

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Reg	Presentador/a	Título de la Comunicación
279	ABENGOCHEA COTAINA BELEN	MEJORA DEL PROGRAMA DE VACUNACION INFANTIL EN CENTRO DE SALUD RURAL
249	AGON BANZO PEDRO JESUS	DISEÑO, CONSENSO E IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN NEONATAL AL HIJO DE MADRE DIABÉTICA EN EL HOSPITAL DE JACA
63	ALCAINE PARICIO ANA ISABEL	VALORACION E INTERVENCION DE LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN EL CENTRO DE SAUD DE CALACEITE.
401	ALQUEZAR FERNANDEZ MARTA	LA RELEVANCIA DE LA GESTIÓN DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA RESPIRATORIA
417	ALQUEZAR FERNANDEZ MARTA	RESULTADOS DE UNA UNIDAD DE TABAQUISMO NOVEL
285	ARNAL MEINHARDT ANTONIO JOSE	PIE DIABÉTICO: "CUIDANDO TUS PASOS"
336	BEN CHEIKH EL AAYUNI WAFA	EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA PRESCRIPCIÓN DE TIRAS REACTIVAS PARA EL AUTOANÁLISIS DE GLUCEMIA CAPILAR - SECTOR CALATAYUD
189	BERNAL MATILLA CRISTINA ISABEL	PERCEPCIÓN DEL CLIMA DE SEGURIDAD CLÍNICA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN UCI
367	BLASCO GIL SILVIA	UNIDAD DE PIE DIABÉTICO, OPTIMIZANDO RECURSOS PARA VALORAR EL PIE DIABÉTICO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
84	BONAFONTE MARTELES JOSE LUIS	SEGUIMIENTO TERAPEÚTICO EN UN HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO
330	BRUNA MARTIN MARIA DEL MAR	COMENZAR EL CAMBIO DE CARA DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL. ¿UNA NECESIDAD O UN AVANCE EN LA CALIDAD?
331	BRUNA MARTIN MARIA DEL MAR	COMENZAR EL CAMBIO DE CARA DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL. ¿UNA NECESIDAD O UN AVANCE EN LA CALIDAD?
277	CAMPO SIN ALICIA	SATISFACCIÓN PACIENTE EN DOLOR AGUDO POSTQUIRURGICO
113	CARRASCO NAVARRO MARIA JOSE	¿ES MÁS SEGURO EL USO DEL MIDAZOLAM INTRANASAL QUE EL DIACEPAM RECTAL? TRATAMIENTO DE LAS CONVULSIONES EN LOS NIÑOS
344	CASTIELLA GARCIA MARINA	IMPACTO DE MEDIDAS DE OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL
310	CATALAN ESTEBANEZ OSCAR	MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA COMO ÁREA DE MEJORA
366	CEBOLLADA GRACIA ANA DELIA	EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
332	CEBOLLADA GRACIA ANA DELIA	EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA (LVSQ)
377	CEBOLLADA GRACIA ANA DELIA	LA SALUD EN LA ESCUELA: RECURSOS PARA EL PROFESORADO
164	CEBOLLERO MATA MARIA LUISA	PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA EDUCACIÓN SANITARIA PARA PACIENTES ANTICOAGULADOS: IMPLANTACIÓN DE TARJETA ACO
313	COLL CLAVERO JUAN	AGENDA DEL PACIENTE
315	COLL CLAVERO JUAN	RESULTADOS DEL PROYECTO DE TELEMONITORIZACIÓN DE PACIENTES CRÓNICOS EN RESIDENCIAS DE LA TERCERA EDAD. E-RESATER (SOE3 / P1/F682) - PROGRAMA INTERREG IV B SUDOE
311	COLL CLAVERO JUAN	RESULTADOS DEL PROYECTO SUSTAINS: SUPPORT USERS TO ACCESS INFORMATION AND SERVICES
448	COLL CLAVERO JUAN	RESULTADOS PROYECTO TELEMONITORIZACIÓN PACIENTES CRÓNICOS EN RESIDENCIAS TERCERA EDAD. E-RESATER (SOE3/P1/F682)-INTERREG IV B SUDOE
317	COMET BERNAD MACARENA	ANÁLISIS DE LAS INCIDENCIAS EN EL ÁREA DE ENSAYOS CLÍNICOS DEL SERVICIO DE FARMACIA EN 2014
276	CONSUEGRA ESPINOSA MARIA JOAQUINA	PAPEL DE ENFERMERIA EN LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES SOMETIDAS A TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA
253	CUMBRAOS SANCHEZ MARIA JOSE	EVALUACIÓN Y OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ALBÚMINA MEDIANTE PRESCRIPCIÓN RESTRINGIDA EN UN HOSPITAL GENERAL
259	DE LA RICA ESCUIN MARIA LUISA	EL SENTIDO DE LA DIGNIDAD EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN EL FINAL DE LA VIDA; ASPECTOS MÁS PREVALENTES
381	DELGADO MARROQUIN MTERESA	PLAN DE CALIDAD EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE (SAP): NI UNA QUEJA SIN CONTESTAR, NI UN TRABAJADOR SIN AVISAR.
340	DEZA PEREZ MARIA CARMEN	ANÁLISIS DEL INDICE DE CHARLSON EN PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Reg	Presentador/a	Título de la Comunicación
		GERIATRÍA
151	DEZA PEREZ MARIA CARMEN	EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE DISFAGIA EN UN SERVICIO DE GERIATRIA
343	DEZA PEREZ MARIA CARMEN	PACIENTES ANCIANOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS ¿QUIENES SON?
345	DEZA PEREZ MARIA CARMEN	PROLACTINEMIA EN EDAD AVANZADA ¿MARCADOR DE FRAGILIDAD?
286	DIESTE GONZALEZ MARIA MERCEDES	MEJORA EN LA CALIDAD DEL BLOQUEO DE PLEXOS NERVIOSOS GUIADO POR ECOGRAFIA.
126	DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES	HOSPITAL DE DÍA DÍA GERIÁTRICO: PARA QUIÉN Y CÓMO
142	EGIDO LIZAN PILAR	SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA FASE PREANALITICA EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA DE UN HOSPITAL TERCARIO
335	ESCOLANO PUEYO ANGEL	FÁRMACOS CON EFECTO ANTICOLINÉRGICO EN PACIENTES ANCIANOS QUE INGRESAN EN MEDICINA INTERNA
346	ESCOLAR MARTINEZ BERGANZA TERESA	INICIATIVA DE MEJORA DEL MANEJO DEL ANGIOEDEMA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA
191	ESTEBAN ZUBERO EDUARDO	PREVENCIÓN DEL ALCOHOL EN LA ETAPA ESCOLAR
358	EZPELETA ASCASO IGNACIO	RIESGO CARDIOVASCULAR EN TRABAJADORES DEL SECTOR ZARAGOZA I.
251	FERNANDEZ ALONSO EDGAR	OPTIMIZACIÓN DEL USO DE RANIBIZUMAB EN EL SERVICIO DE FARMACIA: ESTUDIO DE IMPACTO ECONÓMICO
445	FERNANDEZ GONZALEZ MARIA REYES	CONTROL DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO. EXPERIENCIA DE ENFERMERÍA
364	GALVEZ ALVAREZ EVA	IMPLANTACIÓN DE LA NORMA ISO 9001 EN LA UNIDAD DE FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL DEL SECTOR ZARAGOZA 2
145	GARCIA BLASCO SACRAMENTO	GESTIÓN DE INCIDENCIAS EN EL SERVICIO DE HOSTELERIA- COCINA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
281	GARCIA BUESA SUSANA	IMPACTO SESIÓN FORMATIVA EN LA MEJORA DE CONTINUIDAD Y CALIDAD DE CUIDADOS A PACIENTES OSTOMIZADOS ATENCION PRIMARIA
173	GARCIA GARCIA YOLANDA	VIVIR LA MUERTE EN LA UCI
260	GARCIA MALINIS ANA JULIA	UNIDAD CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR DE ATENCIÓN AL PACIENTE PSORIASICO
303	GARCIA MANGAS MARIA PILAR	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN REALIZADA A PACIENTES INGRESADOS EN LA UCI DE POSTOPERATORIO CARDÍACO DEL HUMS.
51	GARCIA RUIZ RAMIRO	ESTUDIO DE COSTES DE LAS CIRUGÍAS DE HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA EN UN HOSPITAL TERCARIO
49	GARCIA RUIZ RAMIRO	GESTIÓN DE LA DEMANDA DE PACIENTES DE CONSULTAS EXTERNAS DE UROLOGÍA EN UN HOSPITAL TERCARIO
50	GARCIA RUIZ RAMIRO	VALORACIÓN DE PROTOCOLO "FAST TRACK" EN POSTOPERATORIO DE CISTECTOMÍA TRAS 3 AÑOS DE SU IMPLANTACIÓN
250	GASPAR RUZ MARIA LUISA	ABORDAJE Y CUIDADOS DE PACIENTE CON ICTUS EN FASE AGUDA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN, APOYO AL CUIDADOR Y PLANIFICACIÓN DEL ALTA HOSPITALARIA
361	GENZOR RIOS SIXTO JAVIER	MATERIAL INFORMATIVO AL DIAGNÓSTICO EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA QUE PRECISAN INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA
280	GIMENO GIMENO MARIA ANGELES	CUIDADO Y MANTENIMIENTO DEL CATETER EPIDURAL EN PACIENTES POSTOPERADOS
373	GIMENO GONZALEZ MARINA	PROGRAMA DE EDUCACION PARA PACIENTES EN UNA UNIDAD DE RHB CARDIACA. IMPACTO EN EL CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y ESTADO DE SALUD
337	GIMENO GRACIA MERCEDES	ACCIONES PARA EVITAR ERRORES CON EL USO DE INSULINAS
339	GIMENO GRACIA MERCEDES	IMPACTO ECONÓMICO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DEL VIH TRAS LA IMPLANTACIÓN DE DIFERENTES ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS
307	GOMARA LOMERO MARTA MARIA	MEJORA EN LOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS PARA LA DETECCIÓN DE CARBAPENEMASAS EN ENTEROBACTERIAS: DETECCIÓN DE DOS CASOS.
262	GOMEZ RIVAS PAULA	CALIDAD DEL SISTEMA DE DISPENSACIÓN POR REPOSICIÓN DE STOCK EN LAS UNIDADES CLÍNICAS
26	GONZALEZ PELEGRIN BEATRIZ	REGISTRO INFORMATIZADO DE LAS ZONAS DE INYECCIÓN DE INSULINA SUBCUTÁNEA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Reg	Presentador/a	Título de la Comunicación
255	GRACIA GARCIA PATRICIA	OPTIMIZACIÓN DE LAS DERIVACIONES PREFERENTES A LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO
382	GUTIERREZ CIA ISABEL	COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL DEL SECTOR SANITARIO ZARAGOZA III: UN AÑO DE HISTORIA
312	HERNANDEZ SANCHEZ MARIA PILAR	ADHDERENCIA AL TRATAMIENTO INHALADO EN PACIENTES INGRESADOS EN NEUMOLOGIA. IMPORTANCIA DE LA ACTUACION DE ENFERMERIA.
316	HERNANDEZ SANCHEZ MARIA PILAR	ADHDERENCIA AL TRATAMIENTO INHALADO EN PACIENTES INGRESADOS EN NEUMOLOGIA. IMPORTANCIA DE LA ACTUACION DE ENFERMERIA.
314	HERNANDEZ SANCHEZ MARIA PILAR	ADHDERENCIA AL TRATAMIENTO INHALADO EN PACIENTES INGRESADOS EN NEUMOLOGIA. IMPORTANCIA DE LA ACTUACION DE ENFERMERIA.
154	HIJOS LARRAZ LUIS	RESULTADOS DE UN PROYECTO PARA LA GESTIÓN DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL (CNP) TELEFÓNICA EN LOS CS URBANOS DEL SECTOR HUESCA
418	JIMENEZ ALBERICIO F JAVIER	OBJETIVOS E INDICADORES CLAVE EN UN SERVICIO DE FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA SEGÚN SISTEMA DE CALIDAD ISO 9001:2008
416	JIMENEZ ALBERICIO F JAVIER	TIPIFICACIÓN DE LAS INCIDENCIAS EN UN SERVICIO DE FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA SEGÚN SISTEMA DE CALIDAD ISO 9001:2008
66	JIMENEZ SESMA MARIA LUISA	IMPLEMENTACION DE UNA ESTRATEGIA DE HIGIENE DE MANOS EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE
133	JUAN GERMAN MARISA	LA SALUD DE LAS MUJERES EN EL BARRIO DEL RABAL DE ZARAGOZA; EXPERIENCIA DE TRABAJO EN GRUPO
37	LAGANGA ESTEBAN MARIA NATIVIDAD	SUJECIÓN DEL CATETER VENOSO DE ACCESO PERIFÉRICO. EXPERIENCIA EN LACTANTES
318	LARRODE LECIÑENA ITZIAR	PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE ROTURA DE CADENA DE FRIO: FARMACOS TERMOLABILES.
354	LOPEZ DEL PUEYO MIGUEL	PROGRAMA LONGITUDINAL DE PREVENCIÓN DE TABAQUISMO ENTRE ADOLESCENTES
110	LOPEZ GOMEZ HELEN JOAN	IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE CIRUGÍA MENOR EN UN CENTRO DE SALUD RURAL
127	LOSCOS ARANDA SILVIA	ADECUACIÓN DE CONSULTAS DE PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A URGENCIAS HOSPITALARIAS
374	LOSTAL GRACIA MARIA ISABEL	IMPORTANCIA DE LA RECOMENDACION DE PROBIOTICOS, POR EL PEDIATRA DE AP, EN LA PREVENCIÓN DE DIARREA ASOCIADA A ANTIBIOTICOS
298	MARCEN ESTELLA ANA ISABEL	DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE GÉRMENES MULTIRRESISTENTES EN EL HOSPITAL: EPIDEMIOLOGÍA, INDICADORES DE CARGA DE CUIDADOS Y TIEMPOS DE RESPUESTA.
404	MARCEN MIRAVETE ANA	PROTOCOLO DE MANEJO DE HIPERTENSIÓN PULMONAR POR CARDIOPATÍA IZQUIERDA PRE-CIRUGÍA CARDÍACA. NUESTRA EXPERIENCIA INICIAL
75	MARCO LOPEZ CRISTINA	INDICADORES DE CALIDAD EN EL PROCESO DE ATENCIÓN AL CÓLICO NEFRÍTICO, ECOGRAFÍA ABDOMINAL E INTERCONSULTA A UROLOGIA
270	MELENDO ROY SANDRA	DETECCIÓN DEL GRADO DE SATISFACIÓ PERCIBIDO EN LOS PACIENTES NEUROLOGICOS AL ALTA
140	MENDOZA MURO GEMMA MARIA	IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO EBE DE CUIDADOS DEL CATÉTER INTRAVENOSO PERIFÉRICO EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
198	MIGUENS URIEL ALEJANDRO	TALLER DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD PARA PERSONAS CUIDADORAS
168	MILAGRO JIMENEZ MARIA EUGENIA	¿CONSIGUEN LAS UNIDADES DOCENTES MULTIPROFESIONALES MEJORAR EL TRABAJO EN EQUIPO?
216	MODREGO AZNAR MARIA FABIOLA	HIPERPROLACTINEMIA SECUNDARIA A FÁRMACOS EN PACIENTES INFANTO-JUVENILES: UN EFECTO INFRAVALORADO E INFRADIAGNOSTICADO
368	MORATA CRESPO ANA BELEN	ATENCIÓN REHABILITADORA DEL PACIENTE EN EL POSTOPERATORIO CARDIACO
287	MOZOTA DUARTE JULIAN	PARADA CARDIACA INTRAHOSPITALARIA: ABORDAJE INTEGRAL
363	NAVARRO GISTAU CRISTINA	IMPLANTACIÓN DEL SINASP EN EL HOSPITAL MAZ
112	NAVARRO PARDO IRENE	¿HA MEJORADO LA CALIDAD PERCIBIDA POR LOS MONITORES SOBRE LA GESTIÓN DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS DEL SERVICIO DE FARMACIA?

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Reg	Presentador/a	Título de la Comunicación
166	NAVARRO TORRES MARIA	PROGRAMA DE EDUCACIÓN EN HÁBITOS ALIMENTARIOS SALUDABLES A ESCOLARES DE 1º A 4º DE EDUCACIÓN PRIMARIA
165	NAVARRO TORRES MARIA	PROGRAMA DE EDUCACIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS A ESCOLARES DE 5º Y 6º DE EDUCACIÓN PRIMARIA
169	OSTABAL ARTIGAS MARIA ISABEL	¿SE BENEFICIARÍAN LOS PACIENTES DE UNA UCI-POLIVALENTE DE MEDIDAS OCUPACIONALES FÍSICAS Y COGNITIVAS?
161	PARDOS DOMINGUEZ MARIA JESUS	GESTIÓN INTEGRADA DEL ACCIDENTE BIOLÓGICO: UNIDAD PRL-SERVICIO DE URGENCIAS
160	PARDOS DOMINGUEZ MARIA JESUS	INTEGRACIÓN DE REGISTROS DE VACUNACIÓN: SERVICIO DE PREVENCIÓN - ATENCIÓN PRIMARIA MEDIANTE EL PROGRAMA OMI-AP
349	PASCUAL MARTINEZ OIHANA	ELABORACIÓN DE UN "BOTIQUÍN DE URGENCIAS METABÓLICAS" PEDIÁTRICAS
351	PEREZ CAMO VALERO	REDUCCIÓN DE LA LISTA DE ESPERA Y MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DEL PACIENTE A LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DEL H. CLINICO UNIVERSITARIO
352	PEREZ DIEZ CRISTINA	EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA FORMACIÓN EN EL SERVICIO DE FARMACIA.
350	PEREZ DIEZ CRISTINA	REGISTRO Y ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE.
348	PEREZ DIEZ CRISTINA	REVISIÓN DE BOTIQUINES: ACTIVIDAD PARA MEJORAR LA CALIDAD DE ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS.
268	PEREZ PANZANO ESTHER	LA FORMACIÓN CONTINUADA COMO CAMINO PARA UNIFICAR LOS CRITERIOS DE CUIDADOS EN LAS VÍAS PERIFÉRICAS
144	PEREZ SALILLAS MARIA	CERTIFICACIÓN ISO 9001 EN EL SERVICIO DE HOSTELERIA-COCINA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
289	PEREZ SANS JAVIER	ELABORACION DE UN MAPA DE RIESGOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DE PACIENTES EN UNIDAD DE HEMODIALISIS
138	PINA MARQUES BEATRIZ	¿HA MEJORADO LA ACTIVIDAD DE LA UNIDAD DE OBSERVACION EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS?
442	PONCE ORTEGA JOSE MIGUEL	HIPOFRACCIONAMIENTO EN EL CÁNCER DE RECTO. MENOR TIEMPO DE TTº, BUENA TOLERANCIA Y RESULTADOS SIMILARES AL TTº ESTÁNDAR
355	REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL	EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PERSONAL CON EL CL EN UN SERVICIO DE FARMACIA
356	REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL	EVOLUCIÓN DE LAS DEVOLUCIONES DE NUTRICIONES PARANTERALES Y MEZCLAS INTRAVENOSAS PREPARADAS EN EL SERVICIO DE FARMACIA
305	REBOLLAR TORRES ELENA	CONCILIACIÓN DEL USO ANTIBIÓTICOS EN PACIENTES GERIÁTRICOS PROCEDENTES DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE OTROS HOSPITALES
306	RECHE SABATER ALBERTO	INTEGRACIÓN DIGITAL DE LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
334	REVILLO PINILLA MARIA JOSE	MICROBIOLOGIA INFORMA
360	RODRIGUEZ ARTIGAS JUAN MIGUEL	ACTUALIZACIÓN DE PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN BSGC EN CIRUGÍA DE MAMA ADAPTANDO CRITERIOS DE GIULIANO (ENSAYO Z011)
370	RODRIGUEZ ARTIGAS JUAN MIGUEL	ANÁLISIS DEL GASTO EN LA RECONSTRUCCIÓN DE MAMA
141	ROMEO LAGUARTA ANA MARIA	COMPROBACION DE LA SONDA NASOGASTRICA
139	ROMEO LAGUARTA ANA MARIA	INDICACION DEL SONDAJE VESICAL EN EL PACIENTE NEUROLÓGICO
296	RUBIO ROMERO LUIS ANGEL	INFECCIÓN QUIRÚRGICA TRAS CIRUGÍA DE CADERA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: ANÁLISIS DE LA ESTANCIA MEDIA Y ESTIMACIÓN DEL COSTE ASOCIADO
375	RUIZ AGUILAR ANTONIO LUIS	NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN UNA UNIDAD CORONARIA
359	RUIZ DE GOPEGUI MIGUELENA PABLO	ANÁLISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS GRAVES NOTIFICADOS EN LA UCI DE POSTOPERATORIO CARDIACO
300	SANTABARBARA ARILLA MARIA CRISTINA	LA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA INFECCIÓN POR SARM EN EL HOSPITAL: CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS Y COMPARACIÓN CON LOS PACIENTES CON OTROS GÉRMENES MULTIRRESISTENTES.
369	SANZ GASPAR INES	LA NORMALIZACIÓN DEL REGISTRO DE LA CADUCIDAD DE LOS FÁRMACOS DEPOSITADOS EN EL BOTIQUÍN DEL BLOQUE QUIRÚRGICO.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Reg	Presentador/a	Título de la Comunicación
347	SERRANO VIÑUALES ITZIAR	MEJORA DE LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA
67	SIMON MELCHOR ALBA	IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DEL CARRO DE PARADAS Y MALETIN DE URGENCIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE
365	SOLER ABADIAS ROSA MARIA	ANÁLISIS DEL IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA EN PRIMEROS AUXILIOS PARA ESCOLARES DE EDUCACIÓN PRIMARIA.
282	SORIA LOZANO PILAR	RACIONALIZACIÓN DE PETICIONES DE SEROLOGÍA EN POBLACIÓN GESTANTE
400	TEJERO SANCHEZ ARLANZA	PROCESO DE DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL CÓLICO RENAL EN URGENCIAS DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET
284	TOMELO MUÑOZ RUTH	CUIDARNOS PARA CUIDAR MEJOR
338	TROYAS FERNANDEZ DE GARAYALDE LEIRE	MEJORA DE LA COMUNICACIÓN EN EL PROCESO DE RECEPCIÓN DE TRASLADOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA
372	URIARTE PINTO MOISES	¿ES POSIBLE IMPLEMENTAR INDICADORES DE CALIDAD ESPECÍFICOS EN LA PRESCRIPCIÓN EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA?
243	VAL JIMENEZ NURIA	PROGRAMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA VERSUS SEDACIÓN EN PACIENTE CON CLAUSTROFOBIA Y CÁNCER DE CÉRVIX QUE PRECISA RADIOTERAPIA
341	VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION	IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE OPTIMIZACIÓN DE MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
193	VALLES TORRES JORGE	DETECCIÓN PREOPERATORIA DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA (SARM) EN CIRUGÍA CARDÍACA ELECTIVA DEL ADULTO
329	VELA IGLESIA BERTA MARIA PILAR	APORTACIÓN DE LAS TÉCNICAS MOLECULARES EN EL DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO DE LA TOS FERINA
328	VELA IGLESIA BERTA MARIA PILAR	INCORPORACIÓN PROGRESIVA DE INDICADORES DE CALIDAD EN HEMOCULTIVOS
288	VELAZQUEZ CUENCA MARIA PILAR	IMPLANTACIÓN EN EL SERVICIO DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y ARCHIVO DE UN MODELO DE INCIDENCIAS Y NO CONFORMIDADES. ISO-9001.
357	YAÑEZ RODRIGUEZ FELICIDAD	EVALUACION (2012-2015) DE IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE ANTICOAGULACION ORAL EN 1º EPISODIO DE FIBRILACION AURICULAR EN URGENCIAS DE CALATAYUD

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. 279

TÍTULO. MEJORA DEL PROGRAMA DE VACUNACION INFANTIL EN CENTRO DE SALUD RURAL

Autores: ABENGOCHEA COTAINA B, LOPEZ MONTEAGUDO G, SIERRA SANMARTIN P, GASTON FACI A, CLAVERO CHUECA D, MELUS GUTIERREZ A, PASCUAL RUBIO O, GARCIA LISON S

ABENGOCHEA COTAINA BELEN . CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA . PEDIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El objetivo fué la correcta vacunación de la población infantil en nuestra Zona de Salud, compuesto por 6 municipios, 2254 niños el 38,24% inmigrantes que en 2010 era de un 60%.

Dar a conocer a de la importancia que tienen las vacunas para prevenir enfermedades en el propio sujeto así como en la comunidad.

La cartilla sanitaria, documento que es necesario guardar ,actualizar y tener en buenas condiciones

METODOLOGÍA

Recursos humanos:

E. A. Primaria integrado por 13 Médicos de Familia, 2 Pediatras y 9 Enfermeros.

Recursos materiales:

Calendario Vacunal de Aragón 2008, 2014 y calendario acelerado.

Nevera para almacenaje de vacunas ,mantenimiento de la cadena del frío

Cartilla sanitaria infantil.

1. Se hicieron charlas informativas del Ciclo de Mejora a todo el Equipo de Salud, planteando los problemas :

Dificultad con el idioma, dificultad para entender los calendarios de otros países.

Movimientos migratorios, pérdida de documentación

Falta de información de los padres ,registros obtenidos en OMI,

traducción de las cartillas de vacunación

2. Revisión de calendario de vacunación a los niños de 14 años.

3. Revisión de vacunación de 7 a 13 meses de edad

4. Revisión de vacunas a los 6 años

5. Revisión de vacunas a los 12 años y a los 14 años de edad de varicela

6. Registro de Triple Vírica en inmigrantes según edad .

7. Registro de vacunación de meningitis C en inmigrantes .

RESULTADOS

Cobertura de vacunación infantil de 0 a 14 años :79% en 2011 y el 98 % en 2014.

Porcentaje de población de 7 a 13 meses : Un 96,13% en agosto de 2013 y un 95,83% 2013.

Porcentaje de niños vacunados de 6 años, El 84,75% en 2013 y 85,18 % en 2014.

Porcentaje de niños entre 12 y 14 años bien inmunizados frente al virus de la varicela. A los 12 años un 86,74% y a los 14 años un 82,72%.

Porcentaje de niños correctamente vacunados de 14 años .Se consiguió un 98,73%.

Niños inmigrantes con Triple Virica :91%

Porcentaje de niños inmigrantes con vacuna de Meningitis C, :91%

CONCLUSIONES

El trabajo en Equipo es importante para obtener buenos resultados

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **249**

TÍTULO. **DISEÑO, CONSENSO E IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN NEONATAL AL HIJO DE MADRE DIABÉTICA EN EL HOSPITAL DE JACA**

Autores: AGON BANZO PJ, PUYUELO P, PINILLA JA, ERDOZAIN G, MEAVILLA ML, MEDRANO E, PRADAS M, SANCHEZ P

AGON BANZO PEDRO JESUS · H DE JACA · PEDIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En los últimos años, la falta de un Protocolo de atención neonatal al hijo de madre diabética en el Hospital de Jaca hizo aconsejable derivar estos partos al hospital de referencia. El Servicio de Ginecología y las matronas del Hospital de Jaca llevaban a cabo el seguimiento y control de todo el embarazo pero, por recomendación de Pediatría del Hospital, el parto era derivado a otro centro hospitalario.

Las madres y sus familias tenían que viajar a otra ciudad para dar a luz, atravesando un puerto de montaña y cubriendo largas distancias. Además, el Hospital de Jaca y su personal eran infrautilizados, a pesar de disponer de la infraestructura necesaria para atender este tipo de partos.

OBJETIVOS

- Objetivo principal: Recuperar en el Hospital de Jaca la asistencia a partos de mujeres embarazadas diagnosticadas de diabetes gestacional.
- Objetivo secundario: Para lograr nuestro objetivo principal, fue imprescindible diseñar, consensuar e implantar un Protocolo de atención neonatal al hijo de madre diabética, que garantizase en todo momento la seguridad del recién nacido.

METODOLOGÍA

- 1º. Diseño de un Protocolo de atención neonatal al hijo de madre diabética, por parte de los pediatras de Jaca. También establecimos 5 indicadores para su evaluación y seguimiento.
- 2º. Revisión y consenso del protocolo, por parte de ginecología, matronas y enfermería del Hospital de Jaca.
- 3º. Presentación del protocolo definitivo dentro del Programa de Sesiones Clínicas del Hospital de Jaca.
- 4º. Recuperación de la atención a los partos de embarazadas con diabetes gestacional e implantación del Protocolo de atención neonatal al hijo de madre diabética.

RESULTADOS

Desde enero de 2015 se han atendido en el Hospital de Jaca 7 partos de madres con diabetes gestacional. Las complicaciones neonatales más frecuentes han sido: macrosomía (4 casos) e hipoglucemias (4 casos). Las hipoglucemias fueron leves y cedieron con alimentación oral. Otras complicaciones: taquipnea transitoria del recién nacido (2 casos) e hiperbilirrubinemia en rango de fototerapia (2 casos), que respondieron a tratamiento habitual. Ningún neonato ha presentado complicaciones graves.

CONCLUSIONES

Al cumplir nuestros objetivos hemos logrado evitar desplazamientos innecesarios a las embarazadas con diabetes gestacional, asegurando una asistencia sanitaria de calidad tanto para ellas como para los recién nacidos. La valoración de la asistencia neonatal está resultando muy positiva, tanto por el personal sanitario como por las madres y los padres de los recién nacidos.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **63**

TÍTULO. **VALORACION E INTERVENCION DE LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN EL CENTRO DE SAUD DE CALACEITE.**

Autores: ALCÁINE PARICIO AI, SIMON MELCHOR A, JIMENEZ SESMA ML, SIMON MELCHOR L, GIL SALVADOR R, SOLANO CASTAN J

ALCAINE PARICIO ANA ISABEL . CS CALACEITE . ATENCION CONTINUADA EN AP

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Este proyecto tiene como objetivo valorar la sobrecarga del cuidador e intervenir para disminuirla, prestando así una atención eficaz, continuada y de calidad.

Los objetivos específicos que se pretenden lograr son detectar el grado de sobrecarga mediante la escala de valoración de Zarit, ofrecer estrategias y formar a los profesionales sanitarios para cuidar al cuidador, proporcionar información, apoyo emocional y soporte al cuidador, paciente y familia, facilitar el acceso y coordinación con los Servicios Sociales de Base.

METODOLOGÍA

El proyecto se desarrollará durante el año 2015 y se llevarán a cabo las siguientes acciones:

Búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas sobre el paciente dependiente, la sobrecarga del cuidador y las estrategias para solventarla.

Realizar una sesión clínica para la formación y presentación del proyecto a los trabajadores del Centro de Salud.

Realizar talleres grupales quincenales destinados a los cuidadores.

Aplicar la escala de la sobrecarga del cuidador de Zarit a los cuidadores antes de la realización de los talleres formativos y a los 6 meses de su finalización.

Coordinación de los profesionales sanitarios y de la familia con los Servicios Sociales de Base.

Reevaluar los resultados del Proyecto de Mejora de la Calidad y formulación de propuestas de mejora

RESULTADOS

Para la evaluación del proyecto se utilizarán los siguientes indicadores:

Nº de profesionales sanitarios que asisten a la sesión clínica del proyecto *100/Nº de profesionales del Centro de Salud. Estándar 100%.

Nº de cuidadores con una puntuación de < 47 puntos en la escala de Zarit (no sobrecarga) previo a los talleres*100/Nº de cuidadores con una puntuación de < 47 tras 6 meses de los talleres. Estándar 100%.

Nº de cuidadores con una puntuación de > 55 puntos en la escala de Zarit (sobrecarga intensa) previo a los talleres*100/Nº de cuidadores con una puntuación de > 55 tras 6 meses de los talleres.

CONCLUSIONES

La dependencia es uno de los problemas socio sanitarios que va en aumento debido al elevado índice de envejecimiento de la población.

El cuidador principal proporciona un apoyo al paciente dependiente muy importante y un ahorro significativo al Sistema Sanitario. Para valorar su nivel de sobrecarga se utiliza la escala de Zarit.

Realizar una serie de intervenciones en el cuidador para descargar su ansiedad, estrés y proporcionarle apoyo en sus tareas cotidianas, han demostrado ser unas medidas terapéuticas muy eficaces para paliar el síndrome que pueden padecer.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **401**

TÍTULO. LA RELEVANCIA DE LA GESTIÓN DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA RESPIRATORIA

Autores: ALQUEZAR FERNANDEZ M, FANDOS LORENTE SERGIO, COLAS OROS CARLOS ENRIQUE, GALLEGO BERMEJO MCARMEN, PEREZ GIMENEZ LAURA, TURON ALCAINE JOSE MARIA, GONZALEZ VAQUERO CARMEN, BELENGUER CARRERAS LINA MARIA

ALQUEZAR FERNANDEZ MARTA . H ALCAÑIZ . NEUMOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Demostrar que las actividades enfermeras aumentan la calidad asistencial, optimizando el tiempo y los recursos.
Transformar al paciente en el protagonista de su enfermedad mejorando su calidad de vida.

METODOLOGÍA

Una consulta, una enfermera, un ordenador y material específico. Comenzamos a trabajar de forma más intensa en 3 líneas de trabajo. Siempre bajo recomendaciones, guías, consensos y normativas basadas en la evidencia científica.
1ª Intervención sobre los pacientes EPOC; técnica de inhalación, educación sanitaria global sobre su enfermedad, control de su calidad de vida y medición de los parámetros de su enfermedad.
2ª Evaluación y seguimiento de los pacientes asmáticos de difícil control en tratamiento con Omalizumab.
3ª Intervención seria sobre el hábito tabáquico.

RESULTADOS

·Antes de la intervención el 40% de nuestros pacientes realizaban correctamente la técnica y tras la intervención el 80 %.
Disminución en el número de agudizaciones: Baja del 40% al 10% los pacientes con 1 agudización, y del 10% a 0% los pacientes con 2 o más agudizaciones. Mejoría en los parámetros del CAT en un 32%.
·Disminuyen las agudizaciones y tratamiento corticoideo en los pacientes con Omalizumab.
·La eficacia de la consulta de tabaquismo es de un 35%, habiendo dejado de fumar 21 personas.

CONCLUSIONES

La gestión y/o estructuración de los puestos de enfermería debe de cambiar y para ello no es necesaria una especialización, si no un mínimo compromiso del profesional para ofrecer una asistencia de calidad acompañada de una motivación y respaldo de la administración a este tipo de “cambios”.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **417**

TÍTULO. **RESULTADOS DE UNA UNIDAD DE TABAQUISMO NOVEL**

Autores: ALQUEZAR FERNANDEZ M, FANDOS LORENTE SERGIO, TURON ALCAINE JOSE MARIA, GONZALEZ VAQUERO CARMEN, COLAS OROS CARLOS ENRIQUE, MARTINEZ ARIÑO MANUELA, RODRIGUEZ GINER M CARMEN, PRADES SABADO CARMEN JOSE

ALQUEZAR FERNANDEZ MARTA . H ALCAÑIZ . NEUMOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Analizar nuestros datos para conocer las características de los pacientes que acuden a nuestra consulta, así como los resultados de la misma en cuanto a deshabituación y en cuanto a variables pronóstico de la misma. Realizando una autocrítica constructiva posteriormente.

METODOLOGÍA

Nuestro protocolo esta conformado por una extensa valoración (de la historia, dependencia, adicción, motivación y recompensa; y para el registro de ello hemos elaborado una importante base de datos), en la que basamos la selección del tratamiento más adecuado, tanto farmacológico como cognitivo-conductual.

