CERRATO N, ALCACERA LOPEZ MA, SALVADOR GOMEZ T, ISLA CASADO D, NAVARRO JULVEZ OP, TORRES SAIZ A, PALOMERA BERNAL L

PUERTOLAS TENA ISABEL . H CLINICO UNIVERSITARIO . FARMACIA HOSPITALARIA (FH)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

En los últimos años, se ha observado un aumento exponencial del número de tratamientos citostáticos y medicamentos biológicos intravenosos administrados en el hospital de día. La correcta gestión del proceso y la trazabilidad de dichos fármacos son fundamentales para maximizar la seguridad del paciente y personal sanitario involucrado en el circuito.

Objetivos:

- Registro prospectivo de EM potenciales y reales producidos en el sistema de prescripción-preparación-administración de citostáticos y medicamentos biológicos.
- Evaluación de los EM a través de indicadores de calidad.
- Analizar el flujo de procesos, evaluar los resultados del estudio y aplicar medidas de mejora del circuito.

METODOLOGÍA

Metodología. Estudio prospectivo, unicéntrico, multidisciplinar realizado en 3 fases

- Difusión del proyecto al equipo multidisciplinar: oncólogos, farmacéuticos, personal de enfermería y auxiliar de los Servicios de Farmacia y Hospital de Día (diciembre de 2015).
- 1ª Fase: Registro de EM (febrero-mayo 2016)
 - o Registro anónimo de EM potenciales y reales asociados a la prescripción, preparación y administración de citostáticos y medicamentos biológicos. Se utilizará para dicho fin el cuestionario validado (Gramage Caro et al).
 - o Cualquier persona implicada en el proceso y formada en el procedimiento de recogida de datos podrá realizar dicho registro.
- 2ª Fase: Análisis de EM (en curso)
 - o Evaluación del sistema mediante indicadores de calidad: Cálculo de la relación porcentual de EM respecto a las oportunidades de error de cada proceso. (Font Noguera I et al)
- 3ª Fase: Implantación de medidas correctivas (pendiente calendario).
 - o Propuesta de incorporación de medidas correctivas y estudio de implantación de una nueva herramienta informática de uso multidisciplinar que mejore la seguridad y trazabilidad del sistema.

RESULTADOS

Resultados. Se registraron un total de 33 EM (14 de prescripción, 13 de preparación y 6 de administración). Actualmente en proceso de análisis.

Difusión de resultados del primer análisis al equipo multidisciplinar a través de sesión clínica (junio de 2016).

Consideraciones éticas.

Proyecto aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (2/12/ 2015)

CONCLUSIONES

Un estudio del sistema actual de gestión y trazabilidad de citostáticos y medicamentos biológicos ayuda a conocer los puntos débiles del circuito, para posteriormente aplicar medidas de mejora que minimicen los errores de medicación (EM) aumentando la seguridad del paciente y del personal sanitario.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 192

TÍTULO. ANÁLISIS Y OPTIMIZACIÓN DE LA DERIVACIÓN A CONSULTAS DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO II

Autores: QUINTANILLA LOPEZ MA, GRACIA GARCIA P, PALOMERO MV, VILLAS E, PEDROSA S, SALAS A, MODREGO F, PEREZ CAMO V

QUINTANILLA LOPEZ MIGUEL ANGEL . H CLINICO UNIVERSITARIO . PSIQUIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Analizar datos de demanda global por Zona Básica de Salud (ZBS). Analizar las características de las derivaciones. Comparar la concordancia de la información clínica del Médico de Atención Primaria y la respuesta del Especialista en Psiquiatría.

METODOLOGÍA

Evaluar la demanda por Zona Básica de Salud en el periodo de enero-septiembre 2015. Revisión exhaustiva de los volantes de derivación, durante un mes, analizando: 1) Ajuste a criterios de derivación 2) Grado de cumplimentación de la información relevante referente a antecedentes, síntomas actuales, tratamiento actual y evolución de los síntomas. 3) Concordancia de datos clínico-diagnósticos entre el Médico de Atención Primaria y el psiquiatra tras su valoración.

RESULTADOS

El total de derivaciones en el periodo de evaluación: enero-septiembre 2015 fueron de 1045.