RESULTADOS

El año pasado dejaron de fumar 22 pacientes de nuestra consulta. Nuestro pacientes tienen en su mayor parte (67%) una alta dependencia, una motivación elevada en un 68% de los casos y fuman por recompensa negativa en un 69% de los mismos. Aunque no hemos podido relacionar estas variables con el éxito del proceso de cesación. Los pacientes cardiológicos están más motivados y tiene más tasa de finalización del tratamiento que el resto. Y un factor pronóstico si que nos parece la autoeficacia, ya que la relacionamos con una tasa mayor de éxito de abandono (OR: 2,7 P=0.04). Nuestra eficacia ronda el 35%.

CONCLUSIONES

Debemos atraer a la consulta mayor número de pacientes, para aumentar nuestra experiencia y aumentar tamaño de nuestra muestra, de modo que aumenten la validez interna y externa de nuestros resultados. A la vista de algunos de los resultados obtenidos es muy probable que las no significaciones estadísticas encontradas se deban al escaso número de pacientes que aún llevamos atendido. Nuestras conclusiones, pues, deben ser interpretadas con cautela.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **285**

TÍTULO. **PIE DIABÉTICO: "CUIDANDO TUS PASOS"**

Autores: ARNAL MEINHARDT AJ, ISLA COBETA J, LOZANO ROYO S, PEMAÑO MUÑOZ T, PUEYO SALAVERA C, SOBREVIELA CELMA N, GARAYOA IRIGOYEN B, TOMEÑO MUÑOZ R

ARNAL MEINHARDT ANTONIO JOSE . CS LA ALMOZARA . ATENCION PRIMARIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Elaborar listado de pacientes diabéticos con índice tobillo brazo (ITB) realizado.

Valorar pacientes con alteraciones del ITB.

Identificar a los pacientes con riesgo de aparición de enfermedad isquémica arterial periférica.

Motivar al equipo de atención primaria (AP) en la revisión estructurada del pie diabético.

Formar un equipo multidisciplinario implicado en el adecuado cuidado del pie diabético.

METODOLOGÍA

Se obtuvo un listado de los pacientes diabéticos del centro de salud La Almozara, de los diferentes cupos a través de OMI-AP, de los cuales se seleccionó a los pacientes que tuvieran realizado el ITB, obteniendo 180 pacientes. Se realizó la medición mediante un BidopR3 Doppler vascular calibrado..

Se diseñó una hoja Excel para el registro de los siguientes parámetros: riesgo cardiovascular (según RCV OMI-AP), problemas vasculares periféricos (medición con eco doppler) , neuropatías mediante el uso de diapason y monofilamento, tabaquismo, según protocolos del programa informático OMI-AP.

Se realizaron dos talleres específicos de pie diabético diferenciados en grupos de mayores o menores de 65 años, con el fin de informar a los pacientes de las alteraciones más comunes relacionadas con el pie diabético.

RESULTADOS

De los 180 pacientes evaluados con ITB realizado, 139 tenían ITB normal, 32 con ITB alterado y 9 no registrados.

Se le realizó la inspección de pies, de los que 140 figuraban sin alteraciones, 28 con lesiones de diferentes grados, no quedando registrado en 12 pacientes.

La exploración vascular fue normal en 153, con alteraciones vasculares 18 y no registrados 9.

Presentaban úlceras 3 pacientes, no presentaban 163, quedando 9 sin registrar

La exploración de la sensibilidad era normal en 137, con alteraciones no definidas en 37 y no registrado en 9

CONCLUSIONES

La exploración del pie diabético en los centros de AP permiten prevenir y tratar lesiones precoces.

Los pacientes con alteración del ITB eran el 18% de los cuales el 23% presentaban ulceraciones y el resto alteraciones vasculares de diferentes grados.

De estos resultados se concluye la necesidad de explorar el pie en el paciente diabético, realizando ITB para asegurar la adecuada vascularización distal, y una exploración de la sensibilidad distal.

Que el 78% de los pacientes se encuentran bien controlados y sin alteraciones vasculares y sensitivas independientemente de la evolución en el tiempo de su diabetes

Finalmente, el escaso número de pacientes con ITB muestra una deficiente atención a las personas con diabetes tipo 2, respecto a la prevención del pie diabético, pues no se realiza cribado y estratificación de forma rutinaria

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **336**

TÍTULO. **EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA PRESCRIPCIÓN DE TIRAS REACTIVAS PARA EL AUTOANÁLISIS DE GLUCEMIA CAPILAR - SECTOR CALATAYUD**

Autores: BEN CHEIKH EL AAYUNI W, LAFUENTE GONZALEZ MJ, PASCUAL GUTIERREZ MF

BEN CHEIKH EL AAYUNI WAFU . DAP CALATAYUD . UNIDAD TECNICA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Mejorar el cumplimiento del protocolo de frecuencia de autoanálisis de glucemia capilar en el Equipo de Atención Primaria de Calatayud Norte, así como los registros de prescripciones, suministro, y consumo de las tiras reactiva de glucemia capilar (TRG).

METODOLOGÍA

Se establecieron 7 criterios de calidad, uno de ellos relativo a la actualización de las prescripciones de tiras reactiva de glucemia capilar y, 6 relativos al cumplimiento de los criterios de prescripción, consistiendo en la indicación del código o número de TRG, de la fecha de prescripción, del tipo de diabetes, del tratamiento actual, de la situación clínica del paciente (estable o inestable) y de la duración de la prescripción.

Se realizó una evaluación del cumplimiento de estos criterios antes y después de la adopción de las medidas correctoras.

RESULTADOS

En una primera evaluación, el número total de incumplimientos fue de 1389 (45,8%). Tras implantar la intervención diseñada, dicho número fue de 331 (10,8%). El mayor porcentaje de incumplimientos fue de 95,6% y correspondió a 2 criterios: el relativo a la indicación si el paciente está estable o inestable (C5) y el relativo a la indicación de la duración de la prescripción (C7). El menor porcentaje de incumplimientos correspondió a los 2 criterios: el relativo a la indicación de la fecha de prescripción (C2) y el relativo a la indicación del código o el nº de TRG (C6). En todos los criterios evaluados se observó una importante mejoría, sin excepción. Estos cuatro criterios, presentaron los mismos resultados analizando por cupos de médicos.

CONCLUSIONES

La implantación del nuevo formato de prescripción de tiras reactivas y la instauración de un visado para su prescripción y dispensación, ha permitido una mejora en el cumplimiento de los criterios de prescripción.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. 189

TÍTULO. PERCEPCIÓN DEL CLIMA DE SEGURIDAD CLÍNICA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN UCI

Autores: BERNAL MATILLA CI, RUIZ DE GOPEGUI MIGUELENA P, SANCHEZ CHUECA P, RUIZ AGUILAR AL, RAMOS ABRIL R, RODRIGUEZ LONGARES MC, NAVARRO JIMENO J, TEJADA ARTIGAS A

BERNAL MATILLA CRISTINA ISABEL . H MIGUEL SERVET . MEDICINA INTENSIVA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Conocer los cambios en la percepción del personal de la Unidad de Cuidados Intensivos de Cirugía Cardíaca (UCI PC) acerca del nivel de Seguridad Clínica, tras la implantación de un Sistema de Notificación de Eventos Adversos (SNEA) en la unidad.

METODOLOGÍA

Se realizó en Enero de 2014 una encuesta de valoración del clima de Seguridad Clínica adaptando el modelo de cuestionario empleado en el registro ENVIN a las características de la UCI - PC. La encuesta constó de 60 ítems que incluían aspectos ambientales, formativos, de comunicación, trabajo en equipo y percepción individual sobre la Seguridad Clínica. La encuesta de carácter voluntario y confidencial, fue contestada por 31 trabajadores de distintas categorías profesionales en la UCI-PC. Un año después de la puesta en marcha de un SNEA se volvió a distribuir la misma encuesta analizando los datos de forma comparativa.

RESULTADOS

Las encuestas recogidas fueron 23, que distribuidas por categoría profesional suponen: 12 Enfermería (52,2%), 2 TCAS (8,7%) 4 FEAs (17,4%), 3 MIR (13%), y 2 pérdidas por cuestionario incompleto (8,7%), expresando un ligero descenso en la participación pero con una distribución profesional similar. En cuanto al grado de seguridad percibida del 0 al 10, la media sigue en torno a 7 ($7,1 \pm 1,45$ frente al $7,32 \pm 1,3$ previo). La percepción de que no se tomen las medidas necesarias cuando se produce un incidente ha mejorado de un 29% a un 19%, a pesar de existir un aumento en el número de profesionales que consideran que nunca o casi nunca se discute sobre cómo evitar que vuelva a ocurrir (29,1% previo y 42,8% actual). En cuanto a la idoneidad de los medios de trabajo para evitar errores en la asistencia existe una mejoría sustancial a favor de considerarlos adecuados (el 45% consideraban que no eran adecuados frente al 9,5% actual). Respecto a la comunicación interprofesional, actualmente sólo el 33,3% considera que es buena, respecto al 64,5% previo, pero sólo el 28% considera que su superior tiene en cuenta las sugerencias de mejora (41,9% previo). La impresión de que la coordinación entre unidades sea buena es similar (38% frente al 42,8% actualmente).

CONCLUSIONES

Tras un año de experiencia con la implantación de un SNEA, no podemos apreciar mejoría en la impresión general acerca de la Seguridad del paciente en la UCI-PC, y aunque sí la hay en algunos aspectos clave, siguen existiendo áreas vulnerables susceptibles de intervención sobre todo en el ámbito de la comunicación interprofesional y la relación con los superiores.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **367**

TÍTULO. **UNIDAD DE PIE DIABÉTICO, OPTIMIZANDO RECURSOS PARA VALORAR EL PIE DIABÉTICO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ**

Autores: **BLASCO GIL S**

BLASCO GIL SILVIA . H ALCAÑIZ . CONSULTA EXTERNA DE CIRUGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Las principales Guías de Práctica Clínica recomiendan la puesta en marcha de programas estructurados de cribado, estratificación y tratamiento del pie de riesgo, por diversos motivos se hace difícil la implementación de dichas recomendaciones. Nos planteamos como objetivo general disminuir la tasa de complicaciones asociadas al pie diabético. Para ello hemos desarrollado un programa basado en el concepto “toe and flow” que permite adaptar estas recomendaciones a nuestro entorno con la creación de una Unidad de Pie Diabético basada en un protocolo multidisciplinar utilizando las estructuras y recursos disponibles

METODOLOGÍA

La UPD está gestionada por una enfermera entre cuyas funciones destaca su papel de “gate keeper” con acceso directo a los Servicios de Endocrinología, Cirugía y Rehabilitación según los criterios de derivación establecidos con los mismos; detección y prevención del pie diabético, así como evaluación y tratamiento del pie ulcerado. Estudio descriptivo transversal con inclusión de los pacientes derivados a nuestra Consulta de junio de 2014 a marzo de 2015. La captación, se realizó mediante derivación sistemática de los pacientes atendidos en la consulta de endocrinología, salvo los pacientes ulcerados que llegaron de otras fuentes. Los datos recogidos en su primera visita nos permitieron clasificarlos según su riesgo de pie diabético y derivarlos al Servicio pertinente en función del resultado de la valoración

RESULTADOS

- Pacientes con ITB alterado: 8,57% (ninguno de ellos diagnosticado previamente)
- Pacientes con sintomatología neuropática: 12,85%.
- Pérdida de sensación protectora (monofilamento positivo): 5,7% (desconocido por todos ellos).
- Pacientes con alteraciones biomecánicas derivados a Rehabilitación: 8,57%. A todos ellos se les prescribieron plantillas de descarga.
- Pacientes con úlcera de pie: 7. El rango de días hasta la llegada a la consulta ha sido desde días a 2 meses, aunque algunos casos ya se encontraban en un estadio avanzado o bien con signos de infección e incluso osteomielitis. Dos de los pacientes presentan amputaciones previas (factor de riesgo elevado para nueva amputación)

CONCLUSIONES

Existe infradiagnóstico de los pacientes asintomáticos con pie de riesgo, lo que retrasa la aplicación de medidas preventivas. Las úlceras llegan tarde a la consulta. Se hace necesario un abordaje sistemático del PD coordinado entre Primaria y Especializada que permita una rápida derivación a nuestra consulta. Creemos que los resultados expuestos avalan la necesidad de este programa.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **84**

TÍTULO. SEGUIMIENTO TERAPEÚTICO EN UN HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO

Autores: BONAFONTE MARTELES JL, LOPEZ CALAHORRA MC

BONAFONTE MARTELES JOSE LUIS . CSS SAN JUAN DE DIOS . GERIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Realizar un seguimiento de la medicación que los pacientes dados de alta de nuestra unidad llevan tras un mes en domicilio para valorar si ésta ha cambiado, quién la ha cambiado y qué factores han podido influir.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo prospectivo que ha consistido en la realización de llamada telefónica tras haber pasado un mes desde el alta. Se ha preguntado si ha llevado el informe de alta a su médico de atención primaria (MAP), si ha precisado ingreso hospitalario, si toma la misma medicación que se le prescribió al alta de nuestra unidad y en caso de haber cambiado, quién ha realizado el cambio.

RESULTADOS

Se ha evaluado un mes de trabajo (Junio de 2014) con un total de 33 pacientes entrevistados. Su edad media fue de 82,09 años, un 66,7% eran mujeres. El diagnóstico principal mayoritario fue en un 48,5% el deterioro del estado general. El número de fármacos al alta era: 7,82. Se entregó informe de alta a su MAP en el 90,9% de los casos. Precisó ingreso hospitalario el 9,1% de los pacientes. El 30,3% habían cambiado la medicación respecto al alta, siendo el MAP con un 60% y otros especialistas con un 40% los que habían realizado los cambios. Si solamente tenemos en cuenta los pacientes con cambios en el tratamiento, cabe destacar los fármacos al alta: 8,3 y que han ingresado en un hospital el 30%.

CONCLUSIONES

1. La inmensa mayoría de pacientes entregan el informe de alta a su MAP.
2. Casi un tercio de los pacientes ha cambiado la medicación prescrita en nuestra unidad pasado un mes del alta.
3. Su MAP es en la mayoría de los casos quien realiza el cambio de medicación.
4. Los pacientes con cambios de medicación llevaban más fármacos al alta y han precisado más ingresos hospitalarios.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **330**

TÍTULO. **COMENZAR EL CAMBIO DE CARA DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL. ¿UNA NECESIDAD O UN AVANCE EN LA CALIDAD?**

Autores: BRUNA MARTIN MDM, GARCES DEL GARRO MA, GRACIA J, RUIZ DE TEMIÑO M, SILES A

BRUNA MARTIN MARIA DEL MAR . H MIGUEL SERVET . CIRUGIA PEDIATRICA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Remodelar el HMI

Humanizar el servicio de Cirugía Pediátrica

METODOLOGÍA

Nosotros queríamos humanizar nuestro hospital, teníamos una sana envidia del Hospital San Juan de Barcelona, ¿Por qué nuestro hospital no podía ser más bonito y menos frío? Nos hablaron de su proyecto y coincidía con los que nosotros queríamos y empezaron decorando nuestras habitaciones, quedando unas habitaciones muy alegres.

Pero queríamos más; un video para ver en familia nuestro servicio y evitar el estrés del niño al ingresar en la unidad, una página web, un tebeo, etc.

Vinieron Beatriz y M^a Luisa a nuestro servicio y nos presentaron su asociación "Believe in Art", ellas ya habían colaborado en talleres con el HMI, pero querían más. Nos explicaron que eran una asociación sin ánimo de lucro, trabajamos para que los niños que se encuentran en situaciones especiales, disfruten de espacios y momentos llenos de creatividad, arte e ilusión

Estos proyectos gracias a Believe in art y otros colaboradores los conseguiremos.

RESULTADOS

Las habitaciones han quedado muy bonitas y alegres.

Nuestro servicio esta cambiando día a día y podemos asegurar que los niños que ingresan en nuestro servicio se sorprenden gratamente al entrar por primera vez en la habitación.

Las habitaciones

CONCLUSIONES

El proyecto a pasado de ser una necesidad a ser un avance en los cuidados de calidad, haciendo más comfortable la estancia de los niños en nuestra unidad.

Comunicación ORAL

Nº Reg. **331**

TÍTULO. **COMENZAR EL CAMBIO DE CARA DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL. ¿UNA NECESIDAD O UN AVANCE EN LA CALIDAD?**

Autores: BRUNA MARTIN MDM, GARCES DEL GARRO MA, GRACIA J, RUIZ DE TEMIÑO M, SILES A

BRUNA MARTIN MARIA DEL MAR . H MIGUEL SERVET . CIRUGIA PEDIATRICA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Remodelar el HMI

Humanizar el servicio de Cirugía Pediátrica

METODOLOGÍA

Nosotros queríamos humanizar nuestro hospital, teníamos una sana envidia del Hospital San Juan de Barcelona, ¿Por qué nuestro hospital no podía ser más bonito y menos frío? Nos hablaron de su proyecto y coincidía con los que nosotros queríamos y empezaron decorando nuestras habitaciones, quedando unas habitaciones muy alegres.

Pero queríamos más; un video para ver en familia nuestro servicio y evitar el estrés del niño al ingresar en la unidad, una página web, un tebeo, etc.

Vinieron Beatriz y M^a Luisa a nuestro servicio y nos presentaron su asociación "Believe in Art", ellas ya habían colaborado en talleres con el HMI, pero querían más. Nos explicaron que eran una asociación sin ánimo de lucro, trabajamos para que los niños que se encuentran en situaciones especiales, disfruten de espacios y momentos llenos de creatividad, arte e ilusión

Estos proyectos gracias a Believe in art y otros colaboradores los conseguiremos.

RESULTADOS

Las habitaciones han quedado muy bonitas y alegres.

Nuestro servicio esta cambiando día a día y podemos asegurar que los niños que ingresan en nuestro servicio se sorprenden gratamente al entrar por primera vez en la habitación.

Las habitaciones

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **331**

TÍTULO. COMENZAR EL CAMBIO DE CARA DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL. ¿UNA NECESIDAD O UN

Autores: BRUNA MARTIN MDM, GARCES DEL GARRO MA, GRACIA J, RUIZ DE TEMIÑO M, SILES A

BRUNA MARTIN MARIA DEL MAR · H MIGUEL SERVET · CIRUGIA PEDIATRICA

CONCLUSIONES

El proyecto a pasado de ser una necesidad a ser un avance en los cuidados de calidad, haciendo más confortable la estancia de los niños en nuestra unidad.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **277**

TÍTULO. **SATISFACCIÓN PACIENTE EN DOLOR AGUDO POSTQUIRURGICO**

Autores: CAMPO SIN A, JAIME PAUL R, ABAD SANZ M, IRIZIBAR MIR L, BENTUE OLIVAN L, ARANA LENIS MC, ARCAS SANCHEZ E, PASCUAL GABARRE MJ

CAMPO SIN ALICIA . H BARBASTRO . URPA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

INTRODUCCION

El adecuado manejo del dolor postoperatorio es un indicador de buena práctica y de calidad asistencial que influye en la satisfacción del paciente.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es conocer el grado de satisfacción de los pacientes operados en el hospital de Barbastro, respecto al control del dolor post-operatorio.

METODOLOGÍA

MÉTODO

El diseño del estudio fue de tipo descriptivo, transversal. Se revisó el grado de satisfacción de los pacientes intervenidos a los que se les administró tratamiento para el dolor postoperatorio, entre el 1 de Enero del 2014 y el 30 de Abril del 2015.

El seguimiento se realiza mediante un registro específico de control de dolor elaborado en la unidad, que se ha informatizado durante el año 2014.

El personal de enfermería de la URPA (Unidad de Reanimación Post-anestésica) es el encargado de realizar la entrevista a los pacientes, con apoyo del anestesista de guardia.

La medición del dolor se realiza con la escala visual analógica/escala verbal numérica (EVA/EVN) y la satisfacción mediante una escala tipo Likert.

Se calcularon medias y proporciones según el tipo de variable considerada. Las variables cualitativas se compararon mediante el test de Chi-cuadrado de Pearson.

RESULTADOS

RESULTADOS

Los pacientes incluidos en el estudio son 1055 de los cuales 64,1% son mujeres, la edad media es de 59,3 años (IC95% 58,2-60,4)

Por Especialidad quirúrgica el 38,5% pertenecen a Traumatología el 28,6% a Cirugía General y el 26,7% a Ginecología y Obstetricia.

Según patología las más prevalentes han sido:

Cesárea (150) 14.2%, Artroplastia total de rodilla (145) 13.7%, Artroplastia total de cadera (92) 8.7% e Histerectomía abdominal (67) 6.4%.

El 89,8% de los pacientes estudiados eran españoles y al 80,7% se les administro la analgesia endovenosa (elastomérica)

El primer día el 90,2% de los pacientes refirió un dolor leve en reposo, EVA < 3 (el 60% de los cuales no refirió ningún dolor, EVA=0), subiendo este porcentaje al 93,4% el segundo día, (con un 72%, EVA=0).

El 94,1% mostraron un nivel de satisfacción Bueno o Muy Bueno, el primer día y el 96,3% el segundo día.

La analgesia vía Epidural es la que menos satisfacción ocasiona con un 85,1%.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

El nivel de satisfacción es alto, lo que nos lleva a pensar que el control del dolor postoperatorio se lleva a cabo de forma satisfactoria.

No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto al nivel de satisfacción relacionado con la edad, el sexo o la nacionalidad ni con la especialidad médica.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. 113

TÍTULO. ¿ES MÁS SEGURO EL USO DEL MIDAZOLAM INTRANASAL QUE EL DIAZEPAM RECTAL? TRATAMIENTO DE LAS CONVULSIONES EN LOS NIÑOS

Autores: CARRASCO NAVARRO MJ, LATORRE IZQUIERDO A, NAVARRO TORRES M, PINA MARQUES B, MILAGRO JIMENEZ ME, BOSQUES GRACIA C

CARRASCO NAVARRO MARIA JOSE . H MIGUEL SERVET . PEDIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La crisis convulsiva (CC) es un frecuente motivo de consulta pediátrica en urgencias que representa una situación de riesgo inmediato o potencial. Puede tratarse bien de un proceso autolimitado, o si la situación se prolonga sin control evolucionar hasta un estatus convulsivo. Es fundamental un tratamiento anticonvulsivante inmediato y apropiado y para ello, las benzodiazepinas son consideradas fármacos de primera elección.

El objetivo es comparar la eficacia y seguridad del midazolam IN (intranasal) con el diazepam rectal en el tratamiento de convulsiones tónico clónicas agudas en niños en medio hospitalario.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de PubMed, Embase y MEDES con las siguientes palabras clave y asociaciones: (nasal midazolam AND seizures) AND rectal diazepam). De entre todos los artículos, se seleccionaron seis que cumplieran con los criterios de búsqueda en el ámbito de las urgencias pediátricas.

RESULTADOS

Éstos son algunos de los resultados obtenidos:

- (1) Fisgin encontró que el midazolam IN provocó el cese de las crisis en el 87% de los pacientes, mientras que el diazepam rectal causó el cese de las convulsiones en sólo el 60%.
- (2) Bhattacharyya comparó la administración física de midazolam IN frente al diazepam rectal en 188 episodios convulsivos en 46 niños. El tiempo de administración del fármacos y el cese de la convulsión fueron más rápidos con midazolam IN y hubo menos depresión respiratoria con midazolam IN.
- (3) Holsti y cols. analizaron una población de 124 niños con convulsiones; 39 de ellos fueron tratados con midazolam IN y 18 con diazepam rectal. Cabe destacar que el tiempo medio de las convulsiones fue 19 minutos más largo con diazepam rectal comparado con midazolam IN. El diazepam rectal también se asoció con tasas más altas de depresión respiratoria y una mayor tasas de internación.
- (4) Lahat y cols. administraron midazolam IN en 20 niños de 6 meses a 16 años que llegaron a urgencias pediátricas con convulsiones motoras generalizadas de 10 a 25 minutos de duración. El control de las crisis se consiguió en 19 de los 20 pacientes en 2.5-5 min, sin recidivas en los siguientes 60 min.

CONCLUSIONES

La administración intranasal es una vía de fácil acceso, tiene una absorción rápida desde un área muy vascularizada y sin primer paso hepático, lo que aumenta su biodisponibilidad.

El midazolam intranasal es preferible al diazepam rectal en el tratamiento de las crisis agudas en los niños. Resultó más eficaz que el diazepam rectal, con similar rapidez de acción, recuperación postictal más rápida y más segura con menores efectos secundarios. Respecto al tratamiento domiciliario de las crisis recurrentes, en España no se comercializa la presentación de midazolam en spray nasal y suele prescribirse el diazepam rectal (Stesolid) En urgencias pediátricas para la administración del midazolam IN se utiliza un dispositivo especial, los atomizadores intranasales en aerosol.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. 344

TÍTULO. IMPACTO DE MEDIDAS DE OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Autores: CASTIELLA GARCIA M, NAVARRO AZNAREZ H, ABAD SAZATORNIL R, NAVARRO PARDO I, ESCOLANO PUEYO A, COMET BERNAD M, PEREZ DIEZ C, GALINDO ALLUEVA M

CASTIELLA GARCIA MARINA . H MIGUEL SERVET . FARMACIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Analizar los cambios de tratamiento antirretroviral (TAR) en pacientes con carga viral indetectable, durante la implantación de estrategias de optimización del TAR en un hospital terciario. Se evalúa el impacto económico, la eficacia y la seguridad de las terapias prescritas antes y después del cambio.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo. Se incluyen pacientes infectados por el VIH con TAR y carga viral indetectable, a los que se les cambia el TAR entre abril de 2.012 y diciembre de 2.013. Se recogen variables de eficacia (carga viral), seguridad (efectos adversos) y coste (tipo de TAR y precio), las cuales se miden antes y después del cambio). Fuentes de datos: historia clínica electrónica, programa de dispensación a pacientes externos y de gestión económica de Farmatools®. Análisis estadístico: programa estadístico SPSS versión 19.

RESULTADOS

Se analizan 283 pacientes cuya edad media es $46,9 \pm 9,89$ años y el 63,3% son varones. Las pautas más frecuentes antes del cambio son tenofovir/emtricitabina (TDF/FTC)+inhibidor de la proteasa (39,9%) y TDF/FTC+inhibidor de transcriptasa inversa no análogo de nucleósido (ITINN) (24,7%). Las pautas más frecuentes tras el cambio son la monoterapia: darunavir o lopinavir + ritonavir (31,4%) y abacavir/lamivudina+ITINN (18,4%). La monoterapia pasa del 0,7% al 31,4% tras el cambio. El principal motivo de cambio son los efectos adversos (EA) (68,6%). Ejemplo de ello es el cambio por EA renales de TDF/FTC, pauta presente en 70,7% de pacientes antes del cambio, frente a 20,5% después. El 80,6% de la muestra, mantiene carga viral indetectable tras el cambio.

La media del gasto por paciente/mes, en TAR antes del cambio, es de 662€. Después, el precio medio por paciente/mes, es 528€. De los 283 cambios 211 (74,6%), han supuesto un ahorro respecto al tratamiento previo. La media de ahorro por paciente/mes es de 133 ± 207 €, que en un año, ascendería a 1.599€ por paciente. Considerando nuestra muestra de 283 pacientes, el ahorro total al año sería de 452.619€. No hay relación estadísticamente significativa entre el cambio a tratamientos más económicos y fracaso virológico posterior ($p=0,39$).

CONCLUSIONES

Las medidas de optimización reducen el gasto por paciente VIH tratado.

El principal motivo para cambiar el tratamiento son los efectos adversos, por lo que prima la seguridad del tratamiento.

Es posible un ahorro económico sin comprometer la efectividad del tratamiento antirretroviral.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **310**

TÍTULO. **MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA COMO ÁREA DE MEJORA**

Autores: CATALAN ESTEBANEZ O, SUSANA MARTIN GOMEZ, LUIS HIJOS LARRAZ, MTERESA FRANCO SANAGUSTIN, ANTONIO CASTILLON FANTOVA

CATALAN ESTEBANEZ OSCAR . UNIDAD DOCENTE MF Y C HU Y BA . UDMFYC

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El MAPA (Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial) es un instrumento de medida de gran utilidad para el diagnóstico y seguimiento de la Presión Arterial (PA). Dada la importancia de la MAPA para la evaluación y previsión del riesgo cardiovascular es fundamental asegurar tanto la accesibilidad por parte de los profesionales de la salud como la calidad metodológica. Desde hace tiempo se ha evidenciado la falta de uniformidad de los EAP del sector Huesca a la hora de realizar la MAPA. Destaca la no disponibilidad de MAPA en varios centros de salud, la insuficiente formación en esta técnica de algunos profesionales y la ausencia de un protocolo unificado que facilite la realización del procedimiento. De esta forma, el objetivo de esta investigación es describir las características de utilización de la MAPA en el ámbito de atención primaria como un primer paso para adentrarse en la mejora de la calidad en este procedimiento.

METODOLOGÍA

La muestra del estudio piloto agrupaba a todos los pacientes de la población asignada a una UBME de un EAP urbano con un MAPA realizado en el periodo 2009-2014. Recogiendo variables sociodemográficas y antropométricas, hábitos tóxicos y antecedentes personales. Las variables principales como el motivo de realización, riesgo añadido por valores de PA, clasificación del paciente según patrón circadiano de la PA deberían estar registradas en el 100% de los casos siempre dentro de los criterios de realización del MAPA. Se verificó un control de calidad de realización de la MAPA (tomas válidas, duración...).

RESULTADOS

La muestra estaba compuesta por 130 pacientes, de edad media 64.14 años (ds 11.59) siendo el 46,15 % eran mujeres. El IMC estuvo entre 30-34.9 y fue mayor de 35, en el 25.38% y 6,92% de los casos, respectivamente. El consumo de alcohol (3.08%) y tabaco (13.08) fue bajo. Entre los factores de riesgo se encontró la dislipemia en el 42.31 % de los casos. Un 13.08 % eran diabéticos. El principal motivo de uso del MAPA fue evaluar la eficacia del tratamiento (43.85%) seguida del diagnóstico de HTA (20.00%) y de la sospecha de HTA de bata blanca (13.85%). El riesgo añadido por la PA fue moderado en el 25.38% de los pacientes y ligero en el 18.46%. El resultado según patrón circadiano resultaron como dipper extremo 10%, dipper 38.46, no dipper 39.23 y riser 10.77%. La duración media fue de 23:29. El porcentaje de tomas validas mayor de 60 % fue de 94.61% en 24 horas (actividad: 96.93% y descanso 66.15%). Durante el periodo de actividad el 56.92 % no presentaban ninguna toma perdida y en el periodo de descanso este resultado fue del 58.46%.

CONCLUSIONES

El MAPA esta siendo utilizado para el diagnóstico, control y seguimiento de los pacientes hipertensos, siendo adecuada su utilización en el ámbito de atención primaria, sin olvidar que debe ser usado para la toma de decisiones clínicas. Dada su importancia se plantea establecer un procedimiento de uso del MAPA en el sector con el objetivo de garantizar la precisión de su utilización, para lo que en primera instancia se realizara un estudio en los diferentes EAPs del Sector con la fin de conocer la disponibilidad y uso adecuado del mismo.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **366**

TÍTULO. **EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**

Autores: CEBOLLADA GRACIA AD, MOZOTA DUARTE J, GONZALVO LIARTE C, MORENO CHULILLA JA, SUBIRA RIOS J

CEBOLLADA GRACIA ANA DELIA . H CLINICO UNIVERSITARIO . UNIDAD DE CALIDAD

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La seguridad del acto transfusional se fundamenta en la correcta indicación del mismo, así como la administración del componente sanguíneo más idóneo, a dosis y ritmo adecuados. La medición de estos indicadores se considera esencial para la mejora continua de la calidad.

El objetivo es determinar la adecuación de los procedimientos de transfusión indicados en pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del HCU Lozano Blesa en el año 2013, de acuerdo a las recomendaciones de práctica clínica de la guía sobre Transfusión de Componentes Sanguíneos de la Sociedad Española de Transfusión.

METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo, a partir de la revisión de historias clínicas de pacientes mayores de 18 años transfundidos en el periodo de un año. Se analizaron tres criterios principales del protocolo de transfusiones:

- (1) Indicación: Paciente adulto con Hb < 7 gr/dl, aceptable < 8 gr/dl en patologías crónicas.
- (2) Nº de unidades: 1 por cada gramo de unidades a reponer (objetivo a reponer: 7 ó 8 g/dl)
- (3) Ritmo transfusional: menos de 2 horas por unidad.

Otras variables estudiadas fueron: edad, sexo, Servicio que indicó la transfusión, Servicio donde se realizó, diagnóstico principal y la existencia del consentimiento informado.

Se realizó un muestreo aleatorio simple, calculando el tamaño muestral para un error admisible de 8% y nivel de confianza del 95%. Se realizó un análisis estadístico descriptivo, determinando intervalos de confianza del 95% y procediendo a la comparación de proporciones mediante el test de Chi-cuadrado.

RESULTADOS

Se realizaron 2.666 transfusiones a 722 pacientes, revisando una muestra de 108 procedimientos.

La indicación de transfusión (criterio 1) fue correcta en el 93,1% (IC 95%; 88,2-98) de los procedimientos. El número de unidades transfundidas (criterio 2) fue adecuado en el 81,2% (IC 95%; 73,6-88,8). El ritmo transfusional (criterio 3) fue idóneo en el 73,3% (IC 95%; 64,5-82). Los tres criterios se cumplieron en el 59,4% (IC 95%; 49,8-69) de las transfusiones.

Los criterios 1 y 2 tuvieron un cumplimiento significativamente mayor en los procedimientos indicados por facultativos del Servicio de Urgencias, respecto a otros servicios.

En cuanto al uso del consentimiento informado solo en un 47,2% (IC 95%; 37,8-56,6) se encontró en la historia clínica.

CONCLUSIONES

La indicación de la transfusión es correcta en la mayoría de los procedimientos, siendo mejorable la adecuación de la dosis, el ritmo transfusional y sobre todo la utilización del consentimiento informado.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. 332

TÍTULO. **EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA (LVSQ)**

Autores: CEBOLLADA GRACIA AD, MATARREDONA PAREJA AM, MOZOTA DUARTE J

CEBOLLADA GRACIA ANA DELIA . H CLINICO UNIVERSITARIO . UNIDAD DE CALIDAD

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El LVSQ es una herramienta útil para los profesionales clínicos interesados en mejorar la seguridad y reducir la morbilidad quirúrgica. Su uso se asocia a una reducción significativa de las tasas de complicaciones y de mortalidad tras la implantación del LVSQ, tanto en cirugías programadas como urgentes.

Evaluar la implantación de la lista de verificación de seguridad Quirúrgica en un hospital de referencia, en el año 2014 y comparar la evolución de los últimos años.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, descriptivo y transversal, a partir de la revisión de historias clínicas, entre el 3 de noviembre y el 19 de diciembre del 2014, analizando las intervenciones quirúrgicas programadas realizadas en dicho periodo. La verificación correcta se determinó por el cumplimiento de los siguientes criterios:

datos identificativos del paciente con firma o nombre de los tres miembros del Equipo (cirujano, anestesista y enfermera circulante), con todas las casillas correctamente cumplimentadas (17 ítems).

La muestra se calculó a partir de la fórmula de estimación muestral para una proporción en poblaciones finitas. Un total de 2166 intervenciones se realizaron en nuestro hospital en el periodo de estudio. Calculamos una muestra de 92 casos para un error admisible del 8% con nivel de confianza del 95%. Se realizó un muestreo aleatorio simple de 140 historias clínicas, incluidas las reservas en caso de no cumplir los criterios de inclusión o no disponer de ellas. Se revisaron 113 historias.

Se realizó un análisis descriptivo general en base a las variables descritas, determinando intervalos de confianza del 95% y procediendo a la comparación de proporciones mediante el test de Chi-cuadrado, con el paquete estadístico Spss vs 19.

RESULTADOS

El LVSQ se encuentra presente en el 85% (IC 95%; 78.36-91.55) de las intervenciones estudiadas. Sigue aumentando el uso del LVSQ en nuestro centro. El porcentaje correctamente cumplimentado (64%) mejora con respecto años anteriores.

Existe variabilidad en la utilización del LVSQ por servicios.

El profesional que con mayor frecuencia se identifica es el Cirujano (96,1%).

CONCLUSIONES

La utilización del LVSQ alcanza el 85%, mejorando después de 4 años de seguimiento.

El profesional que mayor frecuencia cumple y se identifica es el cirujano en el 2014.

En el 64% se realiza adecuadamente el LVSQ: se hace y además correctamente.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **377**

TÍTULO. LA SALUD EN LA ESCUELA: RECURSOS PARA EL PROFESORADO

Autores: CEBOLLADA GRACIA AD, GALLEGU J, FERRER E, ALIAGA MP, VILCHES B, BUENO M, MUÑOZ MP, PLUMED M

CEBOLLADA GRACIA ANA DELIA . DIRECCION GENERAL DE SALUD PUBLICA . EDUCACION PARA LA SALUD

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Salud y educación están interrelacionadas, siendo el nivel educativo uno de los determinantes principales de la salud. Como actuación de promoción de la salud, los Programas de Educación para la Salud en la escuela (PES) constituyen un apoyo a la labor del profesorado, buscando promover actitudes positivas y competencias básicas para el desarrollo personal y social del alumnado, en su dimensión personal, relacional y medioambiental.

La evaluación de los mismos es un paso fundamental para la mejora continua de la calidad.

En relación con la propuesta innovadora de trabajar los contenidos educativos on-line, el objetivo del estudio es analizar la utilización de los programas de educación para la salud en la escuela en el curso 2013-2014, así como la valoración que de los mismos emite el profesorado.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, descriptivo de la utilización de cada programa y recurso:

(1) PES de Primaria: incluyendo los recursos de “SolSano”, “Dientes Sanos” y “La Aventura de la Vida”.

(2) PES de Secundaria: incluyendo los recursos de “Cine y Salud”, “Pantallas Sanas” y “Órdago”.

Se analizaron también las evaluaciones enviadas por el profesorado, valorando la utilidad del recurso, el grado de interés y aceptación por parte del alumnado o familiares, dificultades en la utilización de los materiales, así como las observaciones y sugerencias.

Otras variables estudiadas fueron la provincia, el tipo de centro educativo (rural/urbano, público/privado) y el curso escolar.

RESULTADOS

En el curso 2013-2014, el PES de Primaria fue trabajado por 12.100 alumnos y 116 centros (30,3% de los existentes), 21 en Teruel (37,5%), 26 en Huesca (32,9%), y 69 en Zaragoza (27,9%). Por recursos, “Sol Sano” fue solicitado en el 27,7% de los centros, “Dientes Sanos” en el 24,5% y “La Aventura de la Vida” en el 22,5%.

El PES de Secundaria fue trabajado por 17.919 alumnos y 83 centros (39,7 % de los existentes), 17 en Teruel (50%), 21 en Huesca (47,7%), y 45 en Zaragoza (34,4%). Por recursos, “Cine y Salud” fue utilizado por 40,2% de los centros, “Órdago” en el 39,2% y “Pantallas Sanas” en el 34%.

En general, todos ellos fueron bien valorados por el profesorado, con alta aceptación por parte del alumnado. La observación más prevalente fue la dificultad de acceso a la plataforma on-line.

CONCLUSIONES

Las dificultades apreciadas y las propuestas de mejora serán consideradas para continuar impulsando la utilización y calidad de los PES.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. 164

TÍTULO. PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA EDUCACIÓN SANITARIA PARA PACIENTES ANTICOAGULADOS: IMPLANTACIÓN DE TARJETA ACO

Autores: CEBOLLERO MATA ML, AULES A, CAMINO MJ, ALASTRUEY M, BORREL M, PUYUELO E, MARCO JJ

CEBOLLERO MATA MARIA LUISA . H SAN JORGE . HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

FOMENTAR EL CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES SOBRE EL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE
PROMOCIONAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

METODOLOGÍA

EDUCACIÓN SANITARIA PUNTUAL EN LA CONSULTA
DISEÑO Y ENTREGA DE UN TRÍPTICO INFORMATIVO SOBRE RECOMENDACIONES A CERCA DEL TRATAMIENTO ELABORADO ESPECIALMENTE POR LA UNIDAD
REALIZACIÓN DE UN ESTUDIO QUASI EXPERIMENTAL CON DOS ENCUESTAS SOBRE LOS CONOCIMIENTOS PREVIOS Y POSTERIORES A LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA, A 100 PACIENTES QUE REPRESENTAN EL 20% DE LOS ATENDIDOS EN LA CONSULTA, ELEGIDOS DE FORMA ALEATORIA CON UN CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO, ANÓNIMO Y SECRETO
ENTREGA DE LA TARJETA IDENTIFICATIVA ACO

RESULTADOS

EL 100% DE LOS PACIENTES RECIBEN LA EDUCACIÓN EN LA CONSULTA, EL TRIPTICO INFORMATIVO Y LA TARJETA IDENTIFICATIVA.

SE HA CONSTATADO QUE LA MAYORÍA CONOCIAN YA EL NOMBRE COMERCIAL DE SU FÁRMACO ANTICOAGULANTE (98% Vs 99%), SU PATOLOGÍA DE BASE (94% Vs 95%), CÓMO TOMARLO (98% Vs 98%), QUÉ HACER ANTE LA INTRODUCCIÓN DE UN NUEVO MEDICAMENTO (99% Vs 97%), LA DIETA MÁS ADECUADA (89% Vs 92%)

SE CONSIGUE AUMENTAR LOS CONOCIMIENTOS SOBRE EL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE. DESTACÁNDOSE EL INCREMENTO DE LOS PACIENTES QUE TRAS LA INTERVENCIÓN CONOCEN QUE LA INR ES EL NOMBRE DE LA PRUEBA CON LA QUE SE CONTROLAN (4% Vs 30%), CUAL ES SU RANGO TERAPÉUTICO (69% Vs 74%), QUÉ HACER SI OLVIDAN UNA DOSIS (36% Vs 88%) O SABEN SI SE PUEDEN VACUNAR (87% Vs 95%)

QUEDA INSISTIR EN LA IMPORTANCIA DE AVISAR ANTE UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (1% Vs 1%)

CONCLUSIONES

EL PROYECTO DE MEJORA HA SERVIDO PARA AUMENTAR LOS CONOCIMIENTOS SOBRE EL TAO QUE TIENEN LOS PACIENTES Y EVIDENCIAR LAS CARENCIAS QUE SE PUEDEN SUBSANAR CON MÁS INTERVENCIÓN EDUCATIVA LA BUENA ACEPTACIÓN DE LA TARJETA Y DEL TRIPTICO NOS ANIMA A LA CONTINUIDAD DE SU ENTREGA UNA VEZ FINALIZADO EL PROYECTO

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **313**

TÍTULO. **AGENDA DEL PACIENTE**

Autores: COLL CLAVERO J, SIERRA CALLAU M, ANGLES BARBASTRO R, PALACIN ARIÑO C, MARTINEZ SILVA A, MINGUEZ SORIO J
COLL CLAVERO JUAN . H BARBASTRO . INFORMATICA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Desarrollo y puesta en marcha en el mercado de una aplicación móvil que sirva como canal de comunicación para el paciente hospitalizado. A través de esta aplicación móvil se permite el acceso de forma bidireccional del paciente con los sistemas de información hospitalarios.

Como objetivos específicos están la conexión con diferentes servicios del hospital: atención al usuario (manual de acogida), cocina (elección de menú en dieta normal) farmacia (indicaciones sobre toma de medicación, y HIS (programación de exploraciones y pruebas) entre otros

METODOLOGÍA

La aplicación se ha desarrollado siguiendo una fórmula de generación de innovación a partir de la alianza entre la universidad San Jorge, una empresa privada de desarrollo (Pyrenalia) y diversos servicios de nuestro hospital.

Pasos para la implantación:

- identificación de actores claves (pacientes y familiares, enfermería, admisión y helpdesk directo desde servicio de informática)
- estrategia.
- o se ha comenzado por información poco crítica (manual de acogida y cocina) antes de dar el paso al ámbito asistencial
- o se ha comenzado por la implantación en plantas donde los pacientes pudiesen presentar a priori más adherencia a este tipo de servicios
- arquitectura tecnológica. Se ha partido de una aplicación web que se está migrando a una app. Se está trabajando con webservices, de forma que un sistema independiente interactúa con los SI del SALUD sin guardar información de los pacientes.
- Evaluación. Se ha diseñado un cuestionario para evaluar la satisfacción de usuarios

RESULTADOS

El proyecto está en fase de pilotaje. Con los datos obtenidos hasta ahora se diseñara la estrategia de despliegue y el manual de gestión del cambio. En este momento está desarrollado y en fase de implantación el manual de acogida de pacientes y la información sobre menús (con la libre elección de menú para la dieta normal). La integración con la farmacia hospitalaria está en fase de desarrollo. Se ha negociado un acuerdo de explotación para que la aplicación pueda ser utilizada en todo el SALUD y haya un pequeño retorno para el SALUD de los derechos de explotación por terceros.

CONCLUSIONES

- Usabilidad / facilidad de uso.
- Mejora la accesibilidad de la información por parte de los pacientes.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. 315

TÍTULO. RESULTADOS DEL PROYECTO DE TELEMONTORIZACIÓN DE PACIENTES CRÓNICOS EN RESIDENCIAS DE LA TERCERA EDAD. E-RESATER (SOE3 / P1/F682) - PROGRAMA INTERREG IV B SUDOE

Autores: COLL CLAVERO J, SIERRA CALLAU M, ANGLÉS BARBASTRO R, BLANC FARO C, BLANC FARO E, TRIGO CEBRIAN MA, DELGADO MOLES V, PALACIO BARDAJI MJ

COLL CLAVERO JUAN . H BARBASTRO . INFORMATICA / INNOVACION

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

e-RESATER (Red de Salud y Telemedicina en Zonas Rurales) es un proyecto perteneciente al programa INTERREG IV B SUDOE (Sudoeste Europeo). El principal objetivo de e-RESATER es el desarrollo de redes de innovación sobre e-Salud y e-Inclusión en las zonas rurales dentro de las regiones SUDOE.

En el marco de e-RESATER se ha pilotado un servicio de telemonitorización de crónicos en tres residencias de ancianos del Sector Sanitario de Barbastro, con los siguientes objetivos.

- Poner en práctica un nuevo modelo de atención basado en TICs en el que gracias a la tecnología se produce una adecuación de roles entre personal sanitario y no sanitario y una transferencia de actividad de las organizaciones sanitarias a las sociales.
- Evaluar el nuevo modelo de atención bajo un marco de evaluación de proyectos de telemedicina (GEMSA) basado en los ejes: estrategia, tecnología, organización, calidad, economía y organización del proyecto.

METODOLOGÍA

Los agentes implicados son el Sector Sanitario de Barbastro, como proveedor público de servicios asistenciales (primaria y especializada) y los órganos de gestión de las residencias de ancianos. Las residencias en las que se ha desarrollado el proyecto son: Residencia La Sabina (Albelda), Residencia Comarcal de Binéfar (Binéfar) y Residencia Valle de Ésera (Campo).

El servicio se ha pilotado durante un periodo de entre 6 y 10 meses, dando cobertura a 125 usuarios.

El servicio se ha propuesto inicialmente para todos los residentes de los centros adheridos al programa, por lo que no hay un criterio específico de inclusión más allá de la residencia en estos establecimientos.

Como criterio de exclusión se ha adoptado que el residente muestre rechazo a la tecnología o el equipo sanitario no considere que la monitorización de estos usuarios aporte calidad al servicio por las condiciones particulares (e.g. pacientes en cuidados paliativos, pacientes con demencia avanzada o pacientes sin antecedentes de patologías bajo estudio).

Para el establecimiento de las pautas de telemonitorización y la selección de las medidas a realizar a cada residente, se han tenido en cuenta los antecedentes de la lista de patologías bajo estudio que incluye: insuficiencia cardíaca, la cardiopatía isquémica, EPOC, ACV y diabetes mellitus. La lista de medidas que se realiza a cada residente y que depende de su perfil patológico incluye: tensión arterial, frecuencia cardíaca, saturación, glucemia, temperatura y ECG.

Los médicos de AP encargados de las residencias han realizado una evaluación de los criterios de inclusión y exclusión de los residentes y han marcado las pautas de telemonitorización para cada uno de ellos en función de su perfil patológico y de las guías generales de otros proyectos (DREAMING y PITES).

El personal de las residencias (auxiliares) ha realizado la toma de constantes vitales de los residentes con un kit tecnológico según las pautas indicadas por el médico de AP. Estas constantes se envían de forma automática a un portal de monitorización de constantes vitales alojado en los sistemas de información del SALUD que almacena estos valores. Si estos valores están fuera de los rangos preestablecidos para cada paciente, se produce una alarma. Las alarmas pueden ser de tipo 1 (desviación leve, cuando se produce se envía un email) o de tipo 2 (desviación acusada, cuando se produce se envía un SMS). Estas alarmas son gestionadas por personal sanitario de la residencia. Además los valores se recogen en la aplicación de telemonitorización y son accesibles tanto por el personal de AP como por el personal sanitario de la residencia. Los valores que producen alarmas de tipo 2 y al menos una medida de cada tipo mensualmente se incorporarán además a la historia clínica del paciente (OMI-AP) de forma automática. Las pautas de monitorización (tomas asociadas a cada residente y frecuencia) que pre-establecidos pueden ser actualizados por el médico de AP.

El propio personal sanitario de la residencia actúa como "Centro de Contacto" del proyecto. Su misión es gestionar las incidencias que se produzcan en la toma de constantes. Cuando se produzca alguna alarma, llegará al email (tipo 1-leve) o al teléfono móvil (tipo 2-severa) del personal sanitario de la residencia. Esta figura de "Centro de Contacto" se encargará de validar esta alarma (comprobar que no corresponda a un artefacto y que no se corresponde con una situación anómala).

Además los equipos de AP tienen acceso a los datos del portal de telemonitorización y están en contacto con los miembros del Centro de Contacto quienes comunicarán las incidencias y eventos que consideren relevantes.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **315**

TÍTULO. RESULTADOS DEL PROYECTO DE TELEMONITORIZACIÓN DE PACIENTES CRÓNICOS EN

Autores: COLL CLAVERO J, SIERRA CALLAU M, ANGLÉS BARBASTRO R, BLANC FARO C, BLANC FARO E, TRIGO CEBRIAN MA, DELGADO COLL CLAVERO JUAN, H BARBASTRO, INFORMATICA / INNOVACION

RESULTADOS

Se ha recogido información para la realización de la evaluación del proyecto en varios ámbitos:

- Clínicos. Alarmas generadas y hallazgos gracias a la telemonitorización.
- Económicos. Evaluación del impacto económico del servicio
- Calidad de vida. Se ha utilizado el cuestionario de Yesavage para evaluar la depresión geriátrica al principio y al final del proyecto.
- Satisfacción de usuarios y profesionales. Se han recogido cuestionarios de satisfacción y usabilidad y se han realizado entrevistas con los actores implicados.

Esta información también se ha enmarcado en la parrilla de evaluación de proyectos de telemedicina GEMSA. Estos ejes son: estrategia, tecnología, organización, calidad, economía y gestión del proyecto.

CONCLUSIONES

- Es necesario que las aplicaciones utilizadas estén integradas no sólo con los Sistemas de Información del SALUD sino con los sistemas de información o sistemas de registro propios de las residencias.
- Se debe planificar e integrar en la actividad diaria del personal de la residencia el nuevo servicio, reservando un tiempo específico para él. Las aplicaciones deben ser adaptables y simplificar todavía más su uso para dar un verdadero valor añadido.
- Gracias a este modelo se han detectado descompensaciones y hallazgos que no se hubieran advertido con un modelo tradicional
- Es necesario crear cultura de cambio en las organizaciones de forma que todos los actores implicados puedan tener un beneficio.
- Los profesionales no sanitarios aceptan bien el cambio y se adaptan bien. La tecnología no es un problema y es un aliciente.
- Los profesionales sanitarios de las residencias que adoptan el modelo están generalmente satisfechos si bien algunos de ellos ofrecen resistencia al cambio y ven el servicio como una amenaza.
- Los usuarios finales valoran positivamente el servicio.
- Es imprescindible que la dirección del centro esté implicada y que dirija la gestión del cambio para que tanto el personal sanitario como el no sanitario participen y colaboren en el proceso.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. 311

TÍTULO. RESULTADOS DEL PROYECTO SUSTAINS: SUPPORT USERS TO ACCESS INFORMATION AND SERVICES

Autores: COLL CLAVERO J, ANGLES BARBASTRO R, SIERRA CALLAU M, VALLES GALLEGO V, VVALLES@SALUDARAGONES

COLL CLAVERO JUAN . H BARBASTRO . INFORMATICA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

SUSTAINS busca capacitar a los pacientes mediante la provisión de servicios online para que sean capaces de tomar decisiones informadas sobre su salud, tomar un rol activo en su cuidado y colaborar efectivamente con el equipo médico a través de las TICs

1. Capacitación de pacientes. Propiciar el cambio de rol de un paciente pasivo a uno activo en la gestión de su propia salud.
2. Resultados Médicos/calidad de la asistencia. Mejora de la calidad del cuidado mediante el desarrollo de la colaboración entre pacientes y profesionales sanitarios.
3. Eficiencia y economía. Incremento de la eficiencia y apuesta por la sostenibilidad facilitando el acceso del ciudadano a un conjunto de servicios clínicos y administrativos.
4. Otros Comprensión de los aspectos éticos y legales del acceso a los servicios por parte del ciudadano y en concreto a la HCD (Historia Clínica Digital) . Medición y del impacto y de los niveles de satisfacción entre ciudadanos, pacientes y profesionales sanitarios con los servicios

METODOLOGÍA

El proyecto SUSTAINS incluye un conjunto de servicios basados en proporcionar acceso a los ciudadanos a su Historia Clínica Electrónica. Estos servicios se han dividido en dos categorías:

SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

- Reservar una consulta
- Cambio de médico
- Actualizar teléfono y familiar de contacto
- Consulta de traza
- Acceso a datos de aseguramiento
- Acceso a datos de costes de servicios de salud
- Delegación de acceso
- Ocultar datos sensibles
- Consulta de derivaciones
- Servicios de notificación

SERVICIOS CLÍNICOS

- Acceso a la Historia clínica electrónica
- Rellenar formulario de Declaración de Salud
- Impresión de lista de medicamentos e información de laboratorio
- Integración de los datos de telemonitorización en la historia
- Soporte a la toma de decisiones

Estos servicios están accesibles a través de la pagina web del SALUD www.saludinforma.es y sectorbarbastro.salud.aragon.es/sustains

RESULTADOS

Se ha realizado una evaluación de los servicios haciendo especial hincapié en:

- Capacitación de usuarios. Cuál ha sido el impacto de los servicios entre los usuarios que los han utilizado.
- Satisfacción de usuarios. De qué forma los usuarios valoran los servicios y su implementación concreta.
- Satisfacción de profesionales. Cuál ha sido el grado de conocimiento de los profesionales de estos servicios y su valoración.
- Económico. Análisis de cómo influye el despliegue de estos servicios en las organizaciones que los adoptan.

CONCLUSIONES

A partir de la evaluación se han extraído una serie de conclusiones sobre estrategia, organización, promoción, colaboración y sobre la necesidad de creación de cultura para la implantación.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **448**

TÍTULO. **RESULTADOS PROYECTO TELEMONITORIZACIÓN PACIENTES CRÓNICOS EN RESIDENCIAS TERCERA EDAD. E-RESATER (SOE3/P1/F682)-INTERREG IV B SUDOE**

Autores: COLL CLAVERO J, SIERRA CALLAU M, ANGLES BARBASTRO R, BLANC FARO C, BLANC FARO E, TRIGO CEBRIAN MA, DELGADO MOLES V, PALACIO BARDAJI MJ

COLL CLAVERO JUAN . H BARBASTRO . INFORMATICA / INNOVACION

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

En el marco de e-RESATER se ha pilotado un servicio de telemonitorización de crónicos en tres residencias de ancianos del Sector Sanitario de Barbastro, con los siguientes objetivos.

- Poner en práctica un nuevo modelo de atención basado en TICs en el que gracias a la tecnología se produce una adecuación de roles entre personal sanitario y no sanitario y una transferencia de actividad de las organizaciones sanitarias a las sociales.
- Evaluar el nuevo modelo bajo un marco de evaluación de proyectos de telemedicina (GEMSA)

METODOLOGÍA

Los agentes implicados son el Sector Sanitario de Barbastro, como proveedor público de servicios asistenciales (primaria y especializada) y los órganos de gestión de las residencias (La Sabina -Albelda, Comarcal de Binéfar y Valle de Esera- Campo).

El servicio se ha pilotado durante un periodo de entre 6 y 10 meses, dando cobertura a 125 usuarios.

El personal de la residencia (auxiliares) ha realizado la toma de constantes vitales de los de residentes con un kit tecnológico según las pautas indicadas (tomas asociadas a cada residente y frecuencia) por el médico de AP. Estos datos se envían de forma automática a un portal de monitorización de constantes vitales alojado en los sistemas de información del SALUD. Si estos valores están fuera de los rangos preestablecidos para cada paciente, se produce una alarma. Estas alarmas son gestionadas por personal sanitario de la residencia. Además los valores se recogen en la aplicación de telemonitorización y son accesibles tanto por el personal de AP como por el personal sanitario de la residencia. Los datos que producen alarmas severas y al menos una medida de cada tipo mensualmente se incorporan además a la historia clínica del paciente (OMI-AP) de forma automática.

El propio personal sanitario de la residencia actúa como "Centro de Contacto". Su misión es recepcionar las alarmas, validarlas y gestionar las incidencias que se produzcan en la toma de constantes.

Además los equipos de AP tienen acceso a los datos del portal de telemonitorización y están en contacto con el Centro de Contacto que comunica la información que considera relevantes.

RESULTADOS

La evaluación del proyecto se ha desarrollado en los ámbitos: Clínicos (Alarmas generadas y hallazgos), Económicos (Impacto del servicio), Calidad de vida de los residentes, Satisfacción de usuarios y profesionales.

CONCLUSIONES

e-RESATER se ha evaluado bajo la parrilla de evaluación de proyectos de telemedicina GEMSA (ejes estrategia, tecnología, organización, calidad, economía y gestión)

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **317**

TÍTULO. **ANÁLISIS DE LAS INCIDENCIAS EN EL ÁREA DE ENSAYOS CLÍNICOS DEL SERVICIO DE FARMACIA EN 2014**

Autores: COMET BERNAD M, BERNABE ANTOLIN S, IDOPE TOMAS A, LARRODE LECIÑENA I, GALINDO ALLUEVA M, CASTIELLA GARCIA M, NAVARRO PARDO I, PALOMO PALOMO P

COMET BERNAD MACARENA . H MIGUEL SERVET . FARMACIA HOSPITALARIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Analizar las incidencias registradas en la gestión de ensayos clínicos (EC) del Servicio de Farmacia(SF) durante 2014 con el fin de detectar problemas de calidad, poner en marcha acciones correctoras y prevenir errores en el contexto de un proceso de mejora continua.

METODOLOGÍA

El sistema de registro comporta cumplimentar: persona que notifica la incidencia, fecha, EC, servicio, profesional implicado, fase del proceso, descripción, intervención y si afecta o no al paciente. Se revisaron las incidencias registradas en 2014 y se hizo un análisis descriptivo con Stata13, evaluándolas según servicio, fase del proceso y profesional implicado. Se estudiaron las causas más frecuentes y medidas correctoras tomadas.

RESULTADOS

Se registraron 103 incidencias en los 221 EC activos en el centro en 2014, 3 de las cuales se debieron a problemas con las cámaras frigoríficas del SF.

Las incidencias ocurrieron principalmente en las fases de prescripción (35,9%), recepción (23,7%), registro (11,7%) y dispensación (8,7%). Esto supone 1,7% del total de prescripciones, 0,4% de dispensaciones (n=2230) y 3,3% de recepciones (n= 737).

Por servicios destacan oncología (53%), medicina interna (14%), nefrología (11%)y oftalmología (10%) y por profesionales implicados el prescriptor (35,9%) y el farmacéutico (32,0%).

Las causas más comunes en la prescripción fueron: prescripción incompleta (43,2%) o errónea (18,9%), no especifica que el paciente es de EC (10,8%) y confusión de EC (10,8%). En la recepción, error al recepcionar y conservar el medicamento (23,1%) y errores administrativos (15,4%). Por último en la dispensación: dispensación para duración de tratamiento incorrecta (33,3%) y no ajuste al protocolo (44,4%).

CONCLUSIONES

El análisis realizado revela que para la correcta gestión de los EC y la coordinación entre los servicios es fundamental la comunicación de todo el personal implicado en el proceso, desde la recepción a la administración.

La medida correctora más frecuente fue la comunicación y notificación de las incidencias al personal sanitario involucrado (prescriptores, farmacéuticos, auxiliares, celadores) y/o al monitor cuando procedía, e insistir en el control de la recepción de las muestras. En el caso de los problemas con los frigoríficos, se trasladó la medicación a otra cámara.

El conocimiento y análisis de errores permite una mejora y optimización del proceso con el objeto de disminuirlos al máximo, para lo cual el registro de incidencias es una herramienta básica.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **276**

TÍTULO. **PAPEL DE ENFERMERIA EN LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES SOMETIDAS A TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA**

Autores: CONSUEGRA ESPINOSA MJ, VINDEL MC, RAPUN A, BARCELONA I, FEJA E

CONSUEGRA ESPINOSA MARIA JOAQUINA . H MIGUEL SERVET . REPRODUCCION

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Valorar el grado de dificultad de las pacientes a la hora de afrontar los tratamientos de reproducción asistida. Evaluar las estrategias actuales para resolver dichas dificultades y evitar errores que pueden ser determinantes a la hora de conseguir el principal objetivo del tratamiento que es la gestación.

METODOLOGÍA

Analizamos mediante encuesta a 93 pacientes que acuden a nuestra unidad el día de la captación de ovocitos durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2013. Están excluidas las pacientes a las que no se realizó la captación por fallo en la administración de HCG y los fallos en el tratamiento de la fase lútea.

RESULTADOS

El 100% de las encuestadas han respondido que han entendido bien el tratamiento. En cuanto a las dificultades para cumplir el mismo, el 27% ha referido el hecho de pincharse; el 12% la ansiedad durante el proceso; el 10% preparar la medicación; el 8% compatibilizar horarios y el 4% controlar la multimedicación. el 66% se ha autoinyectado y el 5% refleja haber cometido errores.

CONCLUSIONES

Aunque las pacientes encuestadas expresan que han entendido bien el tratamiento con las estrategias actuales, hemos detectado áreas importantes de mejora como minimizar errores, facilitar la automedicación y disminuir el grado de ansiedad.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **253**

TÍTULO. **EVALUACIÓN Y OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ALBÚMINA MEDIANTE PRESCRIPCIÓN RESTRINGIDA EN UN HOSPITAL GENERAL**

Autores: CUMBRAOS SANCHEZ MJ, MERCHANTE ANDREU M, FERNANDEZ ALONSO E, COMPAIRED TURLAN V, ALCACERA LOPEZ MA, GIMENO GRACIA M, ALLENDE BANDRES MA, SALVADOR GOMEZ T

CUMBRAOS SANCHEZ MARIA JOSE . H CLINICO UNIVERSITARIO . FARMACIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Desarrollar un formulario de petición que incluya las indicaciones específicas de la albúmina. Estudiar cuál de esas indicaciones es la más común en la práctica clínica. Evaluar si la implantación de la monitorización de la dispensación tiene alguna influencia en la cantidad de albúmina dispensada.

METODOLOGÍA

Para realizar el formulario de petición se formó un grupo de trabajo en el cual se representaban los principales servicios que utilizan albúmina. Se estudió cuánta albúmina fue dispensada durante los primeros 6 meses tras la implantación del formulario de petición, comparando los datos con los 6 meses previos a dicha implantación

RESULTADOS

El grupo de trabajo realizó una revisión bibliográfica acerca de recomendaciones para el uso de la albúmina, y desarrolló el formulario de petición incluyendo en el mismo datos del médico y el paciente, así como las indicaciones autorizadas para la albúmina: peritonitis bacteriana, paracentesis, síndrome hepatorenal, hiponatremia hipervolémica, mieloma múltiple e hipoalbuminemia asociada a otros factores. Se decidió que sólo se dispensarían 3 días de tratamiento por cada solicitud.

Se hicieron un total de 2511 solicitudes en 6 meses (mar-dic 2014). Las indicaciones más habituales fueron paracentesis (31,83%) e hipoalbuminemia asociada a otros factores (39,22%).

La cantidad de albúmina dispensada se redujo en un 27.3% con respecto a los 6 meses previos, cuando el formulario de solicitud aún no había sido implantado.

CONCLUSIONES

Hasta ahora, en nuestro hospital, la albúmina era dispensada sin conocer la indicación para la que era prescrita. Se ha visto que, gracias a la validación farmacéutica de la prescripción mediante el formulario de solicitud, ha habido una disminución y optimización de su uso.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **259**

TÍTULO. **EL SENTIDO DE LA DIGNIDAD EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN EL FINAL DE LA VIDA; ASPECTOS MÁS PREVALENTES**

Autores: DE LA RICA ESCUIN ML, TORRUBIA P, MORENO R, LAUROBA P, PEREZ J, GERMAN C, JIMENEZ L

DE LA RICA ESCUIN MARIA LUISA . INSTITUTO ARAGONES DE CIENCIAS DE LA SALUD . UNIDAD MIXTA DE INVESTIGACION HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARI

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Describir los aspectos más prevalentes que afectan al sentido de dignidad en pacientes oncológicos al-final-de-la-vida. Describir los aspectos socio-demográficos-clínicos de la muestra.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo-transversal en pacientes oncológicos atendidos por un ESAD. Criterios-de-inclusión: Ser mayor de edad. Participación voluntaria. Habilidad para hablar y escribir en español. Firma del consentimiento informado(CI). Capacidad cognitiva suficiente para cumplimentar el Inventario de la Dignidad del Paciente(IDP); cuestionario tipo Likert diseñado por H.MChochinov (versión validada al castellano). Otras variables: sexo, edad, ECOG y Pfeiffer. Análisis estadístico: SPSS-15.

RESULTADOS

11 pacientes cumplieron criterios-de-inclusión y firmaron el CI. Se recogieron 6 cuestionarios cumplimentados, los 5 restantes se perdieron por fallecimiento del paciente. Hombres: 66,7%. El 66,7% de la muestra era ≥ 70 años. ECOG de 3 en un 66,7% y Pfeiffer: sin deterioro cognitivo. Definiendo "problema" como los ítems del IDP con puntuación ≥ 3 , la media de problemas fue de 11,3(DE:6,8). Los aspectos valorados por los pacientes como "problema" fueron: Experimentar síntomas físicamente angustiosos, sentirse una carga para los demás, sentirse desanimado, no ser capaz de pensar con claridad y sentir que ya no es el que era.

CONCLUSIONES

El sentido de la dignidad de los pacientes de nuestra muestra se distribuyen en las tres categorías que establece el modelo de H.M.Chochinov: preocupaciones relacionadas con la enfermedad, preservación de la dignidad personal y social, siendo más prevalentes las que pertenecen a la primera categoría.

Comprender e identificar la diversidad del distrés en los pacientes paliativos, así como poder detectar a los pacientes de más riesgo, facilitaría la conservación de la dignidad al final de la vida.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **381**

TÍTULO. **PLAN DE CALIDAD EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE (SAP): NI UNA QUEJA SIN CONTESTAR, NI UN TRABAJADOR SIN AVISAR.**

Autores: DELGADO MARROQUIN M, DELGADO MT, MARCO B, SEBASTIAN AC, GUTIERREZ I, CEA SECTOR III

DELGADO MARROQUIN MTERESA · H CLINICO UNIVERSITARIO · UCI

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Revisar el nº y tipo de quejas realizadas en el SAP del HCULB durante 2014.

Analizar el nº de quejas respondidas, el tiempo medio en que se responden, y el nº que quedan sin contestar.

Analizar las cuestiones éticas y de calidad susceptibles de mejorar.

METODOLOGÍA

Revisión de los registros elaborados durante el pasado año, para obtener el nº total de quejas tramitadas y contestadas y el tiempo en el que han sido respondidas.

División de las quejas en los siguientes grupos de motivos: accesos y señalización, limpieza, confort, lencería, otros servicios complementarios, transporte sanitario, recursos humanos, recursos materiales, extravíos desapariciones y sustracciones, resultados, listas de espera y demoras, citaciones, asistencia, información, trato personal, organización y normas, derivaciones a otros centros, otros.

RESULTADOS

En 2014 se tramitaron 3251 quejas en nuestro SAP. 2102 (64.6%) fueron contestadas en menos de 30 días; 671 quejas quedaron sin contestar.

Los motivos de reclamación más frecuentes son: la Lista de espera (62.87% de las quejas), el proceso asistencial y competencia profesional -especialmente el desacuerdo con el criterio profesional y la falta de confianza en su competencia- (7.87 %) y los retrasos y cancelaciones (6.82%). En cuarto lugar (4.36%) se sitúan las reclamaciones de los pacientes relativas al trato personal, especialmente la actitud prepotente e inadecuada del personal.

CONCLUSIONES

- 1) Es necesario desde el punto de vista de la calidad asistencial, mejorar el nº de quejas respondidas intentando llegar al 100% y disminuir el tiempo de demora en la respuesta.
- 2) El motivo de queja más frecuente se relaciona con los retrasos y demoras en la asistencia y su resolución es compleja (tres de cada cinco reclamaciones son por la lista de espera y una de cada quince por retrasos y cancelaciones). Cuestiones éticas de actitud pueden estar detrás de los otros dos motivos: una de cada diez reclamaciones se deben a desacuerdos con el profesional/dudas sobre su competencia, y una de cada veinte al trato recibido.
- 3) Para mejorar las cuestiones éticas y de calidad detectadas sería necesario elaborar unas recomendaciones para los jefes de servicio solicitando mayor implicación en la consideración y respuesta a las reclamaciones.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **340**

TÍTULO. ANÁLISIS DEL ÍNDICE DE CHARLSON EN PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE GERIATRÍA

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

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

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

1. Cuantificar la comorbilidad de los pacientes ingresados en el servicio. 2. Evaluar los factores asociados. 3. Analizar la relación dependencia-comorbilidad en nuestros pacientes.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, prospectivo y transversal. Pacientes ingresados de junio a noviembre de 2014. Recogieron: datos sociodemográficos, antecedentes personales (AP), comorbilidad (índice de Charlson, IC), función (índice de Barthel, IB), cognición (SPMSQ), parámetros bioquímicos y mortalidad intrahospitalaria. Análisis: SPSS.

RESULTADOS

318 ingresos. Mujeres (68.2%). Urgentes: 84%, programados: 16%. Edad media: 85.89 (89,6% mayores de 80 años). IC al ingreso (mediana 3): IC 0 13.5%, IC 1-2 39.6%, IC 3-4 28.3% y IC =5 18.6%. SPMSQ: 5.22. IB al ingreso: mediana 50; IB al alta: mediana 25. IB ingreso: <45 (53.1); IB al alta: < 45 53.3%. Mortalidad: 16%.