Para el estudio de la información contenida en los volantes analizamos el total de derivaciones durante el mes de mayo 2015 (n=116): 1) 11 volantes (9,7%) no cumplían criterios para atención especializada; 2) presencia de los principales ítems: antecedentes psiquiátricos: 39 (35,5%), antecedentes médicos: 25 (22,7%), síntomas actuales: 80 (72,7%), tratamiento farmacológico: 38 (34,5%); 3) la concordancia diagnóstica se encuentra en un rango 18-72%, variable según distintas categorías sindrómicas. El mayor grado de concordancia es para los Trastornos de Adaptación, el menor grado es para los Trastornos de Personalidad

CONCLUSIONES

El análisis de la demanda por ZBS nos ha permitido comprobar que se distribuye en una proporción similar a la de la población de referencia. La mayoría de las derivaciones cumplen los criterios de remisión a atención especializada. Se podría mejorar el grado de cumplimentación de los volantes ya que, aunque en la mayoría de los volantes de derivación se incluye información de los síntomas presentados por el paciente, en menos de un tercio se incluye información respecto a antecedentes médicos, antecedentes psiquiátricos o tratamiento psicofarmacológico activo.

La concordancia diagnóstica es variable. Cabe destacar, por su elevada frecuencia en el ámbito de Primaria, la de los síndromes de ansiedad, depresión (33-37,8%).

Resulta conveniente el establecimiento de programas de Enlace con los Centros de Salud. Los médicos de Atención Primaria demandan habitualmente formación en el campo de la salud mental y mejoras en los canales de comunicación y coordinación.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 468

TÍTULO. ADECUACIÓN DE LA TROMBOPROFILAXIS EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO

Autores: RUBIO SANCHEZ P, MOZOTA DUARTE J, GONZALVO LIARTE C, CASCAN HERREROS MP

RUBIO SANCHEZ PATRICIA . H CLINICO UNIVERSITARIO . UNIDAD DE CALIDAD

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Identificar la adecuación de la profilaxis de enfermedad tromboembólica (ETE) en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Además, evaluar el manejo perioperatorio del tratamiento anticoagulante y antiagregante.

METODOLOGÍA

Se revisaron 113 historias clínicas de pacientes sometidos a cirugía con ingreso en los servicios de Cirugía General y Aparato Digestivo, Cirugía Ortopédica y Traumatología y Ginecología en el año 2015. Para valorar la necesidad de profilaxis se evaluó el riesgo trombótico de cada paciente según la escala Caprini y el riesgo hemorrágico según el tipo de cirugía. Se siguieron las recomendaciones de la guía American College of Chest Physicians (9th ed). Se consideraron criterios de adecuación la indicación de medidas mecánicas y HBPM, momento de inicio de HBPM, dosis utilizada y duración, así como la recomendación de movilización precoz tanto en el postoperatorio como al alta hospitalaria. Se evaluó la adecuación del manejo perioperatorio del tratamiento anticoagulante y antiagregante siguiendo el protocolo del Hospital Clínico.

RESULTADOS

La utilización de profilaxis mecánica fue adecuada en el 31,86%(23,27; 40,45) de los casos. La indicación de profilaxis con HBPM fue correcta en el 67,26%(58,60; 75,91) de los casos, inadecuada por defecto en un 30,09%(21,63; 38,55) de los pacientes y en un 2,65% por exceso; las dosis utilizadas fueron adecuadas en el 88,41%(80,85; 95,96) y la duración en el 38,71%(26,59; 50,83), siendo ésta insuficiente en el 33,87%(22,09; 45,65) de los casos. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los servicios quirúrgicos. El inicio de movilización precoz postoperatorio se indicó en las primeras 24 horas en un 20,35% de los pacientes y al alta en un 50,86%. Respecto a los pacientes en tratamiento con acenocumarol, todos ellos realizaron terapia puente pero en ningún caso se llevó a cabo correctamente. En el 81,25% de los pacientes en tratamiento antiagregante se hizo un correcto manejo previo a la cirugía pero sólo en el 18,75% se reinició correctamente tras la intervención.