Encontramos diferencias significativas entre IC y procedencia (urgentes/programados) $p < 0.013$; AP cardiovasculares $p < 0.014$; AP pulmonar $p < 0.000$; AP nefrourológicos $p < 0.000$; enfermedad renal previa $p < 0.000$; FGMDRD ingreso $p < 0.016$; creatinina $p < 0.012$; anemia $p < 0.028$ y mortalidad $p < 0.020$ y IB previo $p < 0.000$.

CONCLUSIONES

Los ancianos ingresados en nuestro servicio tienen elevada comorbilidad en un alto porcentaje de la muestra. Existe relación significativa entre alta comorbilidad y peor situación funcional. El índice de Charlson en nuestros pacientes predice mortalidad precoz. La morbilidad elevada se asocia a otros predictores de fragilidad como son la pérdida funcional y la anemia.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **151**

TÍTULO. **EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE DISFAGIA EN UN SERVICIO DE GERIATRIA**

Autores: DEZA PEREZ MC, GONZALEZ EIZAGUIRRE MM, FERRANDO LACARTE I, CANOVAS PAREJA C, NAVARRO CIRUGUEDA MC, MONTERDE HERNANDEZ B, LABARI SANZ G, GASPAR RUZ ML

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

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Mejorar la calidad del manejo de la disfagia de los pacientes atendidos en una Unidad Hospitalaria de Geriátría.

METODOLOGÍA

Creación de un Equipo Multidisciplinar formado por supervisora de enfermería, enfermera de enlace, auxiliares, terapeuta ocupacional, nutricionista, médico facultativo y médicos residentes de geriatría. Reuniones mensuales en 2014 y 2015, con puesta en común de la experiencia clínica. Encuestas de satisfacción del paciente o cuidador sobre dietas disfagia.

RESULTADOS

Hemos elaborado un “Tríptico informativo sobre disfagia” que se entrega al cuidador al ingreso del paciente y un “Cartel de alerta” sobre riesgos que conlleva la disfagia, que se coloca en el cabecero de la cama. Se ha asignado a una misma persona, la enfermera de enlace, la realización de la prueba disfagia MECV-V cuando sea requerido. Al alta, entrega al cuidador de “Hoja de recomendaciones de alimentos” para el paciente elaborado por nutricionista del hospital. Se han identificado los productos que más agradan a los pacientes y se han elaborado estrategias para mejorar el sabor y la presentación de los preparados. Se ha iniciado la entrega con el desayuno de unas cucharillas de pequeño tamaño que permiten dosificar mejor los volúmenes y, junto a ellas, aparece una nota informativa sobre disfagia para que lea el cuidador. Se ha realizado una sesión hospitalaria informativa sobre las estrategias realizadas y se ha programado la realización de sesiones formativas para personal sanitario sobre la disfagia.

CONCLUSIONES

Hemos iniciado estrategias de mejora para el cuidado del paciente con disfagia dirigidas a su cuidador habitual, al personal hospitalario y otras en relación a las dietas disfagia existentes en nuestro Hospital. La mejora del sabor y presentación de las dietas significará para el paciente un estímulo al ser una alimentación más atractiva y menos monótona. Para el cuidador y el personal la mejora en los conocimientos sobre la disfagia supondrá una mayor seguridad a la hora del manejo del paciente. Creemos que el abordaje de la disfagia debe ser multidisciplinar, y que trabajar en su mejor manejo supondrá una mejora en la calidad de la atención del paciente, su confort y una disminución de sus complicaciones.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **343**

TÍTULO. **PACIENTES ANCIANOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS ¿QUIENES SON?**

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

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

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Conocer las características de los pacientes mayores de 80 años que ingresan en una Unidad de Cuidados Intensivos. Conocer el motivo de ingreso, los procedimientos utilizados y su evolución.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de pacientes mayores de 80 años hospitalizados en una UCI desde enero 2013 hasta diciembre de 2014. Se registraron: edad, sexo, procedencia, Apache II, antecedentes médicos, motivo de ingreso, tratamiento al ingreso y al alta, infección nosocomial, uso de antibióticos, delirium, técnicas realizadas, estancia media y destino al alta.

RESULTADOS

Ingresaron 96 pacientes mayores de 80 años, suponiendo el 23.7% de los ingresos en UCI en este periodo (96/404). 5 pacientes por encima de 90 años. Predominio masculino 53,1% y edad media 83 años. Procedencia: Urgencias 83,3 %, hospitalización médica: 10,4%.

Motivo de ingreso: síndrome coronario agudo: 50%, bloqueo AV: 11,5%, sepsis y ACxFA: 5,2%, Icardiaca y parada cardiorespiratoria: 4,2%.

Antecedentes: HTA 84,4%, cardiopatía isquémica 28,1%, fibrilación auricular 19,8%, insuficiencia respiratoria crónica, EPOC e insuficiencia cardiaca: 17,7%, diabetes 22,9%, insuficiencia renal 12,5%, demencia 8,3%. Media de fármacos al ingreso/alta: 6,8/7,5. Delirium 15,6%.

Técnicas realizadas: 60,4% vía central, 40,6% cateterismo cardiaco, 19,8% intubación orotraqueal, 33,3% marcapasos, 22,2% coronariografía.

Tratamiento al ingreso/alta: anticoagulantes 19,7/27,6%, antiagregantes 32,9/59,2%, analgésicos 18,4/25%, neurolépticos 3,9/5,3%, antidepresivos 22,4/23,7%, hipnóticos 26,3/25%, aerosoles 19,7/18,4%.

Infección nosocomial 9,4%, Uso de antibióticos durante ingreso 22,1%.

APACHE II: 11 (5-38). Estancia media UCI: 5 días. Destino al alta: 50 % M Interna, 9% Geriatria. Fallecen 20 pacientes (20,8%).

CONCLUSIONES

Elevada prevalencia de pacientes octogenarios que precisan ingreso en UCI con patología coronaria aguda y candidatos a revascularización, con un incremento al alta del tratamiento antiagregante y/o anticoagulante.

Baja prevalencia de complicaciones hospitalarias como infección nosocomial o delirium (bajo porcentaje de pacientes con deterioro cognitivo).

Utilización de recursos asistenciales adecuados a su patología con independencia de su edad cronológica.

Ausencia de valoración cognitiva y funcional del paciente anciano en UCI, que consideramos fundamental para la toma de decisiones.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **345**

TÍTULO. **PROLACTINEMIA EN EDAD AVANZADA ¿MARCADOR DE FRAGILIDAD?**

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

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

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

1. Analizar la prevalencia de alteraciones funcionales de la hipófisis en pacientes ancianos ingresados por enfermedad aguda.
2. Analizar que fármacos están relacionados con la modificación de los valores de prolactina.
3. Evaluar la relación con determinantes de fragilidad.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, prospectivo y transversal. 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, hormonas hipofisarias y fallecimiento intrahospitalario. La extracción analítica se realizó en todos los pacientes siguiendo el protocolo del servicio. Paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS

318 pacientes. 68.2 % mujeres. Edad media 86,31 años. Urgencias 84%. AP: cardiovasculares 82,4%, neurológicos 61,3%, demencia 43,1%, nefrourológicos 40,6%, sensoriales 30,6%, pulmonares en un 28,3%, infecciosos 22%, enfermedad tiroidea 10,7% (hipotiroidismo 76,6%). FG MDRD < 60 ml/min: 23% en antecedentes, 45% en analítica de ingreso. IB < 45 en 37% al ingreso y 53,1% al alta. Anemia 67,6%, albúmina baja 56,9%, TSH aumentada 11% y prolactina elevada un 33% de los pacientes. Muerte intrahospitalaria: 16%. Al ingreso: I. Charlson =5 18,6%, I. Charlson =3 46,9% y al alta I.Charlson =3 55,5%. Asociaciones significativas entre prolactina elevada y enfermedad renal crónica previa ($p<0,024$); y mortalidad ($p<0,01$); I. Barthel <65 ($p<0,005$); I. Charlson por encima de 5 ($p<0,001$) (hombres/mujeres $p<0,027$); toma de trazodona ($p<0,06$), risperidona ($p<0,000$) y omeprazol ($p<0,002$).

CONCLUSIONES

1. Más de un tercio de nuestros pacientes presentan disfunción de la hipófisis, independientemente de la existencia de otras alteraciones endocrinas, como el hipotiroidismo. En nuestra muestra de población anciana, la toma continuada de risperidona, trazodona, omeprazol se asocia significativamente a elevación de prolactina.
2. La elevación de prolactina en nuestros pacientes muestra una asociación con índices pronósticos de mortalidad (Índice de Charlson), pérdida de la funcionalidad y mortalidad a corto plazo.
3. Existe una asociación entre prolactina elevada y anemia, conocido marcador de fragilidad.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **286**

TÍTULO. **MEJORA EN LA CALIDAD DEL BLOQUEO DE PLEXOS NERVIOSOS GUIADO POR ECOGRAFIA.**

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

DIESTE GONZALEZ MARIA MERCEDES · H ROYO VILLANOVA · QUIROFANO

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Mejorar la calidad y la seguridad en el uso de la anestesia de plexos nerviosos guiados mediante ecografía en pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla, disminuyendo el uso de la analgesia periférica y estancia hospitalaria.

METODOLOGÍA

Se realiza el seguimiento de un número de pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla a los que se le realizó bloqueo de Winni mediante el uso de ecógrafo valorando los resultados posteriores de efectividad.

RESULTADOS

Seleccionados 50 pacientes con una edad media de 50 años, presentan complicaciones, en la técnica de bloqueo de Winni guiada por ecógrafo, un tanto por ciento inferior a 5.

CONCLUSIONES

El uso de ecógrafo en el bloqueo de Winni mejora la efectividad y la calidad de la técnica disminuyendo el número de complicaciones así como el tiempo de hospitalización y el gasto sanitario.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. 126

TÍTULO. HOSPITAL DE DÍA DÍA GERIÁTRICO: PARA QUIÉN Y CÓMO

Autores: DOMINGO SANCHEZ MD, GASPAR RUZ ML

DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES · HNTRA SRA DE GRACIA · GERIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Difundir a los EAP del Sector I de Salud las posibilidades de atención integral de pacientes geriátricos y pacientes frágiles que son susceptibles de beneficiarse de este nivel asistencial
- Informar de los objetivos de HDG, del tipo de paciente.
- Informar del acceso a HDG a través de la Consulta de Alta Resolución (CAR) de Geriatria.
- Mejorar la coordinación y la comunicación con los EAP.
- Promover la eficiencia de HDG.

METODOLOGÍA

- Contacto con el Coordinador de los Centros de Salud urbanos del Sector I.
- Fijar fecha para sesión clínica: "Hospital de Día Geriátrico: para quién y cómo".
- Valorar los Centros de Salud en los que se desarrolla la actividad
- Nº de pacientes derivados a CAR
- Nº de pacientes aceptados en HDG.

RESULTADOS

- Se ha desarrollado la actividad en 5 Centros de Salud.
- Se derivaron para CAR 16 pacientes (4 de Amparo Poch, 10 de La Jota y 1 de Actur Norte)
- Se aceptaron en el programa de HDG 9 pacientes (56,25%)
- Se rechazaron 7 pacientes por no cumplir criterios (43,75%)

CONCLUSIONES

- Se observa mayor derivación los primeros días después de haber desarrollado la actividad en cada Centro de Salud.
- Este proyecto ha dado a conocer el HDG en los C/S pero ha sido insuficiente por la escasa derivación de pacientes
- Falta mejor información del paciente que se beneficia de HDG por el alto porcentaje de no incluidos.
- Falta de conocimiento de los recursos asistenciales entre Atención Primaria y Atención Especializada.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **142**

TÍTULO. **SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA FASE PREANALITICA EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA DE UN HOSPITAL TERCIARIO**

Autores: EGIDO LIZAN P, NUÑEZ MEDINA R, GOMARA LOMERO M, MORILLA MORALES E, VELA IGLESIA B, PALACIAN RUIZ P, OMEÑACA TERES M, REVILLO PINILLA MJ

EGIDO LIZAN PILAR · H MIGUEL SERVET · MICROBIOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Analizar las incidencias de la fase preanalítica del Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, durante el periodo de enero de 2010 a diciembre de 2014.

METODOLOGÍA

La fase preanalítica incluye todos los pasos desde que el médico realiza la petición hasta que se ejecuta y consideramos incidencia a todo evento que no cumpla con los criterios de aceptación del servicio.

Se analizaron retrospectivamente las incidencias de la fase preanalítica registradas en el sistema informático del laboratorio en los últimos 5 años, recogiendo las muestras y peticiones tanto en formato papel como electrónico, procedentes de nuestro hospital y sus áreas de influencia. Nuestro formato de petición es multimuestra.

Se incluyeron incidencias administrativas que no paralizan la muestra e incidencias de identificación del paciente y técnicas que impiden la continuación del proceso (rechazo de muestras). Se excluyeron las muestras y peticiones de las secciones de biología molecular y serología.

RESULTADOS

De un total de 785.768 muestras y peticiones se registraron 18.208 incidencias, lo que supone un 2,3%.

Las incidencias más frecuentes fueron “Muestra no recibida” (30,43%) que se comunica al servicio peticionario y “Volante sin destino” (18,76%) que no paraliza la realización del análisis. El 30,98% de las incidencias dieron lugar al rechazo de las muestras.

El mayor número de incidencias se registraron en los servicios de Urgencias (13,63%), Centros de Atención Primaria (13,07%), UCI (7,82%) y Medicina Interna (5,62%).

Se observó una mayor frecuencia de incidencias en las peticiones realizadas en papel (75,74%) respecto a las de formato electrónico (24,26%).

CONCLUSIONES

La petición multimuestra (electrónica o papel) facilita que se produzcan incidencias en la fase preanalítica.

Es necesario implementar y diseñar estrategias de mejora para disminuir el número de muestras rechazadas que producen pérdida de la calidad en la atención del paciente y fomentar la capacitación del personal en los servicios con mayor número de incidencias.

Las peticiones electrónicas dan lugar a menos errores que las de formato en papel, ya que este tipo de petición ayuda al solicitante la cumplimentación automática del formulario.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **335**

TÍTULO. **FÁRMACOS CON EFECTO ANTICOLINÉRGICO EN PACIENTES ANCIANOS QUE INGRESAN EN MEDICINA INTERNA**

Autores: ESCOLANO PUEYO A, CASAJUS LAGRANJA P, NAVARRO PARDO I, URIARTE PINTO M, PASCUAL MARTINEZ O, ABAD SAZATORNIL MR

ESCOLANO PUEYO ANGEL . H MIGUEL SERVET . FARMACIA HOSPITALARIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Analizar el porcentaje de pacientes ancianos con prescripción de fármacos anticolinérgicos al ingreso en el servicio de medicina interna (MI). Evaluar la relación entre prescripción de fármacos y presentación de síntomas anticolinérgicos. Determinar qué escala predice esta relación.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes ancianos (≥ 75 años) ingresados en MI en abril de 2015. Variables de estudio: sexo, edad, fármacos con efecto anticolinérgico prescritos al ingreso y síntomas anticolinérgicos desarrollados. La evaluación del riesgo anticolinérgico total se realizó mediante las escalas Anticholinergic Risk Scale (ARS) y Anticholinergic Cognitive Burden Scale (ACB), que consideran de manera diferente el riesgo asociado a cada fármaco para desarrollar un síntoma anticolinérgico. El estudio de la asociación del consumo de fármacos con potencial anticolinérgico y el desarrollo de un síntoma anticolinérgico se realizó mediante el test de Chi-cuadrado.

Fuente de información: Informe de urgencias.

RESULTADOS

73 pacientes. 65,8% varones. Media de edad $85,01 \pm 6,50$ años (75-100). Cada paciente tenía prescritos una media de $8,74 \pm 4,30$ fármacos (0-24). El 16,4% de los pacientes estaba institucionalizado y el 83,6% vivía en su domicilio. El 11,0% falleció durante el ingreso y el 16,4% permanecía ingresado al final del estudio. Según las escalas ARS y ACB el 31,5% y el 60,3% de los pacientes tenía prescrito al menos un fármaco con riesgo anticolinérgico al ingreso respectivamente, presentando en ese momento al menos un síntoma anticolinérgico el 68,5% de los pacientes.

Al aplicar el test de Chi-cuadrado se obtuvo una asociación estadísticamente significativa entre tener prescrito un fármaco con riesgo anticolinérgico y desarrollar un síntoma anticolinérgico al utilizar la escala ARS ($p=0,004$), OR=5,20. Al aplicar la escala ACB no se encontró asociación ($p=0,061$).

Según la escala ARS, 23 pacientes tenían prescrito al menos un fármaco anticolinérgico al ingreso. De ellos, con riesgo grado 1 fueron: ranitidina 21,74%; trazodona y quetiapina 17,39%, mirtazapina 13,04%; risperidona y levodopa-carbidopa 8,70%; pramipexol 4,34%. Grado 2: baclofeno y olanzapina 4,34%

La media del grado de riesgo anticolinérgico que presentaron los pacientes fue de 1,34.

CONCLUSIONES

Un alto porcentaje de los pacientes ancianos que ingresan en el servicio de MI tiene prescrito al menos un fármaco anticolinérgico. La escala ARS predice de forma significativa la asociación entre el consumo de fármaco anticolinérgico y el desarrollo de síntomas anticolinérgicos.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **346**

TÍTULO. INICIATIVA DE MEJORA DEL MANEJO DEL ANGIOEDEMA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA

Autores: ESCOLAR MARTINEZ BERGANZA T, ABASCAL JM, SAENZ D, LAHOZA C, RIVAS M, CANTIN A, GRANADOS C, CASTAN S
ESCOLAR MARTINEZ BERGANZA TERESA . H CLINICO UNIVERSITARIO . URGENCIAS

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

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 y los costes económicos que acarrear.

METODOLOGÍA

Se propone la elaboración de un protocolo de manejo del angioedema agudo en Urgencias, con un algoritmo de decisión diagnóstico-terapéutico, contrastado con la evidencia científica actual, y su posterior difusión al personal sanitario implicado en el manejo de esta patología, a través de sesiones clínicas impartidas tanto a FEAs, MIR, ATS como a celadores, para a continuación comenzar a aplicarlo a los pacientes que acudan al servicio de urgencias con angioedema agudo.

Además se propone colocar posters en la unidad de vital, boxes de observación y de cirugía, ubicaciones donde se atienden a este tipo de pacientes, con el algoritmo impreso y elaborar dípticos de bolsillo con el algoritmo, para repartir entre los profesionales involucrados en la asistencia de estos pacientes.

Se crearan 4 indicadores para la monitorización e implementación del protocolo.

Se realizó una prueba piloto previa a esta propuesta, exponiendo un algoritmo de manejo en sesión clínica y realizando un estudio descriptivo en los 6 meses previos a la exposición del mismo y en los 6 meses después.

RESULTADOS

En nuestro Servicio de Urgencias del Hospital Clínico de Zaragoza, en los 6 meses previos a la realización de la prueba piloto, se atendieron a 55 pacientes con angioedema agudo, con una media de edad de 38,78 años, de los cuales, sólo el 9,1% entró como prioridad máxima para su atención (nivel II). Al 10,9% de esos pacientes se le realizó prueba de rayos y sólo un 1,9% de los casos (un único caso), ingresó, siendo el resto dados de alta a domicilio con una media de 1,45 recetas por paciente.

En los 6 meses siguientes a la realización de la prueba piloto, se atendieron 177 casos de angioedema agudo, con una media de edad de 44,62. El 4,5% entró con prioridad máxima de atención (nivel II). Al 5,1% de casos se les realizó prueba de imagen radiológica. De estos pacientes, sólo un 1,1% ingresaron (2 casos), siendo dados de alta el resto, con una media de recetas por paciente de 1,58.

CONCLUSIONES

La prueba piloto resultó beneficiosa para aumentar la concienciación de los profesionales ante dicha enfermedad y optimizar los recursos, lo que sugiere que es importante la elaboración de protocolos clínicos para disminuir la variabilidad de actuación de los profesionales ante determinadas patologías.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. 191

TÍTULO. PREVENCIÓN DEL ALCOHOL EN LA ETAPA ESCOLAR

Autores: ESTEBAN ZUBERO E, JORDAN M, TRUEBA S, LUBIAN M, BAQUER C, ANTOÑANZAS A

ESTEBAN ZUBERO EDUARDO . CS DELICIAS SUR . MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El estudio ESTUDES de 2012-2013 abarcó a 68 centros de Enseñanza Secundaria en Aragón con estudiantes que abarcan edades entre los 14 y los 18 años. De este estudio se extrajo que el 88'4% de los alumnos había consumido alcohol alguna vez en su vida, el 55'2% tabaco y el 41'1% cánnabis. Estos datos confirman un aumento del consumo de alcohol en 5'7 puntos y de 7'5 en el caso del tabaco en relación al estudio ESTUDES 2010.

La edad media de inicio de consumo de alcohol en Aragón es de 13'5 años (13'9 a nivel nacional) sin existir diferencia entre sexos con una afirmación de ingesta semanal a los 14'9 años (15'1 en España). A los 14 años, el 40% afirma haberse emborrachado alguna vez y, a los 17, estos valores son ya superiores al 80%.

Es por esto que, viendo estas cifras, nos hemos propuesto realizar una intervención en los colegios de Educación Primaria de la zona de acción de nuestro Centro de Salud (Barrio de Delicias, C.S. Delicias Sur) para:

- Prevención primaria del consumo de alcohol
- Otorgar información acerca de sus consecuencias
- Sensibilizarles con el problema invitándoles a realizar acciones preventivas

METODOLOGÍA

Para ello, en 3 colegios de la zona a los cursos de 6º de Primaria: Emilio Moreno Calvete (una vía), José María Mir (2 vías) y Andrés Manjón (1 vía), se entregó un cuestionario previo a la intervención para conocer los conocimientos acerca del alcohol y se realizó una intervención en dos tiempos. En un primer tiempo (1 hora de duración) se realizaba una exposición mediante material teórico y vídeos de las consecuencias del consumo de alcohol. En un segundo tiempo, también de 1 hora de duración, se trataba de incitar a su sensibilización realizando un póster acerca de lo aprendido para ayudar a sus compañeros del centro en la prevención del alcohol. Posteriormente, se volvió a realizar el mismo cuestionario para conocer de forma objetiva los efectos de la intervención.

RESULTADOS

En estos momentos se está realizando el recuento de los datos, pero cabe destacar la no consideración del alcohol como droga así como la idea de que su consumo no tiene repercusión. También se desconocía la diferencia de efecto de consumo en mujeres y hombres por el déficit de ADH en el primer grupo.

CONCLUSIONES

El consumo de alcohol es un problema grave en nuestra sociedad y muy arraigado a ella dada la aceptación social que tiene. Es por ello que, intervenciones de este tipo, pueden ayudar a prevenir este problema dado que se observa la escasa información que tienen los adolescentes de hoy en día acerca del alcohol y de otro tipo de drogas.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **358**

TÍTULO. **RIESGO CARDIOVASCULAR EN TRABAJADORES DEL SECTOR ZARAGOZA I.**

Autores: EZPELETA ASCASO I, BERNAD USON MA, PASTOR GIL MP, BOLINAGA MORAL MI, ELIZALDE PEREZ DE CIRIZA MI

EZPELETA ASCASO IGNACIO . H ROYO VILLANOVA . PREVENCIÓN

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Conocer la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en la muestra. Clasificación según variables.
- Conocer los estilos de vida saludables: ejercicio físico, dieta y horas de sueño

METODOLOGÍA

Con motivo de la vigilancia de la salud individual, sobre una muestra de trabajadores se realiza un estudio descriptivo retrospectivo transversal durante el año 2014. Recogiendo los datos: edad, sexo, medidas antropométricas, tensión arterial, glucosa y perfil lipídico. Para conocer los estilos de vida se cumplimentaron, el cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea del estudio PREDIMED, la versión española del Brief Physical Activity Assessment Tool (BPAAT) y las horas sueño se registran en escala cuantitativa.

RESULTADOS

Se valoran 87 pacientes, edad media de la muestra 45 años con un 18,4% de varones y un 79,3% de mujeres. Fumadores el 14,1% Presentan sobrepeso el 21,8 % y obesidad. 9,2%. La media de horas de sueño al día es 6,68 (moda: 7). No se objetiva relación estadísticamente significativa entre horas de sueño y exceso de peso. La mayoría de la muestra son normotensos (76,5%). Según clasificación JNC-7 tienen HTA sistólica un 9,4% y HTA diastólica 4,9%. Tienen cifras de glucemia normal(media.93,26 mg/dl), el 65,9% tienen cifras de colesterol <200 mg/dl con triglicéridos normales. Son sedentarios 79,3% y un 57,55 de la muestra presenta una adherencia baja a la dieta mediterránea.

CONCLUSIONES

La prevalencia de tabaquismo en el estudio (18,4%) es inferior a los datos más recientes en la población general . Debemos promover la dieta mediterránea como herramienta de prevención primaria ante las enfermedades cardiovasculares. Hay que incentivar la práctica de ejercicio físico y disminuir la cifra de lípidos en sangre con programas y seguimientos específicos constituyendo la unidad de prevención en este aspecto un activo a través de la vigilancia de la salud y el adecuado consejo de educación y promoción de la salud.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **251**

TÍTULO. **OPTIMIZACIÓN DEL USO DE RANIBIZUMAB EN EL SERVICIO DE FARMACIA: ESTUDIO DE IMPACTO ECONÓMICO**

Autores: FERNANDEZ ALONSO E, CUMBRAOS SANCHEZ MJ, ALCACERA LOPEZ MA, PARDO JARIO MP, SALVADOR GOMEZ T, MERCHANT ANDREU M, GUARC PRADES E, COMPAIRED TURLAN V

FERNANDEZ ALONSO EDGAR . H CLINICO UNIVERSITARIO . FARMACIA HOSPITALARIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

En Junio de 2013 se puso en marcha un protocolo de utilización de ranibizumab en el que se estableció agrupar a pacientes con el objetivo de fraccionar el vial de dicho fármaco en jeringas de 0,5ml como estrategia de ahorro bajo condiciones asépticas. De cada vial, se obtienen 3 dosis de ranibizumab aptas para su uso (0,5mg/0,05mL). El objetivo del presente trabajo consiste en evaluar y cuantificar el impacto económico que ha supuesto la optimización de viales de ranibizumab.

METODOLOGÍA

Se incluyeron pacientes tratados con ranibizumab intravítreo entre Junio 2012 y Mayo 2013, y se compararon los datos con los de los pacientes tratados entre Junio 2013 y Mayo 2014, analizando el gasto teórico previsto sin dicha optimización. Se analizó el consumo de viales totales y de fracciones, el número de pacientes y los distintos diagnósticos. Los datos fueron recogidos mediante el programa de prescripción electrónica FARMATOOLS®.

RESULTADOS

Entre Junio 2012 y Mayo 2013 se trataron 240 pacientes, 213 (88,75%) con degeneración macular asociada a la edad (DMAE) neovascular (516 dosis), 16 (6,66%) con edema macular diabético (24 dosis), 10 (4,16 %) con neovascularización secundaria a miopatía patológica (14 dosis) y 1 (0,41%) con edema macular secundario a oclusión de vena retiniana (3 dosis). El gasto de ranibizumab sin fraccionamiento fue de 430.462,28€. Entre Junio 2013 y Mayo 2014 se trataron a 400 pacientes, 364 (91%) con DMAE neovascular (1140 dosis), 29 (14,25%) con edema macular diabético (57 dosis), 6 (1,5%) con neovascularización secundaria a miopatía patológica (13dosis) y 1 (0,25%) con glaucoma neovascular (2 dosis). El gasto de ranibizumab sin el fraccionamiento hubiera sido de 1.029.124,36€ En cambio, gracias al fraccionamiento fue de 440.336,33€ consiguiendo un ahorro de 588.788,02€(714 viales) en un período de un año, con una media de 1.471,97€por paciente.

CONCLUSIONES

: La agrupación de pacientes y el fraccionamiento de viales de ranibizumab en el servicio de farmacia supone un aumento en la carga asistencial, y un ahorro importante en beneficio del paciente y del sistema de salud. La patología que supuso un mayor gasto en el uso de ranibizumab fue la DMAE, entorno a un 90%.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. 445

TÍTULO. CONTROL DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO. EXPERIENCIA DE ENFERMERÍA

Autores: FERNANDEZ GONZALEZ MR, RUBIRA EGIDO

FERNANDEZ GONZALEZ MARIA REYES . H MIGUEL SERVET . QUIROFANO URGENCIAS MATERNO INFANTIL

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La hemorragia postparto es una de las principales causas de muerte materna en el mundo.

Hay hemorragia postparto cuando tras un parto vaginal se produce una pérdida de 500ml y en una cesárea pérdidas superiores a 1000ml.

El diagnóstico de las causas se realiza según la regla de las cuatro Tes. Siendo la atonía uterina la causa más importante de hemorragia postparto.

El objetivo es un mejor control de la hemorragia aplicando los protocolos y las medidas preventivas.

METODOLOGÍA

Si las medidas anteriores no son eficaces:

Es posible que haya que activar el protocolo de hemorragia masiva. Contactar

BANCO DE SANGRE

142484

HEMOGRAMA Y COAGULACIÓN

142477

Para un mejor control del tiempo en la hemorragia masiva se ha puesto en marcha un protocolo específico en el quirófano de obstetricia

Para su logro, se instaló una nevera únicamente para el almacenamiento de dos concentrados de hematíes O/RH-(S.desesperada)

Con un control de la temperatura interna mediante la sonda de un termómetro, verificado por las enfermeras en los tres turnos.

Así mismo se realiza el cambio de concentrados cada 15 días, contando para ello con una nevera portátil.

La reposición en caso de uso, es inmediata por el servicio del banco de sangre

Además de los CH se tienen refrigerados:

Fibrinógeno humano 3 gr

Complejo de protrombina humana tres viales de 600 UI cada uno.

Son repuestos inmediatamente tras su uso.

Se preparará:

Metilergometrina, Dinoprostona 5 mgr en 500 de suero

Ácido tranexámico. Vitamina k. Cloruro cálcico. Complejo protrombínico

Taponamiento uterino con balón de bakry

RESULTADOS

El tener protocolizada la actuación en la hemorragia postparto permite una mejor coordinación y comunicación del equipo multidisciplinar.

Así mismo el tener in situ los CH mejora el tiempo de actuación.

Todo unido mejora la eficacia en el control de la hemorragia y por tanto la calidad asistencial

CONCLUSIONES

El tener protocolizada la actuación en la hemorragia postparto permite una mejor coordinación y comunicación del equipo multidisciplinar.

Así mismo el tener in situ los CH mejora el tiempo de actuación.

Todo unido mejora la eficacia en el control de la hemorragia y por tanto la calidad asistencial

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. 364

TÍTULO. **IMPLANTACIÓN DE LA NORMA ISO 9001 EN LA UNIDAD DE FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL DEL SECTOR ZARAGOZA 2**

Autores: GALVEZ ALVAREZ E, MONREAL HIJAR A, JAVIERRE LORIS MA, DENIZON ARRANZ S, LAFUENTE DE MIGUEL S, GIMENEZ LAMBAN P, ABRIL ZAERA P, BALFAGON ROMEO MJ

GALVEZ ALVAREZ EVA . H MIGUEL SERVET . FORMACION SUBDIRECCION DE ENFERMERIA HMI

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Analizar la experiencia que ha supuesto la integración de la norma en el funcionamiento habitual de la Unidad de Formación
Describir los puntos críticos que la implantación de la norma ha evidenciado en el desarrollo del proceso formativo
Reflexionar sobre los aspectos clave del proceso formativo en los que la norma incide mejorando el resultado del mismo
Animar a otros Servicios /unidades a instaurar un sistema de gestión de la calidad mediante nuestra experiencia

METODOLOGÍA

Descripción de la experiencia de implantación de la norma desde mayo de 2014 hasta la actualidad.
En la Unidad de Formación del Sector 2 partíamos de una gestión por procesos instaurada en 2009 y cuyos contenidos, indicadores y responsabilidades se revisaban anualmente, además de vincular resultados a los respectivos Contratos de Gestión.
En la primavera del pasado año, se decidió en comisión de formación adecuar nuestro proceso formativo a los requisitos de la Norma ISO 9001, primero contando con el inestimable asesoramiento de la UCA, recibiendo formación específica y creando un grupo de calidad motivado y con muchas ganas de conseguir el objetivo.
La documentación con la que ya contábamos nos ayudó para describir los procedimientos operativos, que fueron una adaptación de nuestros anteriores subprocesos.
El resto de documentación se elaboró en fases sucesivas, distribuyendo responsabilidades conforme adaptábamos nuestras actividades, funciones y estructura a los requisitos de la norma.
Las reuniones del equipo de calidad fueron numerosas y procuramos una comunicación constante de los avances en la empresa y nuestras nuevas responsabilidades de acuerdo con la norma.

RESULTADOS

El 12 de mayo de 2015 se realizó la auditoría externa a nuestro nuevo sistema de gestión de la calidad en la unidad de formación y desarrollo profesional, quedando a la espera de confirmación de la certificación.
La nueva organización de la documentación, la definición de funciones, descripción de instrucciones, gestión de incidencias y no conformidades o el control más eficaz sobre nuestros recursos han supuesto una percepción de mayor control sobre la gestión de los procesos formativos por parte de los miembros de la Unidad

CONCLUSIONES

La implantación de la norma ha supuesto un importante esfuerzo y dedicación por parte de los miembros de la Unidad de Formación, fundamentalmente del grupo de calidad, más directamente implicados.
La motivación y la implicación de los miembros han sido fundamentales para llevarla a cabo con éxito.
Las ventajas de la adecuación de la sistemática de trabajo en la Unidad a los requisitos de la norma ISO han sido reconocidas por sus miembros, fundamentalmente en la unificación de criterios de trabajo, especificación de responsabilidades y en el compromiso de medición, análisis y mejora de resultados de nuestro trabajo

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. 145

TÍTULO. **GESTIÓN DE INCIDENCIAS EN EL SERVICIO DE HOSTELERIA- COCINA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET**

Autores: GARCIA BLASCO S, SEGURA AZNAR MJ, VERA CEAMANOS M, CARBONEL MOREU A, MONCLUS ARRIETA C, PEREZ SALILLAS M
GARCIA BLASCO SACRAMENTO . H MIGUEL SERVET . HOSTELERIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Registro tipificado de las incidencias producidas en cocina fomentando la participación del personal.

Mayor control y monitorización de las incidencias que se producen en los diferentes procesos del servicio de cocina

METODOLOGÍA

Tipificación de incidencias para identificar el origen de las mismas: Proveedores, mantenimiento, recepción, almacenamiento, preparación, elaboración, enfriar con abatidor, emplatado, distribución/servicio, microbiología alimentos, desbarasado, limpieza y desinfección, desinsectación- desratización, residuos, control de agua y personal/laboral

Control de incidencias producidas y acciones correctoras implantadas.

Facilitar el formato de registro de incidencias al personal de cocina.

Constitución de un grupo de calidad formado por Jefe de Servicio, cocineros, gobernantes, pinches, personal técnico y administrativo que se reúne de forma periódica para revisar las incidencias producidas y aportar posibles soluciones.

RESULTADOS

Reunión mensual del Grupo de calidad (desde Marzo 2015)

Resultados obtenidos año 2014.

411 incidencias registradas.

25 incidencias derivadas de inspección sanitaria

96,59% acciones correctoras implantadas.

Tipificación de incidencias

Mantenimiento 41,61%

Proveedores 19,95%

Limpieza y desinfección 9,25%

Desbarasado 4,87%

3 No conformidades abiertas: mantenimiento, microbiología de alimentos y proveedores.

1 permanece abierta (microbiología de alimentos)

CONCLUSIONES

La gestión de incidencias permite encontrar y analizar las causas subyacentes del origen de las mismas.

Compromiso del personal de cocina en el registro de incidencias para mejorar la calidad del servicio, dentro de un proceso de mejora continua

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **281**

TÍTULO. **IMPACTO SESIÓN FORMATIVA EN LA MEJORA DE CONTINUIDAD Y CALIDAD DE CUIDADOS A PACIENTES OSTOMIZADOS ATENCIÓN PRIMARIA**

Autores: GARCIA BUESA S, MARTINEZ CASAMAYOR C, SOLER ABADIAS RM, SANCHEZ ESCOBEDO S

GARCIA BUESA SUSANA . H MIGUEL SERVET . CIRUGIA HEPATOBILIAR Y VASCULAR

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

General: Creación marco común proporcionando seguridad y confianza entre Primaria - Especializada unificando criterios de calidad.

- ? Aumentar calidad cuidados a ostomizados mediante formación.
- ? Mejorar procedimientos primaria para optimizar recursos.
- ? Evaluar efectividad sesión formativa.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo trasversal aleatorizado evaluando impacto formativo en mejora continuidad y calidad cuidados.

Detectando una necesidad en la continuidad de cuidados tras el alta (Sectores I y II Atención Primaria) se planteó realizar una intervención formativa y posterior estudio efectividad- eficiencia

Para valoración objetivos se elaboró cuestionario(escala likert 4 ítems)

Medición pre - post intervención.

Los ítems se dividieron en grupos:

1. conocimientos teóricos
2. cuidados
3. necesidades y reintegración ostomizado primaria
4. impacto formación, calidad cuidados y mejora recursos

Valoración de resultados obtenidos expresados en frecuencias absolutas y relativas, porcentajes pre y post intervención y significación mediante prueba de homogeneidad marginal analizados mediante SPSS v.19.0

RESULTADOS

Si comparamos el cuestionario pre y post formación con respecto a cada ítem se ve que en todas las preguntas hay una variación muy importante de respuestas que al de la zona nada y escasa y cambian a suficiente completa en todos los casos ($p=0.000$). Se alcanzaron los objetivos planteados.

CONCLUSIONES

La formación sobre cuidados al paciente ostomizado es considerada como efectiva por los profesionales que desarrollan su actividad a nivel de atención primaria. Valoran que contribuye a mejorar la continuidad en los cuidados tras el alta.

La efectividad de sesiones formativas, en atención primaria, mejora los procedimientos utilizados para definir cuidados en ostomizados y la utilización de los recursos disponibles los centros

La evaluación se considera lo suficientemente positiva como para continuar en la labor formativa para transmitir experiencia y conocimiento a profesionales en ámbitos diferentes al hospitalario. Puede resultar un impulso para la motivación profesional, con el fin último de mejorar la calidad de la atención de enfermería a portadores de ostomías.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **173**

TÍTULO. **VIVIR LA MUERTE EN LA UCI**

Autores: GARCIA GARCIA Y, PELAY MA, TIRADO G, MONTOLIO MI

GARCIA GARCIA YOLANDA . H ROYO VILLANOVA . CUIDADOS INTENSIVOS

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Conocer cómo vivieron los familiares el final de la vida de un ser querido en una UCI.

METODOLOGÍA

Es un estudio cualitativo fenomenológico.

La población de estudio son los familiares de pacientes fallecidos en la UCI del Hospital Royo Villanova durante 2013 y 2014.

La recogida de datos se realiza mediante un cuestionario inédito enviado al domicilio familiar por correo postal, transcurridos 3 meses del fallecimiento.

El cuestionario consta de 18 preguntas (17 cerradas y 1 abierta) acompañado de una carta de condolencia y de información para la cumplimentación y reenvío.

El cuestionario recoge información relativa a los cuidados profesionales, la calidad de la información médica, al momento del fallecimiento y decisiones al final de la vida.

Método de captación: 2013 envío de carta; 2014 envío de carta previa llamada telefónica.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se produjeron 112 Exitus, de los cuales 67 cumplían los criterios de inclusión. Se recibió contestación de 33 cuestionarios (47,7%).

De los cuestionarios recibidos se obtuvieron los siguientes resultados:

Edad media 72,25 años, estancia media 14,85 días.

El diagnóstico mayoritario fue shock séptico. (43,75%).

Cónyuges e hijos fueron quienes cumplimentaron mayoritariamente la encuesta (84%).

Valoración muy positiva de los cuidados profesionales y de la calidad de la información recibida por los familiares en más de un 85%. Respecto a las cuestiones relativas al momento del fallecimiento se objetivó que en más de un 65,6% de las ocasiones ningún profesional le habló de cómo podría sentirse tras la muerte de su familiar.

Más del 80% de los pacientes no expresaron sus deseos sobre los tipos de tratamientos médicos que querría o no querría al final de su vida y más del 90% no habían realizado testamento vital.

CONCLUSIONES

Existe una falta de voluntad para expresar cuestiones futuras sobre el final de la vida por parte de los pacientes.

En los profesionales existen reticencias a tratar el componente emocional del duelo.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **260**

TÍTULO. UNIDAD CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR DE ATENCIÓN AL PACIENTE PSORIASICO

Autores: GARCIA MALINIS AJ, ROSELLO R, PEREZ JB, OLIVERA FJ, ALESANCO A, GILABERTE Y
GARCIA MALINIS ANA JULIA . H SAN JORGE . DERMATOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta a un 2-3% de la población adulta. Es una patología que no sólo afecta a la piel, sino que se asocia con otras comorbilidades como la artritis psoriásica, síndrome metabólico, ansiedad y depresión.

Objetivo general: creación de una unidad multidisciplinaria compuesta por dermatólogos, reumatólogos, internistas y psiquiatras, con el fin de proporcionar una atención integral y multidisciplinaria del paciente psoriásico.

Objetivos secundarios:

- Mejorar el cumplimiento terapéutico de los pacientes con psoriasis.
- Aumentar el conocimiento y autocontrol de sus comorbilidades.
- Mejorar la calidad de vida.
- Apoyar en el impacto psicológico de la psoriasis.

METODOLOGÍA

El paciente psoriásico que acuda a consulta de Dermatología o Reumatología y que cumpla una serie de criterios de inclusión, rellenará unos cuestionarios para detectar:

- Afectación reumatológica precoz o dermatológica respectivamente.
- Presencia de comorbilidades sistémicas (Síndrome metabólico: Obesidad abdominal, hiperglucemia, hipertensión y Dislipemia).
- Sospecha de problema psicosocial (ansiedad, depresión, alteración de la calidad de vida).

En función del resultado del cuestionario, el paciente psoriásico será derivado a la consulta del Servicio específico en función de su necesidad. Además los pacientes y los facultativos contarán con apoyo de un soporte informático mediante una aplicación para Smartphones que permitirá monitorizar los tratamientos y evolución de los pacientes.

Mediante reuniones bimensuales o trimestrales se evaluarán los resultados obtenidos y se valorarán los objetivos cumplidos; además de realizar una encuesta de satisfacción, con el fin de mejorar la atención al paciente psoriásico.

RESULTADOS

Se han realizado reuniones con los diferentes facultativos que componen la unidad con el fin de unificar criterios de inclusión, exclusión y derivación. Así como con el ingeniero informático para la creación de la aplicación para smartphones. Se espera obtener una mejora de adherencia al tratamiento y así como autocontrol de su enfermedad y comorbilidades.

CONCLUSIONES

La detección temprana y el tratamiento adecuado de la psoriasis/artritis psoriásica y sus comorbilidades mediante la intención integral del paciente, permite prevenir su evolución a fases más graves y disminuir el impacto económico derivado de las mismas.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **303**

TÍTULO. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN REALIZADA A PACIENTES INGRESADOS EN LA UCI DE POSTOPERATORIO CARDÍACO DEL HUMS.

Autores: GARCIA MANGAS MP, GURPEGUI M, JAQUES C, VICENTE MD, MORA P

GARCIA MANGAS MARIA PILAR · H MIGUEL SERVET · UCI PC

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Obtener la opinión de los pacientes sobre la calidad en la atención durante su ingreso.

METODOLOGÍA

Encuesta realizada entre junio 2013 y mayo 2014. 70 formularios contestados al finalizar la estancia. Valorados 17 ítems. Cada ítem valorado de 1-5 puntos (5 mejor valoración y 1 peor). Se solicitan sugerencias para mejora de la Unidad.

RESULTADOS

Estudio descriptivo, calculando el porcentaje del valor otorgado a cada ítem (sólo mencionamos la puntuación máxima en el abstract) y la media (M) y moda (m) de los resultados: 1. Acceso a sala de espera bien señalizado (M: 4,51, m: 5, 69% 5ptos); 2. Sala de espera bien acondicionada y limpia (M: 4,76, m: 5, 84% 5ptos); 3. Entrega tríptico informativo (M: 4,86, m: 5, 90% 5ptos); 4. Atención con humanidad y respeto (M: 4,93, m: 5, 92% 5ptos); 5. Explicación de cuidados y aparatos (M: 4,83, m: 5, 89% 5ptos); 6. Limpieza adecuada (M: 4,90, m: 5, 91% 5ptos); 7. Comodidad del paciente (M: 4,83, m: 5, 84% 5ptos); 8. Satisfacción con la atención (M: 4,94, m: 5, 94% 5ptos); 9. Información clara (M: 4,84, m: 5, 89% 5ptos); 10. Información antes de pruebas (M: 4,77, m: 5, 84% 5ptos); 11. Información de cambios importantes (M: 4,73, m: 5, 81% 5ptos); 12. Informe diario de cuidados enfermería (M: 4,70, m: 5, 84% 5ptos); 13. protección intimidad del paciente (M: 4,77, m: 5, 84% 5ptos); 14. Horarios y duración visitas (M: 4,43, m: 5, 69% 5ptos); 15. Acceso al box de 2 en 2 (M: 4,81, m: 5, 82% 5ptos); 16. Información al alta (M: 4,87, m: 5, 90% 5ptos); 17. Satisfacción con la atención recibida (M: 4,91, m: 5, 84% 5ptos).

Peor valoración (1-3 puntos): horario no adecuado (28%), mala señalización de acceso a UCI-PC (12%). Mejor valoración (>4 puntos): trato al paciente, calidad humana y profesional de la atención, limpieza en la Unidad, satisfacción en general. Sugerencias: 1. negativo: retrasos, aglomeraciones, excesivo número de familiares, duración escasa, espera prolongada hasta ser informados, durante las visitas. Así como excesivo frío o calor, poca limpieza, ruido, mala iluminación, mala señalización en la sala de espera. 2. Positivo: Trato profesional y humano y la Información.

CONCLUSIONES

La puntuación global sobre la calidad percibida en la atención recibida en la UCI-PC es muy satisfactoria, siendo especialmente valorado el trato humano y profesional al paciente y la limpieza dentro de la propia Unidad. Deben de ser objetivo de estudio de posibles mejoras: los horarios y duración de las visitas, la señalización en el exterior de la UCI para facilitar su acceso.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **51**

TÍTULO. **ESTUDIO DE COSTES DE LAS CIRUGÍAS DE HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA EN UN HOSPITAL TERCARIO**

Autores: GARCIA RUIZ R, TEJERO SANCHEZ A, GIL MARTINEZ P, SUAREZ BROTO MA, REYES FIGUEROA AA, HERNANDEZ MARTINEZ YE, BORQUE FERNANDO A, GIL SANZ MJ

GARCIA RUIZ RAMIRO . H MIGUEL SERVET . UROLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Conocer las diferencias entre procedimientos quirúrgicos estándar para tratamiento de HBP (RTU bipolar, RTU monopolar, Adenomectomía y Greenlight laser XPS) en cuanto a costes específicos de Urología (Transfusiones, estancia, material fungible...) desde Octubre a Diciembre de 2014.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo prospectivo en pacientes sometidos a cirugía de HBP en nuestro servicio desde Octubre a Diciembre de 2014.

RESULTADOS

Un total de 53 pacientes se intervinieron durante los 3 meses de estudio, se realizaron 20 Adenomectomías (una de ellas urgente), 28 RTU de Próstata (18 RTU bipolares y 10 RTU monopolares), 4 láser verde y 1 láser verde + RTU de Próstata. La edad media de los pacientes fue de 70,08 años (Láser = 69,2 años, RTU Próstata bipolar = 70,17 años , RTU Próstata monopolar = 68 años, Adenomectomía = 71,25), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a tipo de intervención según edad del paciente ($p=0.609$). La mediana de estancia global fue de 5 días (Láser = 3 días, RTU Próstata bipolar = 3 días , RTU Próstata monopolar = 3,50 días, Adenomectomía = 8 días), hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la estancia según el tipo de intervención quirúrgica ($p=0,011$).

De acuerdo a la pérdida hemática en estas cirugías, la media global de hemoglobina antes de la intervención se situó en 14,05 g/dl y Hematocrito 41,07, mientras que tras la cirugía descendieron a 11,46 y 34,36 respectivamente, tan solo 6 pacientes precisaron transfusión sanguínea (5 en adenomectomías y una en RTU monopolar).

En cuanto al análisis de costes, la mediana de coste total fue de 2346 euros (Láser verde 3299,25 euros, Adenomectomía 2920,49 euros RTU bipolar 1795,26 euros, RTU monopolar 1254,53 euros,). Desde el punto de vista de los requerimientos analgésicos: La mediana fue Láser 0,202 euros; RTU bipolar 0,773 euros; RTU monopolar 1,21 euros; Adenomectomía 1,84 euros

El gasto en material urológico quirúrgico e instrumentación (sondas, drenajes...) fue en el Láser 1157,34 euros; RTU bipolar 262,92 euros, Adenomectomía 61,06 euros y RTU monopolar 8,81 euros.

CONCLUSIONES

Los pacientes intervenidos mediante Greenlight laser XPS tuvieron una menor pérdida hemática y unos menores requerimientos analgésicos que el resto, si bien el coste global del mismo así como la ausencia de diferencias en cuanto a estancia respecto de RTU bipolar, hacen que deba considerarse como más adecuado su uso en régimen de cirugía mayor ambulatoria o en pacientes con alto riesgo de sangrado.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. 49

TÍTULO. GESTIÓN DE LA DEMANDA DE PACIENTES DE CONSULTAS EXTERNAS DE UROLOGÍA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Autores: GARCIA RUIZ R, TEJERO SANCHEZ A, GIL MARTINEZ P, GARCIA DE JALON MARTINEZ A, TRIVEZ BONED MA, REYES FIGUEROA AA, HERNANDEZ MARTINEZ YE, GIL SANZ MJ

GARCIA RUIZ RAMIRO . H MIGUEL SERVET . UROLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Conocer el perfil de pacientes que son remitidos para primera consulta al Servicio de Urología del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) de Zaragoza en cuanto a patologías más frecuentes, lugar de procedencia, pacientes aceptados/rechazados y destino de los pacientes. Valorar la eficiencia de un sistema de clasificación de pacientes a 2 años de su implantación.

METODOLOGÍA

Registro, clasificación y derivación de los pacientes remitidos a Consulta de Urología del HUMS durante 2 años (4 de febrero de 2013 al 27 de Enero de 2015)

RESULTADOS

Han sido valorados 1503 pacientes remitidos a Consultas Externas de Urología del HUMS. 1065 correspondieron a pacientes varones y 438 a mujeres. Los principales motivos de derivación fueron: Incontinencia (163), Disfunción eréctil (121), Elevación de PSA (113), Infertilidad (104), Cáncer de Próstata (94), Valoración para Trasplante (86), STUI (79), Tumor vesical superficial (64). Los emisores de pacientes más frecuentes son las consultas de Urología de Centros Médicos de Especialidades (513 pacientes; 34,1 % del total), y servicios de urología de otros sectores sanitarios de Aragón (184). El servicio ajeno que más pacientes remite es el de Nefrología (143 pacientes, de ellos 95 para valoración pre-trasplante) seguido de la unidad de reproducción (105 pacientes) y de Urgencias (88 pacientes, siendo la hematuria en 30 pacientes y el cólico renal en 22; los motivos más frecuentes). Del total de los 1503 pacientes remitidos, 330 (21,9 %) fueron rechazados para ser valorados en Consultas de Urología del HUMS, siendo remitidos a consultas del Centro Médico de Especialidades correspondiente 252 (16,76% del total de consultas, 76,36% de los pacientes rechazados) y el resto a otros centros. Los pacientes aceptados, se distribuyeron por Unidades, siendo la de Urooncología la de mayor recepción de pacientes admitidos (318).

CONCLUSIONES

Un sistema de gestión basado en la valoración de la interconsulta previa a la valoración del paciente, permite conocer mejor la distribución de los pacientes según diversas variables y puede reducir la carga asistencial de las consultas de Urología de un Hospital terciario con la consiguiente optimización de recursos, personal y lista de espera. Al comparar los datos obtenidos tras un año con los obtenidos tras 2 años, observamos una reducción en la remisión de pacientes procedentes de nuestros centros médicos de especialidades (de un 58% a un 34%), el resto de datos obtenidos son muy similares pudiendo afirmar que esta sencilla intervención reduce en torno a un 22 % los pacientes admitidos como primeros días y, por tanto, la carga asistencial de nuestras consultas hospitalarias.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. 50

TÍTULO. VALORACIÓN DE PROTOCOLO "FAST TRACK" EN POSTOPERATORIO DE CISTECTOMÍA TRAS 3 AÑOS DE SU IMPLANTACIÓN

Autores: GARCIA RUIZ R, BLANCO CHAMORRO C, TEJERO SANCHEZ A, MUÑOZ RIVERO MV, CABAÑUZ PLO T, SANCHO LOPEZ C, BERRIO SANTILLAN C, GIL SANZ MJ

GARCIA RUIZ RAMIRO . H MIGUEL SERVET . UROLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Valorar complicaciones, cumplimiento, dificultades de implantación y estancia media conseguida con el nuevo protocolo de recuperación postquirúrgica mejorada o "Fast-Track" respecto del protocolo anterior.

METODOLOGÍA

Se lleva a cabo estudio descriptivo retrospectivo de las cistectomías "fast-track" realizadas en nuestro servicio (127) desde Mayo de 2011 hasta Diciembre de 2014.

RESULTADOS

Un total de 127 cistectomías radicales con protocolo fast-track se llevaron a cabo desde Mayo de 2011 a Diciembre de 2014. El grado de cumplimiento del protocolo de acuerdo a algunos de los ítems más importantes de los que consta fue el siguiente:

Información oral y escrita	100%
Valoración nutricional	32,3%
Dieta sin residuos	86,6%
No premedicación sedante	95,3%
Termorregulación	76,4%
Anestesia epidural alta	48%
Retirada de SNG al finalizar IQ	46,5%
Restricción cristaloides	74,8%
Inicio de ingesta a las 4 h	72,4%
Levantarse a partir de 6 h	2,4%
No opioides u opioides de acción corta en REA	67,7%
Deambulación día 1 PO	13,4%
Retirada precoz del drenaje	33,1%
Información, cuidados y proyección al alta	92,9%
Analgesia por catéter epidural	29,9%
No opioides u opioides de acción corta en hospitalización	76,4%
Retirada catéteres externos 8/9 día	19%

La mediana de estancia global con el protocolo previo era de 25,5 días mientras que con el protocolo "Fast Track" fue de 19 días, en cuanto a la mediana en pacientes sin complicaciones con el protocolo anterior fue de 23,5 días mientras que con el protocolo actual fue de 16 días.

Complicaciones de acuerdo al sistema Clavien-Dindo:

0: 22
I: 6
II: 61
IIIa: 9
IIIb: 12
IVa: 3
IVb: 5
V: 9

CONCLUSIONES

La Cistectomía radical es una intervención quirúrgica con elevada incidencia de complicaciones postoperatorias siendo la más frecuente de estas en nuestra serie el Ileo paralítico. Existen protocolos de recuperación multimodal postquirúrgica mejorada (Fast-Track) que pretenden mejorar las condiciones generales del paciente para una mejor y más rápida recuperación postoperatoria sin merma sobre la seguridad del paciente. Se dispone de suficiente bibliografía que avala la implantación de dichos protocolos. En cambio, se trata de un programa de difícil cumplimiento e implantación, que requiere de colaboración de diferentes servicios en cuanto a unificación de criterios. El grado de cumplimiento en nuestro servicio es inicialmente alto, si bien en el postoperatorio debido a complicaciones, evolución tórpida, desconocimiento de criterios o problemas logísticos no se pueden cumplir alguno de los puntos del mismo.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **250**

TÍTULO. **ABORDAJE Y CUIDADOS DE PACIENTE CON ICTUS EN FASE AGUDA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN, APOYO AL CUIDADOR Y PLANIFICACIÓN DEL ALTA HOSPITALARIA**

Autores: GASPAR RUZ ML, DOMINGO SANCHEZ D, CAMPOS SANZ A, HERNANDEZ FLETA F, ROMO L, LABARI SANZ G, CHAMORRO LASALA MJ, VIZAN IDOIBE MT

GASPAR RUZ MARIA LUISA . HNTRA SRA DE GRACIA . HOSPITAL DE DIA GERIATRICO

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Prevenir complicaciones generadas por mal manejo postural.
- Coordinar la actuación de los distintos profesionales que intervienen.
- Implicar al familiar/cuidador en el cuidado del paciente desde el inicio del proceso.
- Facilitar la transición desde el hospital al domicilio.
- Mejorar la calidad de la infoemación que se le da tanto al paciente/cuidador como al propio paciente sobre su patología.

METODOLOGÍA

- Definir y unificar la información que se le va a dar tanto al personal sanitario, no sanitario y a los cuidadores.
- Charlas formativas al personal sobre el cuidado postural del paciente con ictus.
- Sesiones informativas y de apoyo individualizadas a cuidadores durante todo el proceso.
- Revisiones y control sobre la correcta aplicación de los cuidados posturales durante la hospitalización y al propio familiar/cuidador.

RESULTADOS

- Elaboración de guía para cuidadores de pacientes con Ictus en colaboración con el servicio de Neurología del Hospital Royo Villanova.
- Publicación y difusión de dicha guía a los cuidadores de pacientes con ICTUS en el sector I.

CONCLUSIONES

Dado el elevado número de profesionales que intervienen en el proceso ICTUS es necesario elaborar mecanismos de coordinación y facilitar el flujo de información, así como unificar criterios sobre cuidados.

La creación del grupo de mejora ha permitido mejorar la atención que reciben estos usuarios y, en especial, los cuidadores.

Es necesario continuar con la iniciativa para afianzar las líneas de actuación iniciadas e implicar a otros profesionales.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **361**

TÍTULO. **MATERIAL INFORMATIVO AL DIAGNÓSTICO EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA QUE PRECISAN INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA**

Autores: GENZOR RIOS SJ, RODRIGUEZ ARTIGAS JM, CASAMAYOR FRANCO C, HERNANDO ALMUDI E, DELCAMPO LAVILLA M, PUERTA POLO E, MATUTE M, DOBON RASCON MA

GENZOR RIOS SIXTO JAVIER · H MIGUEL SERVET · CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Se estima una incidencia de cáncer de mama de 215534 casos año en nuestro país, suponiendo el cáncer más frecuente en la mujer. En el Servicio de Cirugía General de nuestro hospital se intervienen quirúrgicamente una media de 100 mujeres al año afectadas por esta patología, suponiendo 1/3 de todo el HUMS.

Estas mujeres van a ver afectada su calidad de vida desde el diagnóstico así como su entorno familiar, por ello nos proponemos indicarles como va a ser todo el proceso asistencial de su enfermedad de la forma más clara posible así como los pasos que van a seguir.

METODOLOGÍA

Hemos desarrollado un tríptico informativo que explica a las pacientes quienes son los médicos que las atienden, cuando y como se les avisará telefónicamente, como será su ingreso y como serán los días posteriores a la cirugía, así como el control de los drenajes que tendrán que realizar de forma domiciliaria.

RESULTADOS

Hemos comprobado como la demora en el ingreso y en la coordinación del paciente para la inyección del Isótopo en Medicina Nuclear el día previo al ingreso para la biopsia selectiva del ganglio centinela han disminuido. Así mismo el alta temprana de estas pacientes se realiza en un mayor número ante el conocimiento de los sucesos venideros de forma previa a la cirugía. También hemos visto como la presencia de drenaje y su manejo en el domicilio es más eficaz, disminuyendo el miedo de las pacientes y realizando unas mediciones domiciliarias más precisas del líquido drenado.

CONCLUSIONES

Consideramos que el conocimiento del proceso a seguir y de los pasos que se van a dar desde el primer momento en el recorrido quirúrgico de la paciente con cáncer de mama mejora sus expectativas y su calidad de vida. Estamos en proceso de establecer un test adaptado del estándar Breast-Q para poder realizar una medición precisa de estas variables.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **280**

TÍTULO. CUIDADO Y MANTENIMIENTO DEL CATETER EPIDURAL EN PACIENTES POSTOPERADOS

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

GIMENO GIMENO MARIA ANGELES . H ROYO VILLANOVA . QUIROFANO

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Proporcionar los conocimientos y habilidades necesarios en la técnica de:

- Fijación del catéter
- Mantenimiento del catéter en condiciones adecuadas de posición, asepsia y permeabilidad.
- Retirada del catéter.
- Evitar complicaciones.

METODOLOGÍA

Definición:

Catéter epidural es el colocado en el espacio epidural para la administración de analgésicos y anestésicos.

Procedimiento:

Precauciones: encaminadas a preservar la seguridad del paciente: comprobar identidad, posibles alergias, grado de colaboración, vía venosa, datos analíticos, tratamiento farmacológico previo (especialmente en pacientes anticoagulados)..

Inserción del catéter:

- Preparar al paciente y el material necesario.
- Colaborar en la inserción y fijar el catéter.
- Asegurar técnica estéril.

Mantenimiento:

- Revisar el apósito y filtro antibacteriano.
- Verificar la permeabilidad del catéter.

Administrar medicación:

- Comprobar fármacos pautados y adecuada administración, ya sea en bolo o en perfusión continua.

Retirada:

- Comprobar medicación anticoagulante.
- Preparar al paciente y el material.
- Técnica estéril.

Observaciones:

- Técnica estéril en cualquier manipulación.
- Complicaciones.

Educación al paciente:

- Procurar información durante el proceso.
- Cuidados a tener en cuenta como portador de catéter epidural.

Registro:

- Plan de cuidados e incidencias.

RESULTADOS

- Se disminuye el dolor agudo postoperatorio y se consigue un alivio sostenido del dolor.
- Se acelera la autonomía, bienestar y recuperación del paciente reduciendo riesgo de complicaciones postoperatorias.
- Se consigue disminuir la estancia media del ingreso reduciendo así el riesgo de infecciones nosocomiales con la consiguiente disminución del gasto sanitario.

CONCLUSIONES

- Colaborar correctamente en la colocación del catéter epidural y fijarlo de forma segura para evitar infecciones y favorecer su permanencia.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **280**

TÍTULO. **CUIDADO Y MANTENIMIENTO DEL CATETER EPIDURAL EN PACIENTES POSTOPERADOS**

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

GIMENO GIMENO MARIA ANGELES . H ROYO VILLANOVA . QUIROFANO

Mantenimiento y uso correcto en el manejo del catéter y administración de fármacos.
Retirada del catéter en condiciones asépticas y seguras.
Procurar el bienestar del paciente en todo el proceso y evitar posibles complicaciones.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **373**

TÍTULO. **PROGRAMA DE EDUCACION PARA PACIENTES EN UNA UNIDAD DE RHB CARDIACA. IMPACTO EN EL CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y ESTADO DE SALUD**

Autores: GIMENO GONZALEZ M, MORATA CRESPO AB, GONZALEZ GIMENEZ M, SANZ BESCOS C, SUPERVIA POLA M

GIMENO GONZALEZ MARINA . H MIGUEL SERVET . MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Valorar grado de conocimientos sobre la enfermedad de los pacientes que asisten al programa
- Desarrollar un programa educativo centrado en el paciente que facilite la participación activa
- Evaluar la efectividad de la intervención valorando los conocimientos adquiridos al finalizar programa y a los 3 y a los 6 meses post programa
- Valorar la adherencia a los cambios en el estilo de vida a los 3 y a los 6 meses
- Valorar la satisfacción del usuario con el programa

METODOLOGÍA

- El programa consta de 8 sesiones grupales. Para cada sesión se han marcado unos objetivos terapéuticos. Los conocimientos previos se valoran mediante encuesta al iniciar cada sesión
- Al finalizar el programa se valora grado de obtención de objetivos educativos mediante encuesta final.
- A los 3 y 6 meses se cita a los pacientes y se valora la adherencia a los cambios del estilo de vida, mediante entrevista personal , cuestionarios y valoración clínica.

RESULTADOS

- Incluidos hasta la actualidad 45 pacientes
- La mayoría de los pacientes (85%) desconocen aspectos básicos del cuidado de su enfermedad y cambios necesarios en el estilo de vida.
- En la primera valoración al finalizar el programa la mayoría (> 80%) obtienen los objetivos marcados
- En la valoración a los 3 meses > del 95% de los pacientes cumplen objetivos del programa y cambio en el estilo de vida
- En la valoración a los 6 meses , 100% de adherencia al tratamiento farmacológico, 90% de adherencia al programa de ejercicio físico , 20 % recaídas en tabaquismo ,
- La mayoría de los pacientes > 75 % se encuentran satisfechos o muy satisfechos con el aula educativa del programa de Rehabilitación cardiaca.
-

CONCLUSIONES

- La intervención educativa es eficaz a los 3 meses para modificar el estilo de vida en la muestra valorada de pacientes
- A los 6 meses sigue habiendo un muy buen perfil de adherencia, pero se observa un 20% de recaída en el tabaquismo, la mayoría de los pacientes siguen realizando las recomendaciones indicadas de ejercicio físico , adherencia a la dieta mediterránea y al tratamiento farmacológico.
- El formato de las sesiones en grupos enfocados de forma activa al paciente podría mejorar los resultados de adherencia al cambio en el estilo de vida necesaria para mejorar el estado de salud , disminuir la morbimortalidad, y reducir el uso de los servicios sanitarios
-

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **337**

TÍTULO. ACCIONES PARA EVITAR ERRORES CON EL USO DE INSULINAS

Autores: GIMENO GRACIA M, SANCHO MA, SALVADOR T, SANCHEZ M, YAGÜE P, BUENO G, GIL C, CUMBRAOS MJ

GIMENO GRACIA MERCEDES . H CLINICO UNIVERSITARIO . FARMACIA HOSPITALARIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Las insulinas son un medicamento de alto riesgo en los hospitales según el ISMP. Por ello se decidió desde la Comisión de Seguridad y Mortalidad del hospital realizar una revisión de los tipos de insulinas disponibles en el hospital y su seguridad en el entorno hospitalario, para fomentar un mayor uso seguro de las mismas y evitar errores de medicación.

METODOLOGÍA

Se formó un grupo multidisciplinar de trabajo formado por una endocrino, una internista, una pediatra, dos enfermeras y dos farmacéuticas. El grupo se reunió en cuatro ocasiones revisando: tipos de insulinas y marcas comerciales disponibles en ese momento en el hospital y comercializadas en España, disponibilidad de viales y plumas, isoapariencia, recomendaciones para evitar errores de medicación, coste hospitalario y repercusión en el ámbito ambulatorio. Además de planificar su difusión al personal sanitario del hospital.

RESULTADOS

Se realizó una selección de insulinas para cubrir todas las necesidades del paciente hospitalizado. Se incluyó la presentación de viales de insulina, que hasta entonces no disponía el hospital, éstos una vez abiertos deben etiquetarse indicando fecha de apertura y fecha de caducidad con etiquetas específicas para ello. Se reservaron las plumas de insulina únicamente para educación en pacientes con debut diabético o cuando no existiera presentación en vial. Se remarcó el uso unipersonal de las plumas y su correcta identificación. Para su difusión e implantación, se realizaron unos posters plastificados donde figuraba: tipos de insulinas, marcas comerciales, fotos de las mismas y recomendaciones de conservación e identificación. El grupo multidisciplinar se dividió para realizar la difusión entre el profesional sanitario del hospital.

CONCLUSIONES

Una correcta selección de tipos de insulinas, formas de presentación y recomendaciones de conservación, junto con una adecuada difusión de las mismas, va a permitir realizar un uso seguro de este medicamento de alto riesgo, evitando así errores de medicación. Una segunda fase de este proyecto será medir los resultados de esta implantación.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **339**

TÍTULO. **IMPACTO ECONÓMICO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DEL VIH TRAS LA IMPLANTACIÓN DE DIFERENTES ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS**

Autores: GIMENO GRACIA M, AMIGUET JA, SALVADOR T, CRUSELLS MJ, LETONA S, SANJOAQUIN I, CECILIO A, PERLADO E

GIMENO GRACIA MERCEDES . H CLINICO UNIVERSITARIO . FARMACIA HOSPITALARIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El gasto hospitalario de medicamentos sigue una curva ascendente y ha pasado de destinarse a pacientes hospitalizados a decantarse hacia pacientes que no generan estancias. En la situación actual de restricciones económicas y presión para reducir los costes en el Sistema Nacional de Salud, los Servicios de Farmacia en colaboración con otros servicios clínicos se ven obligados a identificar las estrategias terapéuticas más eficientes.

Analizar el impacto económico del coste de tratamiento antirretroviral (TAR) en un hospital de tercer nivel, tras reuniones de seguimiento del mismo entre los Servicios de Infecciosos, Farmacia y Dirección Médica.

METODOLOGÍA

Durante 2013 y 2014, se han mantenido 3 reuniones entre los Servicios de Infecciosos, Farmacia y Dirección Médica, realizando un seguimiento de los TAR. La evaluación del impacto económico se midió a través del coste acumulado de antirretrovirales por paciente externo dispensado medio con infección VIH, dicho indicador se calculó mensualmente, en función de las dispensaciones reales del Servicio de Farmacia. Posteriormente se calculó el indicador anual. La fuente de datos del coste es el módulo de pacientes externos de la aplicación informática del Servicio de Farmacia, Dominion

RESULTADOS

El indicador estudiado de coste acumulado de antirretrovirales por paciente externo dispensado medio con infección VIH ha disminuido de 8.806 en 2012 a 8.388€ en 2013, a 7.585€ en 2014, es decir, una reducción de 1.221€/paciente medio/año. Tras revisar las recomendaciones y documentos de consenso actuales, se consideraron como posibles estrategias de contención del gasto: TAR de inicio basado en inhibidores de transcriptasa inversa análogos de nucleósidos (ITIAN) de menor coste en lugar de basados en inhibidores de la proteasa (IP), simplificación a efavirenz o nevirapina, simplificación a monoterapia con IP, cambio de tenofovir/emtricitabina a abacavir/lamivudina entre otros

CONCLUSIONES

La terapia antirretroviral es un tratamiento complejo de elevado impacto económico en el presupuesto del hospital que es conveniente protocolizar teniendo en cuenta los criterios clínicos y farmacoeconómicos. Valorar las alternativas existentes que permitan reducir el coste sin detrimento de la eficacia es una labor que debe realizarse conjuntamente entre los servicios que asisten a estos pacientes.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **307**

TÍTULO. **MEJORA EN LOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS PARA LA DETECCIÓN DE CARBAPENEMASAS EN ENTEROBACTERIAS: DETECCIÓN DE DOS CASOS.**

Autores: GOMARA LOMERO MM, LOPEZ CALLEJA AI, FERRER I, SORIA P, PALACIAN P, VELA B, ALDEA MJ, REVILLO MJ

GOMARA LOMERO MARTA MARIA . H MIGUEL SERVET . MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Las enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC) han emergido en los últimos años, produciendo brotes epidémicos en diferentes hospitales incluidos los españoles. Nuestro objetivo ha sido, en el marco del proyecto de mejora de la calidad “Mejora en los métodos diagnósticos para la detección fenotípica y genotípica de carbapenemasas en Gram negativos” evaluar la presencia de carbapenemasas en enterobacterias aisladas en nuestro hospital en los últimos dos años (2013-2014).