CONCLUSIONES

Según los datos encontrados, son factores a mejorar la indicación de medidas mecánicas, la indicación de profilaxis con HBPM, la duración de la profilaxis, así como su registro en el informe de alta, una movilización más precoz tras la cirugía así como su recomendación al alta hospitalaria, y el manejo perioperatorio del tratamiento anticoagulante y antiagregante, con especial atención al reinicio postquirúrgico del mismo.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 193

TÍTULO. PROCESO DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN UN SERVICIO HOSPITALARIO (PROA-MI)

Autores: SANCHEZ FABRA D, PAÑO PARDO JR, ALLENDE BANDRES MA, OLIVERA GONZALEZ S, LETONA CARBAJO S, COMPAIRED TURLAN V, SERAL GARCIA C, RUIZ LAIGLESIA FJ

SANCHEZ FABRA DAVID . H CLINICO UNIVERSITARIO . MEDICINA INTERNA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Objetivo primario: mejorar el uso de antimicrobianos (AM) en el Servicio de Medicina Interna (SMI) del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (HCULB). Objetivos secundarios: implicar a los profesionales del SMI en la actividad de mejora y validar localmente una aproximación multidisciplinar de mejora del uso de AM que sea extrapolable a otros servicios.

METODOLOGÍA

Planificación: constitución del grupo de trabajo, evaluación y priorización de las necesidades (análisis de consumo, análisis transversal de tratamientos AM y encuesta a los médicos del SMI), diseño y planificación de las actividades. Actuación: implementación de las actividades de mejora (sesiones formativas, introducción del motivo de uso de antibióticos en el sistema de prescripción por los facultativos del SMI, asesorías no solicitadas sobre prescripciones estratégicas, feedback periódico en el SMI)

Verificación: Medida de los indicadores de prescripción y consumo comparando el cuarto trimestre de 2014 (pre-intervención) con el de 2015 (intervención).

Actuación: Análisis de los resultados de mejora e identificación de nuevas prioridades.

RESULTADOS

Las prioridades de actuación establecidas fueron: uso de carbapenems, quinolonas, y AM anti SARM, antifúngicos, terapia secuencial, desescalamiento según antibiograma, y duración del tratamiento AM. En los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2015 se realizaron 99 asesorías no solicitadas (24 ajustes de dosis, 68 terapias secuenciales, 7 duraciones de tratamiento), 8 sesiones docentes, un corte transversal sobre el uso de AM y una encuesta, ambos pre y post-intervención. La introducción del motivo de tratamiento en el sistema de prescripción fue del 78%. Se redujeron globalmente las Dosis Diarias Definidas /100 estancias (71,8 post intervención vs 78,1 pre intervención), Quinolonas (13,78 vs 20,2), Carbapenems (5,58 vs 8,89) y antiSARM (1,93 vs 3,26). Se redujo el consumo (importe /100 estancias 302,4€ vs 478,15€). La duración media del tratamiento AM fue menor (7,6 días post intervención vs 9,13 días pre intervención). La tasa de aceptación de recomendaciones fue de un 75%, y el grado de satisfacción con la actuación 8,87/10.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES: Una intervención multidisciplinar no impositiva en el SMI del HCULB (PROA-MI) ha demostrado disminuir el consumo global y de los grupos priorizados de AM, así como la duración media de los tratamientos, implicando a los profesionales del SMI en el proceso.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 242

TÍTULO. LA CADERA DE RIESGO AL NACIMIENTO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

Autores: SERAL B, NICOLAU FJ, EZQUERRA L, GROS S, VENTURA P, BUENO O, VALLE S, JIMENEZ B

SERAL BELEN . H CLINICO UNIVERSITARIO . CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El objetivo ha sido priorizar a todos los RN que con factores de riesgo o con exploración positiva, sean susceptibles de evaluación por el traumatólogo para iniciar un tratamiento precoz.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo de los recién nacidos que cumplen unos criterios de inclusión para ser enviados a la consulta de Traumatología infantil como cadera de riesgo: exploración neonatal de caderas y antecedentes. Dentro de la exploración neonatal, realizaremos una maniobra de Ortolani y Barlow. Dentro de los antecedentes, pensaremos en: Madre con intervención de DDC, Presentación en podálica/nalgas, Limitación para abducción de caderas.