METODOLOGÍA

Se seleccionaron aquellos aislados con CMI elevada a ertapenem (= 0,5 mg/l), imipenem (= 1 ó =2 mg/l según panel) o meropenem (= 1 mg/l) detectadas por microdilución (MicroScanWalkAway Siemens) y/o con halos de inhibición <25 mm para meropenem y/o ertapenem o <23 mm para imipenem.

La detección fenotípica se realizó mediante prueba de discos combinados, y la confirmación molecular mediante PCR convencional múltiple según Poirel et al 2011. En algunos casos seleccionados se empleó PCR comercial a tiempo real (Xpert CarbaR, Cepheid).

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 76 aislados (24 Enterobacter spp; 18 Klebsiella spp; 16 E coli; 9 Morganella morganii; 4 Serratia marcescens; 2 Proteus mirabilis; 2 Citrobacter spp; 1 Providencia stuartii). La detección fenotípica mediante prueba de discos combinados fue compatible con presencia de carbapenemasas en 12 aislados, con confirmación molecular por PCR en dos casos. La primera cepa (Klebsiella pneumoniae BLEE confirmada por PCR como OXA-48) se aisló en un urocultivo de una paciente de 84 años, procedente de una residencia de ancianos de Tenerife, con ingreso previo hospitalario en Tenerife y de paso en Zaragoza. La segunda cepa (Citrobacter koseri OXA-48) se aisló en un urocultivo de un paciente de 67 años con vejiga neurógena y múltiples ingresos previos. Ambos casos fueron remitidos y confirmados en el Centro Nacional de Microbiología.

CONCLUSIONES

Por el momento se han detectado dos casos de OXA-48 (K. pneumoniae y Citrobacter koseri) en nuestro hospital, autolimitados y sin propagación a otros pacientes.

La puesta en marcha del proyecto de mejora ha permitido e impulsado la implantación de técnicas moleculares de confirmación, imprescindibles para un correcto diagnóstico de los casos.

A pesar del bajo número de casos detectados por el momento, es necesario seguir reforzando la vigilancia de EPC, dada la situación existente en otras zonas de España y la fácil y rápida diseminación de estas cepas.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **262**

TÍTULO. **CALIDAD DEL SISTEMA DE DISPENSACIÓN POR REPOSICIÓN DE STOCK EN LAS UNIDADES CLÍNICAS**

Autores: GOMEZ RIVAS P, SERRANO VICENTE MC, URRIENS ZABAU I, VIÑUALES ARMENGOL MC, AMADOR RODRIGUEZ MP

GOMEZ RIVAS PAULA . H SAN JORGE . FARMACIA HOSPITALARIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

JUSTIFICACIÓN: La distribución de medicamentos en el Hospital San Jorge de Huesca se realiza mediante dosis unitaria (DU) y reposición de stock en planta (RSP). En las plantas en las se dispensa mediante DU, la RSP se concibe como un complemento. Por ello se deben almacenar en el stock de planta medicamentos de uso más habitual, de urgencia y envases multidosis, para cubrir las necesidades de los pacientes que ingresan o precisan cambios de tratamiento hasta la nueva dispensación en DU. Diariamente se realiza la dispensación en DU y la RSP según las solicitudes generadas informáticamente. Si se precisan otros medicamentos se pueden solicitar mediante el impreso SS.19/3. En un sistema de dispensación eficiente y de calidad estas solicitudes deben ser un número reducido.

OBJETIVOS: Cuantificar y describir la distribución de solicitudes SS.19/3 por planta. Evaluar la adecuación de las solicitudes de RSP a las necesidades reales de los pacientes ingresados en planta. Detectar y cuantificar los errores del servicio de farmacia (SF).

METODOLOGÍA

Se estudiaron todas las solicitudes SS.19/3 dispensadas durante un mes. Para cada planta se evaluó el número de solicitudes y el número de líneas por solicitud. Se revisaron las solicitudes de RSP realizadas en las semanas posteriores para evaluar si las necesidades detectadas en las solicitudes SS.19/3 eran previstas en la RSP para los días siguientes. Así mismo se evaluó si hubo error de farmacia.

RESULTADOS

Se analizaron 339 solicitudes SS.19/3 con 530 líneas. El número de solicitudes, la distribución y el número de líneas por solicitud por plantas fue: tercera 27 solicitudes (8%) con 1.7 líneas/solicitud; cuarta 42 (12%) con 1.90; quinta 134 (40%) con 1.4; sexta 98 (29%) con 1.5 y séptima 38 (11%) con 1.6.

Del total de medicamentos analizados, 258 no fueron solicitados posteriormente en botiquín (48.7%). En cada planta la cantidad de medicamentos no solicitados posteriormente fue de: tercera 46.8%; cuarta 42.5%; quinta 54.1%; sexta 60.4% y séptima 11.7%. Se detectaron 20 solicitudes (4%) generadas por error del SF (de validación o de carga de unidosis).

CONCLUSIONES

La mayor parte de solicitudes de dispensación atendidas en el SF corresponden a las plantas quinta y sexta (70%).

Casi la mitad de los medicamentos solicitados en SS.19/3 no son posteriormente solicitados en RSP.

Algunas solicitudes son debidas a errores derivados del sistema de DU por el SF.

Para mejorar la eficiencia del sistema se debería reducir el número de solicitudes SS.19/3 realizando una adecuada previsión de necesidades en el botiquín.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **26**

TÍTULO. **REGISTRO INFORMATIZADO DE LAS ZONAS DE INYECCIÓN DE INSULINA SUBCUTÁNEA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)**

Autores: GONZALEZ PELEGRIN B, GONZALEZ IGLESIAS C, GRASA LANAU JA, CONDE BARREIRO S, GALLEGO BARRABES S

GONZALEZ PELEGRIN BEATRIZ . H BARBASTRO . UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

1. Disminuir la variabilidad en la elección de la zona de inyección por parte del personal de enfermería y asegurar la rotación de los puntos de inyección.
2. Establecer un plan de rotación de las zonas de inyección de insulina en nuestra UCI y valorar el aspecto de la piel y tejido celular subcutáneo (TCS) en las zonas de inyección.
3. Evitar o retrasar la aparición de alteraciones en TCS relacionadas con la punción.
4. Mejorar la comunicación entre el paciente y el personal de enfermería y entre los diferentes niveles asistenciales en relación a la administración de insulina.

METODOLOGÍA

Modificación del plan de cuidados de enfermería del paciente ingresado en UCI en las tareas relacionadas con la administración de insulina, mediante creación de nuevas pestañas de registro sobre el programa informático de gestión de pacientes de nuestra UCI ("Centricity Critical Care Clinisoft").

RESULTADOS

1. Junto al registro de intervalo de glucemias, cifra de glucemia y algoritmo de insulina se han añadido pestañas referidas al plan de rotación de las zonas de inyección, a la valoración de la piel y/o TCS (evitando zonas alteradas si es necesario), y a la necesidad de cambio en la longitud o calibre de agujas.
2. Como muchos pacientes ingresados en nuestra UCI llevan pautadas heparinas de bajo peso molecular (HBPM), se ha decidido utilizar el abdomen exclusivamente para la administración de HBPM.
3. En pacientes hemodinámicamente inestables se decidió evitar espalda y nalgas.
4. Se ha enseñado al paciente la necesidad de rotación de los puntos de inyección.
5. El personal de Enfermería se mostró satisfecho con las modificaciones, por tratarse de un cuidado que debía quedar reflejado.
6. A medio plazo se recogerán datos que valoren la utilidad del registro de administración de insulina.

CONCLUSIONES

1. El registro informatizado de las técnicas realizadas facilita la tarea asistencial y la comunicación entre profesionales en las UCI.
2. Al registrar las zonas de inyección se garantiza la rotación de las zonas, sobre todo en pacientes con alteraciones en la capacidad de comunicación.
3. La adecuada rotación de los lugares de inyección constituye un refuerzo en la educación diabetológica del paciente.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **255**

TÍTULO. **OPTIMIZACIÓN DE LAS DERIVACIONES PREFERENTES A LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO**

Autores: GRACIA GARCIA P, PALOMERO MV, BARRERA A, VILLAS E, QUINTANILLA MA, OLMEDILLAS R, ABAD BOUZAN C, PEREZ CAMO V

GRACIA GARCIA PATRICIA . H CLINICO UNIVERSITARIO . PSIQUIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La derivación de los pacientes a nuestra Unidad de Salud Mental (USM) se realiza principalmente desde los dispositivos de Atención Primaria (AP), con especificación del carácter ordinario o preferente de la derivación, siguiendo el criterio del Médico de AP. Habitualmente, la demanda es gestionada por el Servicio de Citaciones del Hospital.

El objetivo de este programa es mejorar la accesibilidad de los pacientes remitidos desde AP con carácter preferente a la USM, personalizando la atención desde un primer momento, acortando los tiempos de espera y favoreciendo la coordinación primaria-especializada.

METODOLOGÍA

1) Elaboración de criterios de derivación preferente a nuestra USM y difusión a los Centros de AP del Sector; 2) Gestión directa de los documentos de derivación por parte del Equipo de Salud Mental; 3) Análisis de los siguientes indicadores: proporción de volantes de derivación preferentes que se ajustan a los criterios establecidos desde la USM, y proporción de volantes preferentes que se ajustan a cada uno de los criterios.

RESULTADOS

Se evaluaron 321 volantes preferentes (>50% del total de volantes de derivación recibidos). De los cuales, 276 (86%) habían sido remitidos desde su centro de AP. Tras revisar su contenido, 210 (65,4%) no se ajustaban a los criterios de derivación preferente establecidos desde la USM. Entre los 111 volantes que mantuvimos con carácter preferente, la distribución por criterios fue : 11 (10%) primer episodio psicótico, 29 (26,1%) descompensación de Trastorno Mental Grave, 26 (23,4%) riesgo/ conducta autolesiva, y 45 (40,5%) "Otros" (alteración de conducta grave u otros síntomas graves y/o resistentes a tratamiento).

La gestión directa de los volantes de derivación preferentes por parte del Equipo de Salud Mental facilita un criterio más equitativo para su consideración como preferentes, basado en criterios clínicos y minimizando la influencia de otros factores (presión ejercida por el paciente, variabilidad en el criterio del médico, lista de espera, etc).

CONCLUSIONES

La gestión directa de las derivaciones por parte del Equipo de Salud Mental permite la homogeneización de los criterios de asistencia preferente y facilita la accesibilidad en plazo breve de los casos detectados.

Los resultados de la aplicación de este programa servirán en la coordinación con AP. Establecer un programa de enlace con AP facilitaría la transmisión de la información y una toma de decisiones conjunta.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **382**

TÍTULO. **COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL DEL SECTOR SANITARIO ZARAGOZA III: UN AÑO DE HISTORIA**

Autores: GUTIERREZ CIA I, GUTIERREZ C, MARCO B, DELGADO MT, MOZOTA J

GUTIERREZ CIA ISABEL . H CLINICO UNIVERSITARIO . UCI

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Describir las funciones y actividades del CEA del sector Zaragoza III durante su primer año de funcionamiento

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo de las actividades realizadas por un CEA durante su primer año de funcionamiento.

RESULTADOS

Durante su primer año este CEA ha trabajado en el desarrollo de las cuatro funciones reconocidas por el Decreto 96/2013 de 28 de mayo, del Gobierno de Aragón, por el que se regula el Comité de Bioética de Aragón y los Comités de Ética Asistencial de la Comunidad Autónoma de Aragón.

- a) Asesorar en la toma de decisiones: se han recibido 4 consultas. Dos de ellas fueron desestimadas por no ajustarse a los fines del CEA.
- b) Promover la formación en bioética: el CEA desarrolla un programa de formación interna. Ha participado en 4 cursos de bioética básica dirigidos a trabajadores del SAUD. Ha participado en la Jornada de Investigación del IIS “Aspectos éticos en proyectos de investigación con personas”. Se han difundido sesiones clínicas en el Hospital Clínico y en cada uno de los Centros de Salud del Sector. Ha formado un grupo específico de formación en bioética y otro en difusión de la Bioética a través del cine. Participó en el Primer Simposio de Comités de Ética Asistencial de Aragón
- c) Promover la investigación en bioética: se ha formado un grupo específico de trabajo en investigación en Bioética, 3 de sus miembros pertenecen al Grupo de Investigación en Bioética de Aragón.
- d) Elaborar informes, guías, recomendaciones o protocolos de actuación: se han elaborado las “Recomendaciones para preservar la confidencialidad del paciente en la elaboración de sesiones clínicas”, se ha creado un grupo de expertos para colaborar con otros grupos y comisiones de hospital en la elaboración de los documentos relativos a la atención a pacientes que rechazan el tratamiento con hemoderivados. Se ha creado un grupo de trabajo para promover el respeto a la dignidad del paciente.

CONCLUSIONES

Durante su primer año de trabajo el CEA del Sector Zaragoza III ha desarrollado todas y cada una de las funciones de los CEA de la CCAA de Aragón, siendo la función investigadora aquella en la que se han detectado mayores oportunidades de mejora.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **312**

TÍTULO. **ADHERENCIA AL TRATAMIENTO INHALADO EN PACIENTES INGRESADOS EN NEUMOLOGIA. IMPORTANCIA DE LA ACTUACION DE ENFERMERIA.**

Autores: HERNANDEZ SANCHEZ MP, PALACIOS TORRELLAS GLORIA VICTORIA, LORENTE GENZOR MJESUS, MARTIN CARPI TERESA
HERNANDEZ SANCHEZ MARIA PILAR . H MIGUEL SERVET . NEUMOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Demostrar que la actuación de enfermería en el adiestramiento del uso de inhaladores es fundamental para la adherencia al tratamiento.

METODOLOGÍA

Cumplimentación de encuesta de enfermería al ingreso del paciente con valoración de la técnica y corrigiendo errores. Entrega de tríptico de los sistemas empleados para un continuo recordatorio y cumplimentación de encuesta y valoración de la técnica al alta del paciente. Se han recogido datos a lo largo de 41 meses de un total de 151 pacientes. 106 hombres y 45 mujeres. La edad (media \pm SD) fue de 72 ± 12 años. 133 pacientes utilizaban habitualmente inhaladores, sin embargo, para 18 era la primera prescripción. De aquéllos con tratamiento previo, 62 utilizaban sólo un dispositivo y 71 pacientes dos o más. Los dispositivos utilizados han sido: Accuhaler (29; 14%); Handihaler (73; 35%); MDI (33; 16%); MDI con cámara (23; 11%); TH (51; 24%); Respimat (1; 0,1%); Genuair (1; 0,1%).

RESULTADOS

Tras la valoración de los cuestionarios realizados se demuestra un desconocimiento importante de la técnica realizada antes y después de la intervención de enfermería.

CONCLUSIONES

La adherencia al tratamiento depende en gran medida de la educación que nosotros como enfermeros damos al paciente.

Comunicación ORAL

Nº Reg. **316**

TÍTULO. **ADHERENCIA AL TRATAMIENTO INHALADO EN PACIENTES INGRESADOS EN NEUMOLOGIA. IMPORTANCIA DE LA ACTUACION DE ENFERMERIA.**

Autores: HERNANDEZ SANCHEZ MP, PALACIOS TORRELLAS GLORIA VICTORIA, LORENTE GENZOR MJESUS, MARTIN CARPI TERESA
HERNANDEZ SANCHEZ MARIA PILAR . H MIGUEL SERVET . NEUMOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Demostrar que la actuación de enfermería en el adiestramiento del uso de inhaladores es fundamental para la adherencia al tratamiento.

METODOLOGÍA

Cumplimentación de encuesta de enfermería al ingreso del paciente con valoración de la técnica y corrigiendo errores. Entrega de tríptico de los sistemas empleados para un continuo recordatorio y cumplimentación de encuesta y valoración de la técnica al alta del paciente. Se han recogido datos a lo largo de 41 meses de un total de 151 pacientes. 106 hombres y 45 mujeres. La edad (media \pm SD) fue de 72 ± 12 años. 133 pacientes utilizaban habitualmente inhaladores, sin embargo, para 18 era la primera prescripción. De aquéllos con tratamiento previo, 62 utilizaban sólo un dispositivo y 71 pacientes dos o más. Los dispositivos utilizados han sido: Accuhaler (29; 14%); Handihaler (73; 35%); MDI (33; 16%); MDI con cámara (23; 11%); TH (51; 24%); Respimat (1; 0,1%); Genuair (1; 0,1%).

RESULTADOS

Tras la valoración de los cuestionarios realizados se demuestra un desconocimiento importante de la técnica realizada antes y después de la intervención de enfermería.

CONCLUSIONES

La adherencia al tratamiento depende en gran medida de la educación que nosotros como enfermeros damos al paciente.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **314**

TÍTULO. **ADHERENCIA AL TRATAMIENTO INHALADO EN PACIENTES INGRESADOS EN NEUMOLOGIA. IMPORTANCIA DE LA ACTUACION DE ENFERMERIA.**

Autores: HERNANDEZ SANCHEZ MP, PALACIOS TORRELLAS GLORIA VICTORIA, LORENTE GENZOR MJESUS, MARTIN CARPI TERESA
HERNANDEZ SANCHEZ MARIA PILAR . H MIGUEL SERVET . NEUMOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Demostrar que la actuación de enfermería en el adiestramiento del uso de inhaladores es fundamental para la adherencia al tratamiento.

METODOLOGÍA

Cumplimentación de encuesta de enfermería al ingreso del paciente con valoración de la técnica y corrigiendo errores. Entrega de tríptico de los sistemas empleados para un continuo recordatorio y cumplimentación de encuesta y valoración de la técnica al alta del paciente. Se han recogido datos a lo largo de 41 meses de un total de 151 pacientes. 106 hombres y 45 mujeres. La edad (media \pm SD) fue de 72 ± 12 años. 133 pacientes utilizaban habitualmente inhaladores, sin embargo, para 18 era la primera prescripción. De aquéllos con tratamiento previo, 62 utilizaban sólo un dispositivo y 71 pacientes dos o más. Los dispositivos utilizados han sido: Accuhaler (29; 14%); Handihaler (73; 35%); MDI (33; 16%); MDI con cámara (23; 11%); TH (51; 24%); Respimat (1; 0,1%); Genuair (1; 0,1%).

RESULTADOS

Tras la valoración de los cuestionarios realizados se demuestra un desconocimiento importante de la técnica realizada antes y después de la intervención de enfermería.

CONCLUSIONES

La adherencia al tratamiento depende en gran medida de la educación que nosotros como enfermeros demos al paciente.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. 154

TÍTULO. RESULTADOS DE UN PROYECTO PARA LA GESTIÓN DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL (CNP) TELEFÓNICA EN LOS CS URBANOS DEL SECTOR HUESCA

Autores: HIJOS LARRAZ L, RIVERA FUERTES A, BELLOSTA LORES L, CATALAN ESTEBANEZ O, MARTIN GOMEZ S, VAL JIMENEZ N
HIJOS LARRAZ LUIS . DAP HUESCA . DIRECCION

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Principal:

Optimizar la carga asistencial en las consultas de atención primaria, disminuyendo las tareas administrativas, burocráticas y clínicas que no requieran exploración física, estableciendo procesos estandarizados de atención a través de medidas de organización y gestión del proceso asistencial vía telefónica

Secundarios:

Disponer de un modelo de gestión de la CNP generalizable a otros centros de AP del SALUD. Racionalizar los recursos:mejoría de la gestión del tiempo del profesional y del paciente. Mejorar la satisfacción de los usuarios y profesionales. Aumentar la efectividad y eficiencia de la actividad asistencial

METODOLOGÍA

Formación de un grupo de trabajo con profesionales de los centros de salud de Huesca. Establecimiento del proceso de atención y aprobación del documento (12/2013-02/2014). Formación de los profesionales y adecuación de recursos (01/14-05/14) Iniciación del proyecto piloto en los tres centros de salud urbanos de Huesca con los profesionales que voluntariamente quieran participar. 06/14. Realización de un audit: indicadores de realización de CNP.

RESULTADOS

En los tres centros auditados, del 01/06/14 al 30/03/15, se realizaron un total de 5202 consultas:Perpetuo Soc.: 1154, Pirineos: 2019, Sto Grial: 2029

Audit de 300 historias de OMI, correspondiendo por estamentos: medicina 50%, enfermería 36,67%, trabajo social 13,33%

La cita de la CNP fue solicitada por paciente:69,41%, por el profesional:30,59% de los casos

Tipo de consulta:Administrativa:42,35%, Clínico-asistencial:11,18% Resultados:11,18%, No consta:35,29%

Realización de la misma: Realizada:62,35%, No realizada:2,35%,No consta:35,29%

Resolución:Resuelta: 60,84%,no resuelta:1,20%;No consta:37,95%

% de historias con consentimiento informado:8,24%

En las consultas realizadas y registradas, el % de generación de consulta presencial fue:Generó consulta presencial:14,53%, No:85,46%

CONCLUSIONES

Este tipo de consulta es mucho más utilizada por los médicos, que por enfermería o trabajo social. Es una visita solicitada habitualmente por el usuario. Hay un infraregistro en general, del tipo de consulta, de su resolución, y de si se realizó o no.

La mayoría de las consultas son de tipo administrativo, resueltas satisfactoriamente. De las registradas, la mayoría no han generado una consulta presencial, se consideran finalistas del proceso, ahorrando una visita presencial y contribuyendo a disminuir la lista de espera de consulta

Se refleja un importante déficit de solicitud de consentimientos informados. Analizando las causas, se objetivan archivadores con consentimientos informados en papel en los centros de salud, podría ser que no estuviesen registrados en OMI.

Áreas de mejora:

-Mejorar el registro de la CNP en general

-Insistir en la importancia de la realización del CI con su consiguiente registro en OMI.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **418**

TÍTULO. **OBJETIVOS E INDICADORES CLAVE EN UN SERVICIO DE FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA SEGÚN SISTEMA DE CALIDAD ISO 9001:2008**

Autores: JIMENEZ ALBERICIO FJ, FONT GOMEZ JA

JIMENEZ ALBERICIO F JAVIER . H MIGUEL SERVET . FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

En mayo de 2012 el servicio de Física y Protección Radiológica consiguió la certificación ISO 9001:2008 en el proceso de Dosimetría Clínica. En este proceso, se distinguen las dosimetrías clínicas en Oncología Radioterápica, Medicina Nuclear, y Radiodiagnóstico. La meta de este trabajo es, establecer los indicadores clave de cada subprocesos con sus tolerancias, y los objetivos de 2015, especificando los indicadores que van a medir el grado de satisfacción de cada objetivo, y las acciones de mejora que se van a emprender para conseguir cada objetivo.

METODOLOGÍA

En primer lugar partimos del mapa de procesos y analizamos cada subproceso para establecer indicadores clave que nos informen de la calidad del proceso y del producto.

Para establecer objetivos para el 2015, uno de los instrumentos principales con el que se ha trabajado es la evaluación de los indicadores clave en el año 2014.

El Sistema de Calidad incluye un registro sistemático de incidencias y no conformidades que da información de aquellas situaciones que se alejan de los procedimientos e instrucciones técnicas aceptados. El análisis de incidencias y no conformidades indica las posibles debilidades de los procesos, y se considera un indicador clave del Sistema de Calidad.

Es necesario señalar que el Sistema de Calidad³ es revisado con un programa de auditorías. Anualmente los procesos certificados pasan una auditoría interna (auditores del propio hospital pertenecientes a otros servicios), y una auditoría externa (Bureau Veritas). En estas auditorías se señalan observaciones, no conformidades y áreas de mejora que los auditores detectan tras revisar la documentación y comprobar la fidelidad de los procesos realizados a los procedimientos escritos. Las observaciones, no conformidades y áreas de mejora señaladas son tenidas en cuenta para ser subsanadas o atendidas lo antes posible. Por tanto las conclusiones de las auditorías interna y externa son considerados indicadores clave del Sistema de Calidad.

RESULTADOS

Los indicadores clave se han agrupado por procesos clave. Así en el proceso clave de Radioterapia Externa tenemos dos indicadores, el porcentaje de informes dosimétricos realizados en menos de cuatro días, y el tiempo medio de demora en llevar a cabo la planificación del tratamiento. En el año 2014 los valores de estos indicadores fueron 89,4% de informes y 2,75 días respectivamente.

En el proceso de Braquiterapia se contempla como indicador el porcentaje de dosimetrías con sus parámetros dosimétricos en niveles óptimos. En 2014 el valor del indicador alcanzó el 97,4%.

En los procesos de dosimetría clínica en Radioterapia Superficial, Medicina Nuclear, y Radiodiagnóstico el indicador clave es el tiempo medio entre la solicitud y la entrega de la dosimetría clínica al servicio correspondiente. En todos los casos el indicador clave en 2014 permaneció por debajo de veinticuatro horas.

En la parte de formación el indicador clave es el número de actividades formativas en las que cada persona del servicio participa a lo largo del año. Durante el año 2014 se llevaron a cabo tres sesiones formativas, lo que está por debajo del valor de tolerancia. Por tanto para el próximo año 2015 uno de los objetivos es mejorar los aspectos formativos. La acción propuesta para alcanzar el objetivo es elaborar un calendario de actividades formativas, de manera que se asegure que cada miembro del servicio participa en al menos seis sesiones formativas a lo largo del año.

Del análisis de las incidencias registradas en 2014 se concluye que las incidencias más repetidas aparecen en el subproceso de "Revisión y exportación" (35% del total de incidencias). En particular en aspectos relacionados con la prescripción del tratamiento en el sistema de verificación y registro por parte del Sº de Oncología Radioterápica (O. R.). Por eso se establece como objetivo de 2015 la reducción del porcentaje de incidencias en el subproceso de "Revisión y exportación" respecto al número de procesos llevados a cabo. Se está trabajando conjuntamente con el Sº de O. R. para fijar acciones de mejora disminuyan las incidencias en este subproceso por debajo del 7% registrado en el año 2014.

Entre los objetivos de 2014 figuraba la ampliación del alcance de la certificación del Sistema de Calidad a los procesos de Dosimetría Física y Protección Radiológica. Este objetivo no ha podido satisfacerse en 2014, y se propone como objetivo de 2015 en el área de Sistema de Calidad.

Otro de los objetivos propuestos para 2015 en el ámbito del Sistema de Calidad es atender la solicitud del Sº de O. R. para aportar la documentación correspondiente a nuestro servicio para llevar a cabo la actualización del Programa de Garantía de Calidad (PGC) en O. R.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **418**

TÍTULO. **OBJETIVOS E INDICADORES CLAVE EN UN SERVICIO DE FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA**

Autores: JIMENEZ ALBERICIO FJ, FONT GOMEZ JA

JIMENEZ ALBERICIO F JAVIER · H MIGUEL SERVET · FÍSICA Y PROTECCION RADIOLOGICA

Por último, de las auditorías interna y externa se concluye que, en el ámbito de la formación, se ha de aumentar el número de acciones formativas, así como registrar y realizar la evaluación de las mismas. Otra conclusión de las auditorías fue que los indicadores clave y objetivos anuales requerían un ajuste, tras dos años de experiencia con la metodología del Sistema de Calidad. Este trabajo corresponde a la acción mejora para la revisión de los indicadores clave y objetivos del servicio.

CONCLUSIONES

Los indicadores clave y objetivos del servicio de Física y Protección Radiológica han sido revisados y definidos de acuerdo al mapa de procesos clave, la evaluación de los indicadores clave y de objetivos de 2014, el registro de incidencias de 2014, y las conclusiones de las auditorías interna y externa.

Se mantiene la vinculación y el compromiso de mejora continua de la calidad en el servicio de Física y Protección Radiológica del Hospital Universitario "Miguel Servet".

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **416**

TÍTULO. TIPIFICACIÓN DE LAS INCIDENCIAS EN UN SERVICIO DE FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA SEGÚN SISTEMA DE CALIDAD ISO 9001:2008

Autores: JIMENEZ ALBERICIO FJ, FONT GOMEZ JA, GANDIA MARTINEZ A, ANDRES REDONDO MM, MENGUAL GIL MA, VILLA GAZULLA DC

JIMENEZ ALBERICIO F JAVIER . H MIGUEL SERVET . FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El impacto de las incidencias en el proceso de Dosimetría Clínica (DC), actualmente es, aunque difícil de cuantificar, notable. El objetivo del trabajo es, a partir del Registro de Incidencias (RI) de 2014, establecer una tabla de incidencias tipo (TIT), que permita solucionarlas de forma rápida y que ayude a estimar el coste que cada una, con una correcta gestión, supone para nuestra actividad.

METODOLOGÍA

El instrumento principal con el que se ha trabajado es el RI. Todos los miembros del SFPR pueden registrar incidencias, si bien existe una figura, el radiofísico encargado del control de calidad semanal, que se ocupa de recoger las incidencias que detectan los Técnicos Especialistas en Radioterapia (TERT), relacionadas con la DC. Por otra parte, existe otra figura, el responsable de calidad, que se encarga de analizar y clasificar los registros, y poner los resultados en común con todo el personal del SFPR.

Por otra parte, se ha elaborado una TIT en la que, se indica la solución para cada incidencia y se estima el tiempo que supone para el personal del SFPR que cada incidencia registrada tenga lugar. Esta TIT cumple las funciones de agilizar la solución de la incidencia, y de estimar el tiempo empleado por el personal en resolver la incidencia

RESULTADOS

El número total de incidencias registradas en 2014 asciende a 167. Por una parte indica la alta participación del SFPR en el sistema de calidad. Por otra parte, comparado con el número total de DC que se realizaron en 2014, 1354, y, considerando que hay 6 subprocesos por DC, podemos estimar que aparecen dos incidencias por cada cien subprocesos.

Siguiendo las indicaciones de la TIT, el coste en recursos del SFPR para resolver las incidencias registradas supondría 908 minutos de TERT al año y 1624 minutos de radiofísico al año. Una notable mejora respecto a la situación actual

CONCLUSIONES

Se ha llevado a cabo la tipificación de las incidencias en el SFPR en el proceso de DC, basándonos en el RI de incidencias del año 2014. Se ha elaborado una TIT que incluye la solución a cada incidencia y una estimación del tiempo empleado en solventar la incidencia. A partir de ésta se puede optimizar la respuesta y el coste en recursos para el SFPR, y detectar los procesos que suponen un mayor coste para los recursos del SFPR.

Se mantiene la vinculación y el compromiso de mejora continua de la calidad 2,3 en el SFPR del Hospital Universitario "Miguel Servet"

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. 66

TÍTULO. IMPLEMENTACION DE UNA ESTRATEGIA DE HIGIENE DE MANOS EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

Autores: JIMENEZ SESMA ML, SIMON MELCHOR A, SIMON MELCHOR L, GIL SALVADOR R, ALCAINE PARICIO A, SOLANO CASTAN J
JIMENEZ SESMA MARIA LUISA . CS CALANDA . ATENCION CONTINUADA EN AP

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El objetivo general es mejorar la calidad de la asistencia, disminuir sus riesgos, proporcionando una atención segura. Los objetivos específicos son mejorar los conocimientos de los profesionales sobre técnicas y procedimientos de higiene de manos, dar a conocer la importancia de la higiene de manos en la prevención y control de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria y fomentar la utilización de preparados de base alcohólica para la desinfección de las manos entre los profesionales.

METODOLOGÍA

Las acciones del proyecto se realizarán desde febrero a diciembre de 2015:
Realizar una revisión bibliográfica sobre la evidencia de la higiene de manos.
Presentar la estrategia a los profesionales del Centro de Salud.
Preparar y realizar un taller de formación en higiene de manos.
Entregar el “Cuestionario acerca de los conocimientos sobre la higiene de las manos destinado a los profesionales sanitarios” de la Organización Mundial de la Salud previo y a los 6 meses del taller.
Reevaluar el cuestionario y proponer acciones correctivas.

RESULTADOS

El proyecto ha comenzado en febrero y se encuentra en desarrollo. Los indicadores para su evaluación y seguimiento son:
Nº de profesionales que asisten al taller *100/Nº de profesionales del Centro. Estándar 100%.
Nº de profesionales que llevan preparado de base alcohólica en el maletín*100/Nº de profesionales del Centro. Estándar 100%.
Nº de profesionales que contestan correctamente al cuestionario de la OMS previo y a los 6 meses del taller*100/Nº de profesionales del Centro. Estándar 100%.

CONCLUSIONES

Las infecciones relacionadas con la atención sanitaria son efectos adversos ligados a la asistencia sanitaria. Se ha demostrado que la higiene de manos es el procedimiento más importante y eficaz para prevenirlas y controlarlas. Por ello todo profesional sanitario debe ser consciente de la importancia de la realización de una correcta higiene de manos durante la asistencia sanitaria. La Organización Mundial de la Salud en 2009 lanzó la “Estrategia multimodal para la mejora de la higiene de las manos” en los Centros Sanitarios, recomendando cómo lavarse las manos y cómo desinfectárselas. En 2005 a través del programa “Una atención limpia es una atención más segura”, fomentó “los 5 momentos para la higiene de manos”. Diversos estudios han demostrado que el desarrollo de estrategias incrementan el cumplimiento de la correcta higiene de manos de los profesionales, por este motivo se ha decidido implantar este proyecto en nuestro Centro de Salud.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **133**

TÍTULO. **LA SALUD DE LAS MUJERES EN EL BARRIO DEL RABAL DE ZARAGOZA; EXPERIENCIA DE TRABAJO EN GRUPO**

Autores: JUAN GERMAN M, AREVALO E

JUAN GERMAN MARISA · CS ARRABAL · TRABAJO SOCIAL

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Incrementar en nivel de salud percibida de las mujeres con problemas emocionales que pertenecen por zona sanitaria al Rabal, así como la reducción en el consumo de fármacos, ansiolíticos y antidepresivos.

METODOLOGÍA

Se realiza una sesión grupal a la semana, con una duración de dos a tres horas aproximadamente; se trabaja a través de diferentes niveles de intervención, cognitivo, emocional, sensitivo, corporal; favoreciendo y fortaleciendo el vínculo entre ellas, el grupo como algo más que la suma de sus partes.

Las sesiones las impartimos los profesionales del centro de salud, fundamentalmente Trabajadora Social Sanitaria; Médica de familia y con la colaboración de los residentes R3.

Durante este curso, las mismas integrantes han pasado ha ser ellas las que dirijan algunos de los talleres.

RESULTADOS

Medir frecuentación en las consultas por parte de las integrantes del grupo.

Medir consumo de ansiolíticos y antidepresivos.

Medir nivel de salud percibida.

CONCLUSIONES

Desde que llevamos el programa en el centro, consideramos que la salud percibida por el grupo ha mejorado; se sienten mejor, y ha descendido el consumo de fármacos así como ha descendido el número de visitas a las consultas médicas. El grado de satisfacción tanto del equipo como del grupo es satisfactorio.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. 37

TÍTULO. SUJECIÓN DEL CATETER VENOSO DE ACCESO PERIFÉRICO. EXPERIENCIA EN LACTANTES

Autores: LAGANGA ESTEBAN MN, AREJULA LATORRE MM, CATALAN EDO MP, GRAU LAGANGA J, LABRADOR DIAZ AM, RUBIO LAHOZ N
LAGANGA ESTEBAN MARIA NATIVIDAD · H MIGUEL SERVET · PEDIATRIA/LACTANTES

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Unificar la actuación de enfermería relacionada con la sujeción del catéter venoso periférico en pediatría
- Mantener el catéter venoso en las mejores condiciones posibles con una sujeción adecuada.
- Detectar precozmente las complicaciones derivadas de la sujeción del catéter venoso.
- Divulgar nuestra experiencia al resto de los profesionales.

METODOLOGÍA

La inserción de catéteres venosos de acceso periférico para la administración de fármacos y fluidoterapia es una práctica habitual que se realiza en los pacientes ingresados en unidades de Pediatría. El método utilizado en la fijación habitual de estos catéteres requiere tener en cuenta consideraciones específicas al ser un niño el paciente

La fijación de la vía venosa en el niño y lactante requiere un especial cuidado que el personal de enfermería aplica en función de los resultados que observa de su práctica clínica diaria, estos cuidados, son los que ayudan a la conseguir la durabilidad en el tiempo de estos dispositivos en la población infantil haciéndolos lo más confortables para los pacientes y con el menor riesgo de complicaciones.

RESULTADOS

Un correcto manejo de la fijación del catéter venoso periférico en lactantes favorece su permanencia en el tiempo y evita la aparición de lesiones en la piel.

CONCLUSIONES

La estandarización y el buen uso de Los dispositivos de sujeción del catéter venoso periférico pueden ser utilizados en cualquier servicio de pediatría.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **318**

TÍTULO. **PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE ROTURA DE CADENA DE FRIO: FARMACOS TERMOLABILES.**

Autores: LARRODE LECIÑENA I, HUARTE LACUNZA R, VIDAÑO GÓMEZ C, ALVAREZ SANTOS G, PASCUAL MARTINEZ O, URIARTE PINTO M, PALOMO PALOMO P, ABAD SAZATORNIL MR

LARRODE LECIÑENA ITZIAR . H MIGUEL SERVET . FARMACIA HOSPITALARIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Definir un proceso de actuación común en caso de rotura de cadena de frío para garantizar una gestión adecuada de los medicamentos termolábiles en el servicio de farmacia (SF). Gestionar de forma eficiente el registro de incidencias ya que estas son acumulativas, con fecha, rango de Tª alcanzadas, tiempo de exposición e inventario de medicamentos afectados. Elaborar un listado actualizado sobre la estabilidad en distintas condiciones de Tª de los principios activos termolábiles y realizar una clasificación en función de sus posibilidades de utilización de forma segura cuando ha habido una rotura en la cadena de frío.

METODOLOGÍA

Cuando los medicamentos se ven afectados por una rotura puntual y limitada de la cadena de frío, se puede producir desde una pequeña pérdida de eficacia sin relevancia clínica a una pérdida total de la actividad de los mismos. Por este motivo, se seleccionaron los principios activos incluidos en la guía farmacoterapéutica del hospital que requerían ser conservados a una Tª entre 2-8 °C. Se realizó una revisión bibliográfica y se consultó la información disponible en las fichas técnicas. En caso de duda o ausencia de datos, se consultó al laboratorio fabricante, quien envió la información por correo electrónico. Se confeccionó una tabla en excel, que contiene los datos específicos de cada especialidad y la referencia bibliográfica o en su caso, datos de la compañía que suministró la información. Finalmente se consensó a nivel del SF un procedimiento de actuación en caso de rotura de cadena de frío, clasificando los medicamentos en 6 categorías en función del tiempo en que son estables fuera de nevera.

RESULTADOS

Se presenta la clasificación de los fármacos termolábiles en las siguientes categorías: A: estable=28 días a 25°C, B: =7 días a 25°C, C: =48h a 25°C, D: <48h a 25°C, E: no estable >8°C, F: en estos fármacos la estabilidad depende del lote.

El protocolo de actuación consiste en establecer un sistema de seguimiento mediante etiquetado de los medicamentos afectados, desechándolos o devolviéndolos al laboratorio en caso de superarse el límite de tiempo o Tª establecido en cada categoría, y hacer un registro en una hoja excel de los datos de cada incidencia.

CONCLUSIONES

Este trabajo pretende facilitar la rápida actuación ante situaciones de rotura de cadena de frío, ya que una de las funciones prioritarias asignadas al farmacéutico es garantizar la correcta conservación de los medicamentos en su ámbito de actuación profesional.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. 354

TÍTULO. PROGRAMA LONGITUDINAL DE PREVENCIÓN DE TABAQUISMO ENTRE ADOLESCENTES

Autores: LOPEZ DEL PUEYO M, BARBA GUZMAN M, CANET FAJAS C, URIETA GONZALEZ L, ZEPEDA OV

LOPEZ DEL PUEYO MIGUEL . CS DELICIAS SUR . ATENCION PRIMARIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El tabaquismo, a pesar de mantener una tasa de incidencia progresivamente en descenso, sigue siendo una de las adicciones más frecuentes en nuestro medio y que mayor costo en términos de salud genera, tanto para la población como para el sistema sanitario. Este perjudicial hábito se desarrolla tras un primer contacto que se da mayoritariamente entre la población adolescente y preadolescente, fundamentalmente dentro de los dos primeros cursos de Educación Secundaria Obligatoria, de 12 a 14 años. Los programas de prevención del tabaquismo deberían, por tanto, orientar sus esfuerzos hacia la sensibilización de la población en esta franja de edad, adaptando su discurso y enfoque a las particularidades de este colectivo.

Desde el Centro de Salud Delicias Sur de Zaragoza se llevó a cabo un programa longitudinal de intervención en la comunidad para la prevención primaria del consumo de tabaco en los centros educativos de nuestro barrio, mediante la acción conjunta de los residentes de MFyC y tutores del Centro de Salud, así como de la Asociación de vecinos Manuel Viola, los maestros y el AMPA del IES Jerónimo Zurita y con la participación de la Asociación Regional Aragonesa de Laringectomizados y Limitados de la Voz (ARALVOZ).

Se decidió iniciar el programa en el curso escolar 2013-2014 entre los alumnos de 1º de ESO, prolongando posteriormente la iniciativa el curso siguiente. Siendo conscientes de que las intervenciones aisladas en prevención de hábitos tóxicos han demostrado una escasa efectividad si no se acompañan de un seguimiento en el tiempo y de que la participación de los distintos elementos de la comunidad es clave, nos propusimos fomentar el espíritu crítico en relación con el tabaco a través de una serie de actividades de carácter teórico práctico que involucrasen a los distintos agentes sociales implicados.

En la Comunidad Autónoma de Cataluña se llevó a cabo un programa de prevención de tabaquismo entre la población adolescente en varios institutos (TAB-ES), donde se desarrolló un proyecto con unos resultados satisfactorios y que nos sirvió como esquema a la hora de inspirarnos en la elaboración de las actividades, adaptándolas a nuestras necesidades y las sugerencias en la dinámica de trabajo que nos proponíamos.

METODOLOGÍA

Se diseñó un programa dirigido a los alumnos de 1º de ESO del IES Jerónimo Zurita, contando con 220 alumnos de entre 12 y 14 años repartidos en 5 clases (A, B, C, D, E) durante los cursos 2013-2014 y 2014-2015.

El programa consta de cuatro módulos, una actividad preliminar y una valoración final del programa. Cada uno de los módulos persigue unos objetivos distintos y ofrece al docente -tanto profesorado como personal sanitario encargado de impartir la actividad- unas directrices para poder llevarla a cabo en el aula y los materiales necesarios para cada taller.

Al inicio de la intervención se pasó a los alumnos una encuesta con 20 preguntas que debían contestar de forma anónima. Se formularon preguntas en relación con hábitos y actitudes hacia el tabaco: contacto con el tabaco, conocimiento de los efectos negativos que tiene el tabaco sobre el organismo, el papel del tabaco en el entorno social (amigos que fuman, padres o hermanos...) y la percepción personal del mismo. Se valoraba, por tanto, los hábitos y actitudes respecto al tabaco, para conocer de antemano el grado de penetración que tiene el tabaquismo y el conocimiento de los alumnos al respecto. En esta ocasión, fueron los mismos tutores de cada clase los que pasaron la encuesta.

El resto de las actividades se detallan a continuación:

Actividad 1: Los componentes del tabaco y sus efectos sobre la salud. Consiste en una introducción teórica a la composición del tabaco y sus efectos nocivos para la salud mediante una clase teórica con una presentación de diapositivas de pocos minutos de duración, facilitándole interacción con los alumnos así como interpeándoles a que ellos mismos saquen el tema en el hábito familiar. Al finalizar la exposición se proyecta la parte final de una serie de videos titulados Tríptico que gira en torno al tabaco, realizado por los alumnos del IES Miguel Servet de Zaragoza. Finalmente, se les proporciona una ficha con información sobre los componentes del tabaco y se propone un ejercicio de búsqueda de información que deberán aportar en la próxima actividad

Actividad 2: La máquina de fumar. Se realiza un taller práctico construyendo con la clase una "máquina de fumar" -un dispositivo que simula la función respiratoria cuando se fuma y permite valorar los efectos de un cigarrillo en el organismo- con la intención de que tengan un impacto visual de los efectos nocivos del tabaco. Se trata de que todos los alumnos participen, con lo que a la vez se construyeron varias máquinas de fumar en la misma clase para que todos se sintieran implicados y vieran el procedimiento. Finalmente se proyecta un video en el que se puede ver una "máquina de fumar" automatizada que permite ver los efectos del consumo de 200 cigarrillos consecutivos.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. 354

TÍTULO. PROGRAMA LONGITUDINAL DE PREVENCIÓN DE TABAQUISMO ENTRE ADOLESCENTES

Autores: LOPEZ DEL PUEYO M, BARBA GUZMAN M, CANET FAJAS C, URIETA GONZALEZ L, ZEPEDA OV

LOPEZ DEL PUEYO MIGUEL . CS DELICIAS SUR . ATENCION PRIMARIA

Actividad 3: El Juego de rol. Se interpretan varias escenas en relación con aproximaciones diversas al tabaquismo, desde el punto de vista de los propios alumnos, hermanos mayores, padres y madres. Antes de iniciar la actividad se explica a la clase en qué consiste un juego de rol y se les pide a siete alumnos que de forma voluntaria hagan de actores. Se les entrega a cada uno una hoja con las características del papel que tiene que interpretar en las distintas escenas. La duración es de 5 minutos por escena. El objetivo es explorar varios posibles escenarios con los que los propios alumnos pudieran encontrarse en la vida real. Se trata de fomentar la participación y el diálogo entre los demás compañeros e interpelarles a que tomen decisiones, pues en las escenas planteadas la actuación, diálogos y fin de la misma es abierta.

Actividad 4: Taller vivencial. Como cierre del programa y contando con la participación de un representante laringectomizado de ARALVOZ, se mantiene una charla/debate con los alumnos con tal de mostrar de forma directa y personal, con el testimonio en primera persona de un afectado por cáncer de laringe, los efectos de las enfermedades que provoca el humo del tabaco. El objetivo es que los propios alumnos se interesasen por la vivencia del enfermo y preguntasen cualquier tipo de dudas al respecto.

Finalmente, como última actividad del programa, se les facilitó a los alumnos la misma encuesta que habían contestado al inicio del programa a fin de valorar el impacto del programa.

RESULTADOS

La valoración inicial mediante la encuesta a los alumnos participantes permitió extraer conclusiones valiosas y ocasionalmente sorprendentes para los promotores de esta actividad.

En cuanto a la situación en conjunto, se observa que de forma mayoritaria un 98% de los encuestados están entre total y bastante de acuerdo en que fumar es perjudicial para la salud, un 99% de ellos lo considera una adicción y un 89% están total o bastante de acuerdo en considerarlo una droga. Destaca que un 43% se muestra en desacuerdo en considerarlo de moda.

Respecto a hábitos personales, un 87% no han probado el tabaco, y del 11% que sí lo han probado únicamente un 3% han llegado a fumar un cigarrillo entero y tan solo un 1% han fumado al menos 100 cigarrillos en su vida (cifra mínima para considerar el hábito como una adicción). De los que han probado el tabaco, un 1% fuma diariamente, un 2% ocasionalmente y un 98% ningún día del último mes. De los días en los que se probó el tabaco, se refiere el consumo de entre 1 y 2 cigarrillos/día. La edad de inicio en el consumo de tabaco se sitúa entre los 12 y los 13 años.

En cuanto a los hábitos del entorno, un 35% de los padres de alumnos son fumadores, un 19% ex fumadores y un 46% no son fumadores. De las madres, son fumadoras un %, ex fumadoras un 23% y no fumadoras son una mayoría del 53%. El 90% tiene hermanos que no fuman y respecto al círculo de amistades, destaca que un 41% refiere que ninguno de sus amigos fuman, el 29% que algunos sí fuman, un 5% que fuman casi todos, el 4% que fuman todas las amistades y un destacable 29% desconocen si sus amigos fuman o no. Entre el profesorado, el 63% desconoce si sus profesores fuman y el 28% reconoce que algunos sí lo hacen.

Finalmente, al respecto de las actitudes hacia el tabaco, un 81% de los encuestados refiere que si un amigo le ofreciera un cigarrillo lo rechazarían, el 7% probablemente lo rechazase, el 3% probablemente se lo fumase y un 1% no sabe lo que haría. El 69% de los alumnos consideran que durante el próximo año definitivamente no probarán el tabaco, un 8% probablemente no lo hagan, un 6% probablemente sí y el 16% desconoce lo que haría. De forma mayoritaria el 93% opinan que no serán fumadores en el futuro. De los considerados fumadores (si han probado un cigarrillo en los últimos 30 días), un 38% han pensado en dejarlo alguna vez y destaca llamativamente que un 62% no lo han valorado.

Valorar los resultados de este programa de forma inmediatamente posterior a su conclusión podría arrojar conclusiones equivocadas, considerando el reciente impacto de las intervenciones, por lo que sería interesante poder evaluar la eficacia de nuestra intervención dentro de 2 o 3 años sobre la misma población en la que iniciamos el programa, valorando las respuestas actuales que darían los mismos alumnos si se les volviera a preguntar. A pesar de ello, y a fin de sacar una conclusión temprana del impacto inmediato del programa, estamos pendientes de procesar las encuestas realizadas tras finalizar los dos años de evaluación.

CONCLUSIONES

El propio desarrollo del programa así como los primeros resultados del proyecto, pendiente de evaluar en conjunto tras un periodo ventana una vez finalizado, ponen de manifiesto varias conclusiones interesantes.

A pesar de que una amplia mayoría de los alumnos de 1º de la ESO no han consumido tabaco, aquellos que sí lo han hecho es en esta etapa cuando mantienen su primer contacto, reforzando nuestra opinión inicial de que los

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **354**

TÍTULO. PROGRAMA LONGITUDINAL DE PREVENCIÓN DE TABAQUISMO ENTRE ADOLESCENTES

Autores: LOPEZ DEL PUEYO M, BARBA GUZMAN M, CANET FAJAS C, URIETA GONZALEZ L, ZEPEDA OV

LOPEZ DEL PUEYO MIGUEL . CS DELICIAS SUR . ATENCION PRIMARIA

primeros años de instituto son una etapa crítica en la prevención de hábitos tóxicos. Se observa también una cifra marginal de alumnos que podrían ser catalogados como fumadores habituales, y el consumo que se hace es en muchas ocasiones testimonial en términos de frecuencia y cantidad de cigarrillos. No obstante llama la atención que la educación en salud que se está realizando desde ámbitos como la salud pública, las instituciones sanitarias o las propias campañas publicitarias provoque que una gran cantidad de los adolescentes ya no consideren el tabaco como un icono de moda. También se observa que existe un amplio consenso en la consideración del tabaco como adicción y droga, que de forma mayoritaria existe una formación suficiente acerca de su consideración como elemento nocivo para la salud. Las cifras familiares y del círculo de amistades son semejantes a las ofrecidas por otras estadísticas realizadas en nuestro medio y la demografía de la población fumadora es similar en su distribución por sexos (padres y madres). Especialmente significativo, y en nuestra opinión preocupante, es que de la población fumadora sólo un 38% hayan pensado en abandonar el hábito en alguna ocasión. Sería interesante valorar en futuro el motivo de esta decisión, aunque nuestra conclusión basada en la experiencia y el contacto con los alumnos es que consideran que no son auténticos adictos y por tanto se ven capaces de dejarlo cuando deseen. Finalmente, querríamos destacar la gran cantidad de errores conceptuales y mitos en torno al tabaco que existe entre el alumnado. Desde la creencia de que la marihuana es menos perjudicial que el tabaco, que el tabaco de liar engancha menos o que tiene un efecto afrodisiaco hasta el convencimiento de la inocuidad de los cigarrillos electrónicos, nos enfrentamos a una gran cantidad de preguntas basadas en información tergiversada o directamente falsa, basada en “leyendas urbanas” que, si bien difícilmente cuantificable, nos sorprendió al personal implicado por su frecuencia y naturaleza.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. 110

TÍTULO. IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE CIRUGÍA MENOR EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

Autores: LOPEZ GOMEZ HJ, ANDRES MARTINEZ LOSA E, IBAÑEZ ESTELLA JA, GRAJERA SANCHEZ P

LOPEZ GOMEZ HELEN JOAN . CS UTEBO . ATENCION PRIMARIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Implantación de un servicio de C. Menor ambulatoria en un CS rural, con el objetivo de valorar pequeñas lesiones y realizar tratamiento con el fin de reducir las listas de espera en determinadas especialidades hospitalarias, como por ejemplo Dermatología o Cirugía General.

Evitamos, por otro lado, las largas listas de espera y los desplazamientos desde un medio rural, que no siempre son posibles para los pacientes.

METODOLOGÍA

1. Se elaboró un protocolo con el tipo de lesiones que se iban a intervenir en nuestras consultas. Las lesiones eran:
 - Drenaje de abscesos
 - Exéresis de fibromas pendulares
 - Exeresis y análisis posterior en anatomía patológica de verrugas vulgares y nevus.
 - Resección lipomas
 - Resección de lesiones quísticas superficiales
2. Se expuso en una sesión clínica dicho protocolo, dándolo a conocer al resto del personal sanitario del CS Utebo.
3. Se elaboró un circuito de derivación a la consulta de C. menor.
4. Se elaboró una encuesta de satisfacción que se pasaría a los pacientes al finalizar el procedimiento.
5. Se abrió una agenda específica un día a la semana (miércoles) con una cantidad máxima de 5 pacientes al día.
6. Se solicitó instrumental específico para dicha consulta (pinzas, portas, mosquitos, sedas...)
7. Se puso en marcha la consulta 08/01/2014.

RESULTADOS

Se atendieron un total de 115 personas en 1 año.

Donde se observó el siguiente tipo de lesiones: fibromas, verrugas, nevus, quiste, cuerno cutáneo, papiloma, lesión vascular, molusco, granuloma, lipoma y lesión inespecífica.

Se enviaron 28 muestras a anatomía patológica, sin obtener ningún resultado de malignidad en ninguna de ellas (nevus, queratosis, verruga, dermatofibroma, fibroma, quiste, queratoacantoma, papiloma, hemangioma).

Las muestras que no se enviaron corresponden con fibromas péndulos, abscesos y moluscos.

Previo a intervención se firma el consentimiento informado y posteriormente se rellena encuesta de satisfacción.

CONCLUSIONES

Los resultados de la encuesta de satisfacción avalan la implantación de esta consulta en el CS Utebo. La respuesta de la población ha sido muy positiva, aumentando la demanda progresivamente.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. 127

TÍTULO. ADECUACIÓN DE CONSULTAS DE PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A URGENCIAS HOSPITALARIAS

Autores: LOSCOS ARANDA S, BLANCO TORRECILLA C, POVAR MARCO J, ISLA COBETA J, URIOL GOSS V, URBANO RICARTE ME, HERRER CASTEJON A, MARCOS INIGUEZ A

LOSCOS ARANDA SILVIA . H MIGUEL SERVET . MEDICINA INTERNA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Valorar la adecuación de las consultas a Urgencias del Hospital Universitario Miguel Servet de los PCC captados del centro de salud La Almozara en el año 2014 estableciendo un sistema de reconocimiento de estos pacientes en PCH y desarrollando un sistema de comunicación Urgencias- Atención Primaria con el objetivo final de realizar un protocolo de derivación y atención que mejore la calidad asistencial

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes correspondientes a 12 de los 14 cupos del centro de salud de La Almozara que cumplían criterios clínicos preestablecidos de PCC tras la pertinente revisión de las historias clínicas y su seguimiento a través del número de visitas a Urgencias del Hospital de referencia a lo largo de los últimos 12 meses

RESULTADOS

De los 217 pacientes recogidos un 66,6 % eran mujeres. La edad media fue de 81,6 años presentando una media de 8,2 patologías y 9,2 fármacos consumidos al día.

El 54,37% de los PCC acudieron en al menos una ocasión a Urgencias. De ellos, el 72,44% acudió de motu proprio; el 20% remitido desde Atención Primaria y el 7,56% trasladado por el 061. Al 100% de ellos se les realizaron pruebas complementarias: al 90,2% radiología básica; al 87,55% analítica sanguínea; al 8,88% ecografía abdominal y al 14,66 % TC. El tiempo medio de atención hasta el alta fue de 5,92 horas mientras que en caso de ingreso hospitalario el tiempo de observación en Urgencias ascendía hasta las 11,29 horas. Ingresaron el 42,37% de los PCC atendidos precisando interconsulta con otros facultativos de guardia en el 20,44% de los casos. La estancia media de ingreso fue de 7,65 días constando en el informe de alta presencia de efectos adversos y complicaciones derivadas de la atención en el 16,1% de los casos. La mortalidad global fue del 9,67%

CONCLUSIONES

El paciente crónico complejo (PCC) constituye un importante reto tanto para la familia como para el sistema socio-sanitario debido a su fragilidad y elevada comorbilidad per se así como por el elevado riesgo de iatrogenia derivado del acto asistencial.

La correcta captación de PCC en los distintos centros de salud puede mejorar la calidad asistencial global de este subgrupo de pacientes en los servicios de Urgencias mediante la optimización de un sistema de comunicación bidireccional vía mail mejorando la comunicación entre los facultativos y desarrollando a medio-largo plazo circuitos asistenciales alternativos que deriven en un mejor consumo de recursos y en una menor iatrogenia con el fin último de conseguir una mejor atención integral del paciente

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **374**

TÍTULO. **IMPORTANCIA DE LA RECOMENDACION DE PROBIOTICOS, POR EL PEDIATRA DE AP, EN LA PREVENCIÓN DE DIARREA ASOCIADA A ANTIBIOTICOS**

Autores: LOSTAL GRACIA MI, PERALTA RUFAS E, MARTINEZ REDONDO I, GARCIA ROMERO R, MARTINEZ HERNANDEZ N

LOSTAL GRACIA MARIA ISABEL . CS ACTUR OESTE (AMPARO POCH) . PEDIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El consumo de antibióticos es muy frecuente en países desarrollados, considerándose un riesgo de desarrollo de diarrea en niños entre 11-40%. Existe evidencia científica de la eficacia de la administración de probióticos en la prevención de esta diarrea.

El objetivo de este trabajo es valorar la adherencia a la prescripción facultativa y factores influyentes, pues al no ser productos financiados su compra requiere información detallada de sus beneficios, por parte del pediatra

METODOLOGÍA

Población diana: población infantil de 3 meses a 14 años, CS Amparo Poch, que se le prescribía un antibiótico oral. Se le indicaba de forma aleatoria, uno de los siguientes probióticos *Sacharomyces boulardii*, *Lactobacillus reuteri* o *Lactobacillus rhamnosus*, recogiendo datos a 50 pacientes para cada uno de los grupos.

Encuesta telefónica 1-4 semanas tras prescripción. Ficha recogida de datos en relación a adherencia, dificultades para la administración y presencia de diarrea.

RESULTADOS

Se adquirió en oficina de farmacia el 70% de *S. boulardii*, 74% *L. rhamnosus* y 64% *L. reuteri*. El motivo de administración fue antibióterpia en infección respiratoria o piel. Los fármacos más frecuentemente administrados fueron betalactámicos. El 64% de los que no lo adquirieron fue por motivos económicos. Sólo el 50,7% cumplieron la administración en cuanto a dosis y días adecuadamente.

CONCLUSIONES

- El consejo dado por el pediatra consigue un nivel de adherencia muy alto.
- La duración de la administración es menor de la aconsejada.
- El coste dificulta su adquisición en familias de bajo nivel económico

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. 298

TÍTULO. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE GÉRMENES MULTIRRESISTENTES EN EL HOSPITAL: EPIDEMIOLOGÍA, INDICADORES DE CARGA DE CUIDADOS Y TIEMPOS DE RESPUESTA.

Autores: MARCEN ESTELLA AI, SANTABARBARA MC, ROSELL MP, MOLINER J, BARRASA JI, AIBAR C

MARCEN ESTELLA ANA ISABEL . H CLINICO UNIVERSITARIO . MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Conocer la tendencia de las infecciones por bacterias multirresistentes (BMR) en el hospital es necesario para evaluar la efectividad de las medidas preventivas de control. Además, diversas estrategias y programas (Resistencia Zero, PROA) tienen como objetivo reducir la incidencia de BMR, para lo cual es necesario contar con datos puntuales y actualizados.

METODOLOGÍA

El sistema de vigilancia de BMR incluye la detección de casos y la puesta en marcha de medidas de control de manera rápida. El personal de enfermería del Servicio de Medicina Preventiva (SMP) realiza una búsqueda activa de los casos de infecciones por BMR mediante visitas a plantas, revisión de historia electrónica y búsqueda diaria de resultados microbiológicos. Se registra en una base de datos centralizada en el SMP todos los episodios de pacientes en que se detecte una infección o colonización por BMR, con las medidas aplicadas y las fechas. Elaboración de un conjunto de indicadores para la monitorización de la epidemiología de los BMR en el hospital (pacientes infectados, gérmenes, días de aislamiento, tiempos de respuesta).

RESULTADOS

En los últimos años la frecuencia de BMR se ha incrementado. En los 4 primeros meses de 2015 el registro de pacientes con cultivo o precauciones por BMR ha incluido 148 episodios correspondientes a 141 pacientes. La distribución por gérmenes vigilados: SARM (45,9%), E coli BLEE (23,6%), Kleb BLEE (11%) P AER CR (10,1%), S EPID LR (4,7%), Citrob BLEE (2%) ENT CP (1,4%) ENT VR (0,7%), Enterob BLEE (0,7%). En 4 casos el paciente fue aislado sin ser un cultivo positivo. Los casos de infección fueron clasificados como nosocomiales (37,8%), asociadas a cuidados (29,7%) o comunitarias (29,7%). Las localizaciones de la infección en los 144 casos en que existió un cultivo: urinarias (29,7%), respiratorias (18,9%), cutáneas (17,6%), quirúrgicas (14,9%), bacteriemias (9,5%), catéteres centrales (2,0%) y otras (4,9%). La distribución por servicios más frecuentes: medicina interna (31,5%), cuidados intensivos (15,5%), cirugía general (10,2%), cirugía vascular (7,4%), neumología (7,4%). El indicador de duración media de las medidas de aislamiento se ha calculado para cada mes: 16 días en enero, 24 en febrero, 14 en marzo y 9 en abril. El análisis gráfico permite analizar los casos extremos. Los tiempos medios desde la toma de muestra hasta la aplicación de medidas de control se calculan también mensualmente: 3,5 días en enero, 2,8 en febrero, 2,4 en marzo, y 3,7 en abril.

CONCLUSIONES

La búsqueda activa de casos de infecciones por gérmenes multirresistentes permite actuar de manera rápida para poner en marcha las medidas de control adecuadas. Inicialmente se produce un incremento del número de casos detectados, atribuible al método de búsqueda. La monitorización mensual de indicadores de días de aislamiento y de tiempos de retraso en la aplicación de medidas permite evaluar el resultado del sistema de vigilancia, y refuerza el papel del Servicio de Medicina Preventiva en el control de las infecciones por multirresistentes.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **404**

TÍTULO. **PROTOCOLO DE MANEJO DE HIPERTENSIÓN PULMONAR POR CARDIOPATÍA IZQUIERDA PRE-CIRUGÍA CARDÍACA. NUESTRA EXPERIENCIA INICIAL**

Autores: MARCEN MIRAVETE A, BLASCO PEIRO T, PORTOLES OCAMPO A, AURED GUALLAR C, RIVERO FERNANDEZ E, LASALA ALASTUEY M, SANCHEZ INSA E, SANZ JULVE ML

MARCEN MIRAVETE ANA . H MIGUEL SERVET . CARDIOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Valorar el pretratamiento con levosimendán (L) y sildenafilo (S) en P que van a ser sometidos a QC y que tienen HP debida a su cardiopatía izquierda (CI).

METODOLOGÍA

estudio observacional retrospectivo de los P con HP debido a su CI que fueron sometidos a QC de enero de 2014 a abril de 2015 y fueron pretratados con S (dosis 60mg/24 horas – 160 mg/24horas) desde el momento de ser aceptados a QC y levosimendán (0'1 mcg/kg/min) 24 horas antes de la misma. Fueron analizadas las características basales, la evolución de los parámetros hemodinámicos (la medición de las cifras de presión pulmonar (PP) preQC se realizó mediante cateterismo cardíaco derecho y postQC mediante ecocardiografía) y el desarrollo de insuficiencia cardíaca (IC) durante el seguimiento.

RESULTADOS

de los 8 P, 6 mujeres, edad media 65'3 años, 1 P fue intervenido de estenosis mitral (EM), 2 de insuficiencia mitral (IM), 1 doble lesión mitral, 1 estenosis aórtica (EAo), 1 EAo y EM y 1 comunicación interauricular tipo ostium secundum. Todos tenían HP severa y la FEVI era normal en todos menos en uno. Se observó una reducción marcada de las cifras de PP (PPs media pretratamiento 77 y postratamiento 44'5 mmHg). 2 han reingresado por IC. Ningún éxito.

CONCLUSIONES

el pretratamiento de la HP en P que van a ser sometidos a QC parece una opción segura consiguiendo una reducción importante de las cifras de PP. Estudios con mayor número de P son necesarios.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. 75

TÍTULO. INDICADORES DE CALIDAD EN EL PROCESO DE ATENCIÓN AL CÓLICO NEFRÍTICO, ECOGRAFÍA ABDOMINAL E INTERCONSULTA A UROLOGÍA

Autores: MARCO LOPEZ C, GAY GASANZ B, SIERRA MONZON JL, URIETA GONZALEZ L, CANET FAJAS C, MARTINEZ GIL R, LOZANO TORRUIBIA N, GARCIA NOAIN JA

MARCO LOPEZ CRISTINA . H CLINICO UNIVERSITARIO . URGENCIAS

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Conocer cuál es nuestra situación en cuanto al cumplimiento de dichos estándares, y cuales son los posibles factores que pueden relacionarse con la realización de la ecografía abdominal o la solicitud de una interconsulta a Urología.

METODOLOGÍA

Se ha realizado un muestreo aleatorio de los pacientes atendidos en nuestra Unidad durante el año 2014 cuyo primer diagnóstico en el informe de alta era cólico nefrítico. Se recogieron los siguientes porcentajes: la medición de dolor mediante una escala, la realización de una radiografía simple de abdomen y/o una ecografía abdominal, la solicitud de una interconsulta a Urología, la necesidad de paso a una Sala de Observación (SOU) o de ingreso hospitalario, las reasistencias a las 72h por el mismo motivo.

RESULTADOS

Se revisaron un total de 381 pacientes con una media de edad de 42 años, siendo un 55% de ellos varones. Se atendieron mayoritariamente en el área de Atención Médica (92%) seguidos de Consulta Ambulatoria (4%), y sus niveles de prioridad asignados en el triaje fueron el IV (55%) y el III (33,5%) con un 5% con nivel II por intensidad del dolor. Únicamente en el 1% (estándar 100%) de los informes de alta se recogió la medición de la escala del dolor aunque esta se realizó en un porcentaje más elevado en el triaje de enfermería. Se realizó una radiografía simple de abdomen al 74% de los pacientes (estándar <60%) y una ecografía al 36% (estándar <20%). En el 25% de los supuestos (estándar <25%) se solicitó una interconsulta a Urología, siendo necesario el paso a la SOU en el 9,2% (estándar 10-20%). Ingresaron en planta de Urología el 10% de los enfermos (estándar <10%) y el porcentaje de reasistencias a las 72h se situó en el 7,25% (estándar <10%).

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a solicitud de interconsulta a urología en función del área de Atención (21,1% en Atención Médica frente al 43,75%, con $p=0,003$), el nivel de prioridad asignado en el triaje (36,8% de niveles II, 31,1% de III, 19,8% de IV y 27,2% de V, con $p=0,05$) y la realización previa de ecografía (56,3% frente a 7,1% con $p<0,001$). En relación con la realización de ecografía abdominal en función del área de Atención (32,8% en Atención Médica frente 53,1% en otras con $p=0,0025$) y el tipo de alta (87% de los ingresos frente al 18% de las altas a domicilio con $p<0,0001$).

CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos se establecen varios campos de mejora en dicho proceso de atención.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **270**

TÍTULO. **DETECCIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN PERCIBIDO EN LOS PACIENTES NEUROLÓGICOS AL ALTA**

Autores: MELENDO ROY S, CHOPO ALCUBILLA MJ, ROMEO LAGUARTA A

MELENDO ROY SANDRA . H MIGUEL SERVET . NEUROLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El objetivo principal de este estudio ha sido determinar el grado de satisfacción de los pacientes de neurología con relación a la atención recibida en la Unidad objeto de estudio.

Además, pretendíamos conocer los aspectos del proceso asistencial que generan mayor satisfacción en los usuarios, para identificar oportunidades de mejora, que nos permitan aumentar la calidad percibida y la calidad del servicio que prestamos.

METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio descriptivo y transversal a todos los pacientes ingresados en la Unidad de Neurología del H.U. Miguel Servet que fueron dados de alta durante el mes de Marzo del 2015, tanto los que pasaron por la Unidad de Ictus, como los que ingresaron directamente en planta. Por ello, tras informar de los objetivos del estudio y solicitar su consentimiento verbal, se entregaron 82 cuestionarios de los que se recogieron 32.

El personal de Enfermería de la Unidad de Neurología distribuyó el cuestionario, facilitando la información e instrucciones necesarias para que cada paciente lo cumplimentara de forma anónima y lo depositara en un buzón colocado a tal efecto en el control de enfermería de la planta al alta.

El instrumento de medida utilizado fue una modificación del cuestionario SERVQHOS(7) por parte del grupo de mejora de la unidad. El cuestionario resultante cuenta con tres partes diferenciadas.

La primera con 14 ítems relativos a la asistencia sanitaria. El paciente puntuaba cada una de estas preguntas en una escala de likert, que va desde la 1 (“la asistencia ha sido mucho peor de lo que esperaba”) al 5 (“mucho mejor de lo que esperaba”). En la segunda parte se pregunta al usuario sobre la satisfacción global respecto a la unidad y al hospital. La tercera parte recoge unas preguntas abiertas sobre lo que más y lo que menos a gustado.

Una vez recogidos los cuestionarios se introdujeron en una base de datos, que fue exportada al programa estadístico SPSS. Se efectuaron los análisis necesarios para evaluar los resultados y obtener las medidas de satisfacción de los pacientes.

RESULTADOS

En la unidad de Neurología hubo un total de 82 altas, de las cuales 32 respondieron y entregaron el cuestionario. Se obtuvo una tasa de respuesta del 39,02%.

En la tabla 1 se representan las puntuaciones de las distintas variables que conforman la satisfacción del paciente. El análisis de las medias de los atributos evaluados en la primera parte del cuestionario evidencia que la mayoría de los pacientes están satisfechos en las dimensiones exploradas, con una puntuación superior a 3,5 en todas ellas (excepto en el “equipamiento”).

El análisis de las frecuencias de respuesta para cada uno de los atributos según la puntuación obtenida en la escala de Likert, indica que los atributos con los que los pacientes están menos satisfechos son el “descanso durante el ingreso” y el “equipamiento material”. Debemos destacar que en alguno de los atributos, tales como la “higiene”, la “limpieza” y la “acogida o recibimiento”, los datos presentan mucha dispersión en las respuestas, lo que refleja mayor variabilidad respecto a estas dimensiones.