RESULTADOS

Durante el 2015 se han detectado 20 recién nacidos con antecedentes ó exploración positiva de caderas. En dichos niños se ha dado una prioridad desde citaciones para incluirlos en consultas externas para nueva exploración a las 6 semanas, con Ecografía realizada. Prioridad que se ha ido cumpliendo durante la primera parte del año y que posteriormente se ha ido demorando durante los meses de verano con un retraso de media de 2 meses. Desde Atención primaria (Ejea, Gallur, María de Huerva) se han derivado a la consulta 3 recién nacidos con cadera de riesgo; el motivo de la consulta era asimetría de pliegues, y uno de ellos se trató de manera ortopédica con un sistema en abducción (cuna splint).

CONCLUSIONES

- La comunicación entre Pediatría Hospitalaria, atención primaria y Traumatología Infantil debe ser fluida.
- El desarrollo de la acción de mejora está avanzado con resultados parciales.
- Los meses de verano alteran la priorización del plan de mejora, con una demora en consultas de 2 meses de media.
- La displasia de la cadera debe diagnosticarse de manera precoz. Si se detecta después de los primeros 6 meses de vida puede llevar a un pronóstico desalentador y puede requerir una cirugía más compleja para reparar el problema.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL

Nº Reg. 293

TÍTULO. VIGILANCIA ACTIVA DE PACIENTES COLONIZADOS POR BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN UCIS (PROYECTO RZ)

Autores: SERAL C, ALGARATE S, BELLES A, BUENO J, SANCHEZ CM, JIMENEZ B, CASTILLO FJ

SERAL CRISTINA . H CLINICO UNIVERSITARIO . MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Vigilancia activa al ingreso y semanalmente de los pacientes críticos del HCU para investigar la colonización por bacterias multirresistentes de fácil diseminación horizontal (SARM, BLEE, PAMPC, CARBAPENEMASAS). Evaluación de las técnicas empleadas en el diagnóstico microbiológico.

METODOLOGÍA

Se implantó el programa el 1 de marzo de 2015. Se han procesado más de 2000 muestras hasta la fecha. Se ha realizado un primer análisis de los datos obtenidos en los primeros seis meses (1161 muestras de 193 pacientes analizados). A todos los pacientes que ingresaron en UCI y semanalmente durante su estancia se les recogió un triple hisopo (faríngeo, nasal, rectal), que se sembró en placas cromogénicas selectivas para detección de SARM (estafilococos resistentes a meticilina), BLEE/pAmpC (betalactamasas de espectro extendido/cefamicinasas plasmídicas) y carbapenemasas en enterobacterias y Pseudomonas. Se identificó el microorganismo mediante MaldiToF, se detectaron los mecanismos de resistencia y se caracterizaron mediante test fenotípicos y han sido archivados para caracterización genotípica y tipado molecular.

RESULTADOS

En los seis meses estudiados, los pacientes colonizados por SARM fueron el 7%, por Enterobacterias BLEE el 25,32%, por enterobacterias pAmpC el 0,25%, por enterobacterias con carbapenemasas el 1,3% y por Pseudomonas aeruginosa con carbapenemasas el 15,5%. El 75% de los pacientes colonizados por SARM lo estaban al ingreso en UCI y el 20% de ellos padecieron infección clínica por SARM. El 38% de los pacientes colonizados por BLEE lo estaban al ingreso en UCI y el 62% se colonizaron entre una y dos semanas después. El 10% de los pacientes colonizados por P. aeruginosa con carbapenemasas lo estaban al ingreso en UCI y el 73,26% se colonizaron entre una y tres semanas después. La sensibilidad de las técnicas empleadas en el laboratorio fue muy alta pero la especificidad de los medios de cultivos utilizados fue baja.

CONCLUSIONES

Este proyecto nos ha permitido identificar a los pacientes colonizados por bacterias multirresistentes lo que ha inducido medidas complementarias, como: a) adoptar medidas de aislamiento y, en su caso, descolonización, b) adecuación de tratamiento empírico en los que desarrollan infecciones, previo al resultado del estudio microbiológico, c) a más largo plazo podremos valorar el impacto real del proyecto en el estado de la resistencia bacteriana de los pacientes de UCI.