El factor con más peso en la satisfacción de los pacientes fue la Información dada por parte de la Enfermería, puntuada con un 5 por un 75% de las encuestas. Además, siendo esta y el trato por parte del personal de enfermería y auxiliares de enfermería, lo destacado en las preguntas abiertas realizadas. Sin embargo, encontramos peor valorada la información médica, descendiendo a un 59,4% la puntuación de 5 y existiendo más variabilidad en las puntuaciones. Cabe destacar que no más del 50% de las encuestas dan una puntuación de 5 a la información médica y diagnóstica y la relacionada con las pruebas y tratamientos.

En relación con la segunda parte del cuestionario respecto al descanso durante el ingreso, dicen descansar el 65,6% de los que responden y un 56,3% recomendaría la unidad en caso de necesitarla.

Finalmente y en relación con la tercera parte del cuestionario, se recoge “el trato del personal de enfermería y

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **270**

TÍTULO. **DETECCIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN PERCIBIDO EN LOS PACIENTES NEUROLÓGICOS AL ALTA**

Autores: MELENDO ROY S, CHOPO ALCUBILLA MJ, ROMEO LAGUARTA A

MELENDO ROY SANDRA · H MIGUEL SERVET · NEUROLOGIA

auxiliares de enfermería” como lo más positivo. Y se recogen como sugerencias negativas, de forma más individual, “el cuarto de baño poco adaptado”, “las esperas por falta de personal” y/o “la incomodidad para el acompañante”.

CONCLUSIONES

El grado de satisfacción de los pacientes atendidos en la unidad de Neurología en el hospital durante el periodo objeto de estudio fue de 3.892. Los atributos que determinan el grado de satisfacción de los pacientes son la “información” y el “trato” por parte del personal.

El análisis de la satisfacción de los pacientes en este servicio es muy útil para diseñar una estrategia de mejora, sobre todo en aquellos aspectos dependientes del personal sanitario.

La satisfacción en atención sanitaria se consigue cuando el usuario percibe que el servicio prestado supera sus expectativas.

Agradecemos la colaboración de todos los pacientes, sin los cuales este trabajo no hubiera sido posible. Y destacamos en papel del grupo de mejora de la unidad, así como el de todo el personal de la unidad que prestó su estrecha y decisiva colaboración.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **140**

TÍTULO. **IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO EBE DE CUIDADOS DEL CATÉTER INTRAVENOSO PERIFÉRICO EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA**

Autores: MENDOZA MURO GM, AGUILA VILLACAMPA MD, MARTINEZ PANZANO MA, VILLANUA MARTIN MC, BELLON CLAVER P, LACOSTENA PEREZ ME, SANCLEMENTE VINUE I, VIÑUALES PALOMAR C

MENDOZA MURO GEMMA MARIA . H SAN JORGE . PLANTA HOSPITALIZACION

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

En el medio sanitario la cateterización de vías venosas periféricas es una práctica imprescindible.

Debido a que su uso está muy extendido, es primordial evitar las complicaciones asociadas, como son la flebitis y la bacteriemia, que provocan un aumento de la morbi-mortalidad, de los días de ingreso y como consecuencia, del coste sanitario.

Por todo ello, pretendemos implementar un programa de formación de las enfermeras en nuestro centro, con el fin de conseguir una práctica clínica más homogénea basada en las últimas recomendaciones de la Enfermería Basada en la Evidencia

METODOLOGÍA

Se realizan muestreos por lotes antes de la implantación del PROTOCOLO BASADO EN LA EVIDENCIA (abril del año 2013, n=155) y después de la implantación (junio y diciembre del año 2014, n=269). La implantación supuso la distribución del nuevo protocolo y la formación de 144 enfermeras en sesiones de 30 minutos de duración (mayo de 2014). El estudio comprende la observación directa, in situ, de los catéteres periféricos implantados. Se recogen datos a cerca de: tiempo de permanencia del catéter, estado del apósito, presencia de flebitis y estado de cierre de los sistemas de perfusión. Se realiza una prueba de contraste de hipótesis de Chi cuadrado para una $p=0,05$.

RESULTADOS

Número de vías periféricas con el apósito manchado y/o despegado. Post-implantación: 3,39%. (Pre-implantación: 3,01%).

Número de vías periféricas insertadas más de 96 horas. Post-implantación: 23,73% (Pre-implantación: 19,55%)

Número de vías periféricas con signos de flebitis. Post-implantación: 1,27% (Pre-implantación: 3,76%).

Número de vías periféricas con los accesos cerrados (tapón o sistema cerrado). Post-implantación: 97,46% (Pre-implantación: 98,50%)

CONCLUSIONES

Los resultados no arrojan diferencias estadísticamente significativas entre el estudio postimplantación frente al pre-implantación en ninguno de los indicadores medidos. Entendemos que el punto de partida era muy bueno. Existían protocolos hospitalarios basados en evidencia científica de los cuidados de estos catéteres, tanto cuidados extra como intraluminales. Necesitaríamos datos del resto de hospitales del entorno para comparación, dado que utilizamos la misma metodología. –

Creemos que la implantación del EBE debe ayudar a mantener los elevados estándares de calidad de los cuidados de estos catéteres

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. 198

TÍTULO. TALLER DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD PARA PERSONAS CUIDADORAS

Autores: MIGUENS URIEL A, FELICIDAD BUJEDO F, PEÑA LOPEZ AI, NAVARRO SALDAÑA L, BECERRIL GERMAN C, RUIZ SANZ M, REGLA MARIN R, SENRA DE LA FUENTE EM

MIGUENS URIEL ALEJANDRO . CS SAN JOSE NORTE . UDOMFYC

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El C.S. San José Norte-Centro atiende a 45.000 habitantes y se estima que el 2.6% son dependientes.

Los pacientes dependientes y las personas que los cuidan tienen unas necesidades especiales, como una atención integral y continuada para respuesta a unas exigencias específicas que la asistencia sanitaria no puede proporcionar habitualmente, no sólo desde el punto de vista del médico, sino con la visión y colaboración de enfermería, psicología y trabajo social.

Con el aumento de patologías crónicas y el envejecimiento poblacional, se incrementan las situaciones de dependencia y se hace patente la necesidad de coordinación de los servicios sanitarios y sociales para adecuar una respuesta válida a las necesidades de la población.

Aprovechando la experiencia acumulada de ediciones anteriores se pretende: mejorar la calidad de vida del cuidador, aumentar los conocimientos sobre aspectos del cuidado, estimular hábitos saludables y reforzar la autoestima de los pacientes; con un adecuado uso de los recursos disponibles.

METODOLOGÍA

Se impartieron 6 sesiones semanales matinales, en ellas se explicaron diferentes aspectos por parte de medicina (cuidar a otra persona y factores relacionados), enfermería (ayuda y promoción para las actividades de la vida diaria); psicología (aprender a cuidarse la persona cuidadora) y trabajo social (recursos sociales).

RESULTADOS

En ésta edición contamos con 12 participantes, el 83% familiares de 1º grado y el 17% cuidadoras, con una edad media de 56 años, siendo el 66% mujeres, con una media de 3,45 años a cargo de una persona dependiente.

En la evaluación final, de las 7 preguntas realizadas sobre el curso: contenido, exposiciones, horario, medios, duración, utilidad y satisfacción general se obtuvieron resultados entre bastante adecuado y muy adecuado en todos los ítems valorados

CONCLUSIONES

Con la coordinación interdisciplinar se produce una sinergia en la que cada profesional del equipo aporta lo que sabe hacer y comparte conocimientos con los demás integrantes del equipo y se puede llegar a una mayor calidad en los conocimientos impartidos.

En esta edición hemos obtenido unos niveles en las evaluaciones de alta satisfacción, con calificaciones altamente positivas, lo que nos estimula a realizar más ediciones y llegar a más población para una mejor cuidado de nuestros pacientes, en esta línea cabe destacar que algunos participantes solicitaron que se realizaran más actividades en horario de tarde, lo que con la participación de diferentes profesionales sanitarios es más complejo y habría que valorar detenidamente.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **168**

TÍTULO. **¿CONSIGUEN LAS UNIDADES DOCENTES MULTIPROFESIONALES MEJORAR EL TRABAJO EN EQUIPO?**

Autores: MILAGRO JIMENEZ ME, PINA MARQUES B, CARRASCO NAVARRO MJ, NAVARRO TORRES M, BOSQUE GRACIA C, LATORRE IZQUIERDO AM

MILAGRO JIMENEZ MARIA EUGENIA . H MIGUEL SERVET . URGENCIAS PEDIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Analizar si la creación de la Unidades Docentes Multiprofesionales (UDM) de pediatría ha contribuido a mejorar la competencia “Trabajo en equipo”.

Conocer si están utilizando los recursos existentes de una forma eficiente.

METODOLOGÍA

Se realiza un estudio descriptivo transversal, mediante la realización de una encuesta autocumplimentada por el personal que integra la UDM de pediatría, incluyendo tutores y residentes, la cual recoge la opinión que ellos tienen sobre la misma.

RESULTADOS

Se enviaron un total de 63 encuestas siendo el porcentaje de respuesta del 42,85%.

El 92,59% está de acuerdo con el concepto de UDM frente al 7,4 % que no lo está.

Respecto a si consideran este modelo de unidad docente como una oportunidad de mejora en la formación de los residentes el 100% opina que es así en el caso de la formación de los residentes médicos.

En el caso de la formación de los enfermeros especialistas el 11,11% de los encuestados opina que este tipo de unidad no supone una mejora para la formación de los EIR.

En relación a si las UDM fomentan el trabajo en equipo el 11,11% no está de acuerdo con la afirmación.

El 25,9% afirma que con las UDM no hay mejoras en la organización de los recursos existentes dedicados a formación.

CONCLUSIONES

Es importante que todos los miembros de la UDM tengan claro el propósito fundamental de este modelo de formación, identificando competencias transversales comunes de los diferentes especialistas y planificando actividades conjuntas entre ellos.

El trabajo de los tutores en la UDM es la clave para el aprendizaje compartido e interactivo entre profesionales que provienen de diferentes titulaciones así como en la gestión de los recursos de la unidad de una forma más eficiente.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **216**

TÍTULO. **HIPERPROLACTINEMIA SECUNDARIA A FÁRMACOS EN PACIENTES INFANTO-JUVENILES: UN EFECTO INFRAVALORADO E INFRADIAGNOSTICADO**

Autores: MODREGO AZNAR MF, RUIZ LAZARO PM, BARRERA FRANCES A, CORTINA LACAMBRA MT, MABRY PARAISO S, MARCO GOMEZ B

MODREGO AZNAR MARIA FABIOLA . H CLINICO UNIVERSITARIO . PSIQUIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Valorar si en el servicio de Psiquiatría Infanto Juvenil del H Clínico Lozano Blesa, se están llevando a cabo controles de los niveles de la prolactina sérica en pacientes menores de edad con tratamiento antipsicótico depot, concretamente con Palmitato de Paliperidona Depot (PPLP), y si hay cambios estadísticamente significativos en dichos niveles antes y después de iniciar dicho tratamiento.

METODOLOGÍA

: Se realizó una búsqueda del total de pacientes < 18 años a los que se les había instaurado tratamiento con antipsicótico depot durante los últimos 4 años, bien en la unidad de hospitalización psiquiátrica del hospital, bien en las Consultas Externas. Se utilizaron los registros existentes elaborados por el personal de enfermería y consulta de las historias clínicas de los pacientes, tanto en formato manuscrito como electrónico, para recoger la fecha exacta de inicio con el fármaco a estudio así como la revisión de las analíticas anteriores y posteriores. Dividimos los niveles de prolactina en sangre considerando como NORMALES niveles <30 µg/L, ALTOS de 31 a 100 µg/L y MUY ALTOS >100 µg/L, tanto en mujeres como varones.

RESULTADOS

Se estudió una muestra total de 16 pacientes menores de edad, 9 varones y 7 mujeres, siendo la edad media al inicio del tratamiento de 16.8 años. El 75% de los pacientes eran de nacionalidad española. Solamente 2 de los 16 pacientes tenían prolactinemias basales, y únicamente 3 de los 16 pacientes tenían valoraciones de las cifras de prolactinemia tras la instauración del tratamiento, resultando los niveles altos y muy altos en 2 de los 3 registros hallados. Solo dos de los tres pacientes con niveles de hiperprolactinemia postfármaco valorados presentaban o habían presentado clínica compatible con hiperprolactinemia (ginecomastia y amenorrea).

CONCLUSIONES

- 1) Según la bibliografía consultada, y como sugieren los resultados de nuestro propio estudio, la hiperprolactinemia es un efecto secundario infradiagnosticado y por lo tanto infratratado.
- 2) Creemos necesaria la elaboración de unas recomendaciones claras que sensibilicen a los psiquiatras, especialmente a los que tratan con la población adolescente y juvenil, de la necesidad de monitorizar los niveles de prolactinemia tras la instauración de un tratamiento antipsicótico.
- 3) Invitamos al personal de enfermería de salud mental, que lleva el seguimiento de la población en tratamiento con fármacos depot, a realizar entrevistas para valorar la esfera sexual de los pacientes jóvenes.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **368**

TÍTULO. **ATENCIÓN REHABILITADORA DEL PACIENTE EN EL POSTOPERATORIO CARDIACO**

Autores: MORATA CRESPO AB, GIMENO GONZALEZ M, SUPERVIA POLA M, LAPLANO MIGUEL O, CARCAS C
MORATA CRESPO ANA BELEN · H MIGUEL SERVET · MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

1. Conseguir valorar y dar atención desde el punto de vista de la rehabilitación a todos los pacientes sometidos a cirugía cardíaca.
2. Seleccionar a los pacientes candidatos a continuar el programa de fase 2, extrahospitalaria.
3. Establecer el circuito de la atención rehabilitadora durante el ingreso hospitalario

METODOLOGÍA

Actividades que se han desarrollado hasta el momento actual:

- Sesión de Rehabilitación prequirúrgica.
- Reunión con Jefes de Servicio de UCI-PC y Cirugía cardíaca.
- Valoración y seguimiento durante el ingreso de los pacientes en fase 1.
- Mejora en la gestión al alta de los candidatos seleccionados para fase 2, y/o control en consulta de Rehabilitación Cardíaca.
- Consenso sobre para la publicación en la red del Hospital del protocolo de atención al paciente de cirugía cardíaca durante la fase 1

RESULTADOS

El número de pacientes valorados en el postoperatorio cardíaco durante el año 2014 fue de 454.

El 99% de los pacientes fueron valorados en las primeras 48 horas tras la realización de la hoja de interconsulta, durante su estancia en UCI.

El 100% de los pacientes valorados y estables clínicamente han recibido tratamiento rehabilitador.

Un 10% ha sido derivado a la fase 2.

CONCLUSIONES

Hasta el momento actual hemos conseguido los siguientes resultados en los indicadores propuestos:

99% valorados en primeras 48 horas.

100% reciben tratamiento rehabilitador.

Dificultades para informar de forma individualizada sobre los factores de riesgo cardiovascular de los pacientes, en ocasiones las altas hospitalarias son muy rápidas, y agilizadas por la necesidad de nuevos ingresos.

Dificultades para la sesión informativa prequirúrgica por la no cobertura de vacaciones, permisos, etc.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **287**

TÍTULO. PARADA CARDIACA INTRAHOSPITALARIA: ABORDAJE INTEGRAL

Autores: MOZOTA DUARTE J, ALAMEDA SERRANO J, MUNARRIZ J, CEBOLLADA J, PELEGRIN J, RAMS M, ESPALLARGAS A, PERLADO DEL CAMPO E

MOZOTA DUARTE JULIAN . H CLINICO UNIVERSITARIO . UNIDAD DE CALIDAD

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Aprobar e implantar un Protocolo de Parada Cardiorrespiratoria intrahospitalario.
- Poner en marcha un equipo de atención a la parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria.
- Adecuar las necesidades estructurales para conseguir una respuesta temprana.
- Medir los resultados para corregir las desviaciones.

METODOLOGÍA

Un grupo de profesionales de distintos servicios (UCI, cardiología, urgencias, medicina interna) elaboró un protocolo de atención a la parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria, adaptando a las características de nuestro centro las recomendaciones internacionales. El protocolo fue evaluado por la Comisión de Revisores, y aprobado tras la adecuación de la estructura del centro, impulsada por la Dirección del Hospital.

La adecuación de la estructura consistió en dotar a los ascensores de llamada externa mediante llave, permitiendo posteriormente el viaje sin interrupciones de los integrantes del equipo de atención a la parada; así mismo se adquirieron dos teléfonos móviles, que se programaron con marcación sencilla desde todo el Hospital.

Se creó un Comité Interdisciplinario de RCP con el fin de controlar la efectividad y calidad de la RCP en el centro.

Se decidió que el equipo de respuesta avanzada a la parada estaría constituido por un MIR 4-5 de especialidades médicas y por un facultativo de UCI, con el apoyo adicional del adjunto de área médica durante la guardia.

Se organizó formación para los MIR 4-5 del equipo de respuesta y para el personal de enfermería y auxiliares.

Se realizó un simulacro la semana previa a la puesta en marcha del dispositivo, en el que se evaluó la coordinación de los diversos componentes del equipo implicados en la atención a la parada.

Se diseñó una hoja de recogida de datos de las llamadas.

RESULTADOS

En los seis primeros meses de implantación de la atención a la parada cardiorrespiratoria se han atendido 38 llamadas (1,4 llamadas/semana), siendo 31 paradas cardiorrespiratorias

La edad media de los pacientes fue de 72,5 años, siendo el 53% mujeres.

El 76% de las llamadas fueron consideradas adecuadas, las no adecuadas fueron debidas a: convulsión, síncope, o apnea.

El inicio de la parada fue presenciada por sanitarios (50%), por familiares (20%) y no presenciada (30%).

El ritmo de parada fue: FV/TV sin pulso 13%, disociación electromecánica 16%, asistolia 45% y desconocido 26%.

El resultado tras la atención fue: éxitus en la reanimación 63%, éxitus en menos de 24 horas 10%, éxitus en más de 24 horas 13% y supervivencia al mes 13%.

CONCLUSIONES

La puesta en marcha, implicando a todos los agentes, ha resultado laboriosa pero a la vista de los resultados puede considerarse exitosa. Para la adecuada implantación de proyectos que afectan a más de un servicio o a un hospital completo es imprescindible la implicación de los líderes.

Los resultados en los pacientes son los esperados en un centro de nuestras características: en torno a un 10% de supervivencia.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **363**

TÍTULO. **IMPLANTACIÓN DEL SINASP EN EL HOSPITAL MAZ**

Autores: NAVARRO GISTAU C, GRUPO SEGURIDAD PACIENTE MAZ

NAVARRO GISTAU CRISTINA . MUTUA DE ACCIDENTES DE ZARAGOZA (MAZ) . MEDICINA PREVENTIVA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Mejorar la seguridad del paciente en el hospital
Generar un clima de seguridad y confianza
Establecer practicas seguras basadas en la evidencia

METODOLOGÍA

Dentro de la estrategia de mejora de la calidad asistencial en el Hospital, la seguridad del paciente constituye un pilar fundamental. Conocer cuáles son los problemas de seguridad en el hospital es el primer paso para establecer medidas para solucionarlo. Por esta razón desde el grupo de Seguridad del Paciente del hospital se optó por implantar el SiNASP con el doble objetivo de aprender e implantar medidas de mejora.

RESULTADOS

El SiNASP se implantó en el Hospital en el mes de marzo del 2015. Inicialmente se presentó el proyecto a la dirección del hospital y al grupo de seguridad del paciente. durante el mes de marzo se realizaron dos sesiones generales en el hospital en las que se presentó el proyecto del SiNaASP. El Grupo de Seguridad del Paciente está formado por un miembro de cada departamento y de todas las categorías profesionales. a este grupo de seguridad se le dio formación mas especifica acerca del SiNASP y han sido los encargados de dar formación practica a su departamento. Hasta la fecha se han recibido 21 notificaciones, se han gestionado 19, se ha realizado una versión simplificada de ACR y del resultado del análisis han salido dos protocolos. A todas ellas se les ha dado una solución.

CONCLUSIONES

Conocer y analizar los problemas de seguridad del paciente a nivel local permite una implantar planes de mejora a nuestra realidad.El ambiente no punitivo y la puesta en marcha de soluciones mejora la participación y favorece la implantación de un ambiente de seguridad en el hoital

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **112**

TÍTULO. ¿HA MEJORADO LA CALIDAD PERCIBIDA POR LOS MONITORES SOBRE LA GESTIÓN DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS DEL SERVICIO DE FARMACIA?

Autores: NAVARRO PARDO I, BERNABE ANTOLIN S, IDOPE TOMAS A, CASTIELLA GARCIA M, COMET BERNAD M, GALINDO ALLUEVA M, URIARTE PINTO M, ABAD SAZATORNIL MR

NAVARRO PARDO IRENE . H MIGUEL SERVET . FARMACIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Evaluar la percepción y grado de satisfacción de los monitores con el funcionamiento del área de ensayos clínicos (EC) del Servicio de Farmacia (SF) y analizar los aspectos que han variado desde el año 2010.

METODOLOGÍA

Encuesta de satisfacción enviada a los monitores por correo electrónico en noviembre de 2014 y comparación con los resultados obtenidos con la remitida en 2010. El cuestionario consta de 10 ítems y 2 preguntas abiertas sobre aspectos positivos y sugerencias. El análisis comparativo se realizó con la prueba estadística U de Mann-Whitney y un nivel de confianza del 95%.

RESULTADOS

Se enviaron 120 encuestas y respondieron 50 (42%), de las cuales 19 (38%) resaltaban aspectos positivos y 15 (30%) incluían sugerencias. La satisfacción general con el SF fue alta (9,2). Los ítems mejor valorados fueron: resolución por parte del farmacéutico de cuestiones de forma competente (9,4) y de solicitudes e incidencias con agilidad (9,3), así como el trato/amabilidad del farmacéutico (9,4). También fueron bien valorados el archivo de documentación del estudio (9,0) y la actuación del SF antes posibles desviaciones del protocolo/procedimiento (9,1). El ítem peor valorado fue el acceso al área de EC en el SF (6,9). Aspectos positivos destacados: sistema de gestión de muestras, profesionalidad y amabilidad del farmacéutico, organización y disponibilidad en las visitas y agilidad en contestar e-mails. Sugerencias propuestas: mejorar la señalización del área de EC e informatización de registros de temperatura. En comparación con la encuesta de 2010 (n=47), se observa una mejora significativa en el sistema de gestión de muestras de EC (8,3 vs 8,9; p=0,030), el archivo de documentación del estudio (8,3 vs 9,0; p=0,034), la agilidad en la resolución de solicitudes e incidencias (9,0 vs 9,3; p=0,022) y el lugar de trabajo (8,2 vs 9,2; p=0,013). El acceso al área de EC (7,0 vs 6,9; p=0,830) sigue con valoración baja.

CONCLUSIONES

La encuesta ha permitido evaluar la percepción de los monitores sobre el área de EC y medir los resultados de las acciones de mejora puestas en marcha a partir de los ítems peor valorados con la misma encuesta en 2010. Se ha mejorado la gestión de EC mediante su informatización, el archivo de documentación, la agilidad en la resolución de solicitudes e incidencias y el lugar de trabajo. Sin embargo, la accesibilidad al área de EC sigue siendo un aspecto de mejora.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. 166

TÍTULO. PROGRAMA DE EDUCACIÓN EN HÁBITOS ALIMENTARIOS SALUDABLES A ESCOLARES DE 1º A 4º DE EDUCACIÓN PRIMARIA

Autores: NAVARRO TORRES M, MILAGRO JIMENEZ ME, PINA MARQUES B, CARRASCO NAVARRO MJ, LATORRE IZQUIERDO AM, BOSQUE GRACIA C

NAVARRO TORRES MARIA . H MIGUEL SERVET . PEDIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Fomentar el conocimiento de los escolares sobre hábitos alimentarios saludables.
Comparar los conocimientos previos y posteriores a las sesiones.
Promover la realización de actividades en el ámbito escolar a través de la Enfermería Pediátrica.

METODOLOGÍA

Preparación de sesiones teórico-prácticas de una hora sobre hábitos de alimentación saludables que serán impartidas por residentes en Enfermería Pediátrica a alumnos de primer y segundo ciclo de educación primaria de tres centros educativos.
Selección de tres colegios de Zaragoza: Basilio Paraíso, Fernández Vizarra y Fernando el Católico, pertenecientes los dos últimos a la "Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud". Como criterios de inclusión se requiere que sean colegios públicos y de una única vía.
Contacto con los colegios vía telefónica y por e-mail solicitando su colaboración. Tras fijar fecha, se valoran los conocimientos previos mediante un cuestionario entregado por los profesores, se imparte la sesión y se valoran los conocimientos adquiridos rellenando posteriormente el mismo cuestionario.
Evaluación de los cuestionarios sobre 10 puntos y obtención de la media aritmética previa y posterior para conocer la efectividad de la intervención.

RESULTADOS

Se comparan las medias por colegio y ciclo de los cuestionarios previos y posteriores y se obtienen los siguientes datos.
En primer ciclo en el C.P. Basilio Paraíso se obtiene una media de 7,05 puntos en el cuestionario previo y 8,54 en el posterior, en el C.P. Fernandez Vizarra de 7,45 y 9,04 puntos y en el C.P. Fernando el Católica de 5,94 y 7,58 puntos. La media resultante de los tres colegios es de 6,81 puntos en el cuestionario previo y de 8,39 puntos en el posterior.
En segundo ciclo el C.P. Basilio Paraíso tiene una media de 6,26 puntos en el cuestionario previo y 8,02 en el posterior, el C.P. Fernandez Vizarra de 5,74 y 8,56 puntos y el C.P. Fernando el Católica de 5,62 y 8,28 puntos. La media resultante de los tres colegios es de 5,87 puntos en el cuestionario previo y de 8,29 en el posterior.

CONCLUSIONES

El proyecto ha demostrado buenos resultados respecto a la adquisición de conocimientos por parte de los alumnos tras la intervención de las enfermeras pediátricas.
Promover la educación sanitaria sobre este tema es importante para desarrollar conductas saludables de nutrición y favorecer una alimentación adecuada desde una edad temprana, ya que la obesidad infantil es uno de los problemas de Salud Pública del siglo XXI.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **165**

TÍTULO. **PROGRAMA DE EDUCACIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS A ESCOLARES DE 5º Y 6º DE EDUCACIÓN PRIMARIA**

Autores: NAVARRO TORRES M, MILAGRO JIMENEZ ME, PINA MARQUES B, CARRASCO NAVARRO MJ, LATORRE IZQUIERDO AM, BOSQUE GRACIA C

NAVARRO TORRES MARIA . H MIGUEL SERVET . PEDIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Promover un mayor conocimiento de los escolares sobre primeros auxilios y dotarles de aptitudes y habilidades para poder actuar en dichas situaciones.

Valorar el conocimiento previo sobre el tema y compararlos con los conocimientos adquiridos tras las sesiones.

Promover la realización de actividades en el ámbito escolar a través de la Enfermería Pediátrica.

METODOLOGÍA

Se preparan las sesiones teórico-prácticas de una hora de duración sobre educación en primeros auxilios que serán impartidas por residentes en Enfermería Pediátrica a alumnos de tercer ciclo de educación primaria de tres centros educativos.

Se seleccionan tres colegios de Zaragoza: Basilio Paraíso, Fernández Vizarra y Fernando el Católico, pertenecientes los dos últimos a la "Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud". Como criterios de inclusión tenemos cuenta que sean colegios públicos y de una única vía.

Se contacta con los colegios vía telefónica y por e-mail solicitando colaboración para el proyecto. Tras fijar fecha se imparten las sesiones a los alumnos. Previamente a la sesión, los tutores entregan un cuestionario de valoración de conocimientos previos sobre el tema, el cual se completa también tras la intervención para valorar los conocimientos adquiridos.

Dichos cuestionarios se evalúan sobre 10 puntos y se realiza la media aritmética de los previos y los posteriores para conocer la efectividad de la intervención.

RESULTADOS

Comparando las medias por ciclo y colegio de los cuestionarios previos y posteriores a impartición de las sesiones se obtienen los siguientes datos. En el C.P. Basilio Paraíso se obtiene una puntuación de 5,77 puntos en el cuestionario previo y 9,09 en el posterior, en el C.P. Fernandez Vizarra de 4,47 y 8,55 puntos y en el C.P. Fernando el Católica de 4,58 y 7,61 puntos.

Analizando estos datos, la media resultante de los tres colegios es de 4,94 puntos en el cuestionario previo a la sesión y de 8,42 puntos en el posterior.

CONCLUSIONES

El proyecto de Educación para la Salud sobre primeros auxilios llevado a cabo objetiva muy buenos resultados respecto a la adquisición de conocimiento que consiguen los alumnos tras la intervención que han recibido por parte de enfermería especializada en pediatría. Esto les ayudará a ser capaces de realizar una primera actuación adecuada ante distintos tipos de lesiones y/o circunstancias relacionadas con la salud que puedan producirse en su presencia.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **169**

TÍTULO. **¿SE BENEFICIARÍAN LOS PACIENTES DE UNA UCI-POLIVALENTE DE MEDIDAS OCUPACIONALES FÍSICAS Y COGNITIVAS?**

Autores: OSTABAL ARTIGAS MI, SARASA M, ANDRES N, TOMAS JI, MELLADO MD, MELLADO MD

OSTABAL ARTIGAS MARIA ISABEL . H MIGUEL SERVET . UCI POLIVALENTE

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Los pacientes ingresados en una UCI polivalente son pacientes graves, con encamamientos prolongados y sometidos a estrés físico y psicológico que merma tanto sus condiciones físicas como psicológicas dificultando su recuperación. Pretendemos establecer el perfil de nuestros enfermos con ingresos iguales o superiores a 72 horas y estudiar: el compromiso del nivel de conciencia, la existencia de edemas en manos, la limitación de rango de movilidad articular en muñeca y dedos, la carencia de estímulos que evoquen su realidad previa a la estimulación. Y ver si estos pacientes presentan características suficientes para beneficiarse de estimulación física y psicológica mediante simples trabajos ocupacionales, que puede realizar sólo o ayudado por un familiar.

METODOLOGÍA

Se realiza un estudio prospectivo observacional de los primeros 100 pacientes que ingresan en nuestra UCI durante 2014, sin encamamiento previo a su ingreso y que han permanecido en nuestra UCI 72 o más horas. Se estudia a las 72 horas el compromiso del nivel de conciencia, la existencia de edemas en manos, la limitación de rango de la movilidad articular en muñeca y dedos y la carencia de estímulos que le evoquen su realidad previa a la hospitalización

RESULTADOS

La edad media de nuestros pacientes fue de 69,9+/-15 años, de los cuales 69 eran varones y el resto mujeres. El 100% de los casos seleccionados previamente a su ingreso en UCI eran totalmente independientes. A las 72 hora de estancia en UCI manifestaban presencia de edemas en manos el 62%, algún grado de limitación articular de muñeca y dedos el 58%, ventilación mecánica el 64%, presencia de algún grado de compromiso del nivel de conciencia el 59%, estan expuestos a estímulos propios de ambiente hospitalario el 100%, presentan carencia de estímulos que le evoquen la realidad previa a la hospitalización el 62%

CONCLUSIONES

Pensamos que nuestros pacientes son claros candidatos a ejercicios de terapia ocupacional tanto físicos (consistente en sencillos ejercicios de flexión y de extensión y lateración de la cama, propios de enfermos encamados) y a ejercicios cognitivos según su nivel intelectual y de los cuales disponemos de material clasificado. que le ayuden a fijar su atención y que no se merme sus condiciones intelectuales. Estos consistirían en 1/2 hora 2 veces al día, el enfermos los podrá hacer sólo o con ayuda de un familiar, su coste es cero y se piensa implantar en los pacientes polivalentes que sea posible y que la familia y el enfermo lo deseen durante el año 2015.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. 161

TÍTULO. GESTIÓN INTEGRADA DEL ACCIDENTE BIOLÓGICO: UNIDAD PRL-SERVICIO DE URGENCIAS

Autores: PARDOS DOMINGUEZ MJ, CURRAS MATEO MD, PEREZ VILLANUEVA MM, RIOS GARCIA ISABEL, BONASA ALZURIA ME

PARDOS DOMINGUEZ MARIA JESUS . H ALCAÑIZ . MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Los 12 centros de salud, adscritos al Hospital de Alcañiz, se distribuyen entre distintas localidades, situadas hasta 105 km (2 horas), como corresponde a una zona predominantemente rural. Cuando, además, el accidente se produce durante la guardia, el desplazamiento hasta el Hospital no es siempre posible.

El objetivo general de este trabajo, es actualizar la coordinación y agilizar la gestión del accidente biológico producido fuera del horario habitual de funcionamiento de la Unidad de PRL, con la contribución del Servicio de Urgencias, que ya viene desarrollando tales funciones. Para ello se ha elaborado un procedimiento que persigue:

- La elaboración de un diagrama de flujo de actuación rápida ante el accidente biológico,
- de un árbol de decisión para el Servicio de Urgencias.
- Favorecer la comunicación entre los centros de salud y el servicio de urgencias.

METODOLOGÍA

Se ha utilizado la propia para el desarrollo de gestión por procesos, integrada en el Hospital de Alcañiz que cuenta con varios procesos implantados (hospitalización, bloque quirúrgico, etc.).

El procedimiento ha sido consensuado entre los dos servicios actuantes y revisado por la Unidad de Calidad del centro.

RESULTADOS

Se ha elaborado un procedimiento, en el que cabe destacar:

- Dos diagramas de flujo de actuación, uno dirigido a los profesionales de los centros de salud, en el que se potencia la atención telefónica evitando desplazamientos, y otro dirigido a los del hospital.
- Un árbol de decisión rápida dirigido a los profesionales de urgencias, en relación con las actuaciones que no pueden ser demoradas, tales como la administración de la quimioprofilaxis para el VIH.
- La introducción en OMI-AP de los datos relativos al estado vacunal e inmunológico de todos los trabajadores, adscritos a cualquiera de los centros de salud dependientes de la Unidad de PRL de Alcañiz, facilita la consulta de los mismos a los profesionales.

CONCLUSIONES

El procedimiento facilita las actuaciones a realizar por el trabajador en caso de accidente biológico, así como la del personal de urgencias, que complementa las funciones realizadas por la unidad de PRL, fuera del horario de la misma.

La implantación del mismo, debería complementarse, en el futuro, con la evaluación de la efectividad por parte de los profesionales del Servicio de Urgencias y de la Unidad de PRL y del grado de satisfacción de los usuarios.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. 160

TÍTULO. INTEGRACIÓN DE REGISTROS DE VACUNACIÓN: SERVICIO DE PREVENCIÓN - ATENCIÓN PRIMARIA MEDIANTE EL PROGRAMA OMI-AP

Autores: PARDOS DOMINGUEZ MJ, CURRAS MATEO MD

PARDOS DOMINGUEZ MARIA JESUS · H ALCAÑIZ · PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Una de las medidas prioritaria para la protección de los trabajadores de los centros sanitarios frente a los riesgos biológicos es la vacunación.

En la consulta de enfermería de Prevención de Riesgos Laborales (PRL) se administran vacunas a los trabajadores de los centros sanitarios, principalmente: Hepatitis B, Hepatitis A, Tétanos- Difteria, Triple vírica, antigripal, etc En nuestro archivo histórico de PRL hay vacunas documentadas a partir del año 1985.

Los trabajadores, como usuarios del sistema sanitario, muchas veces han sido vacunados en las consultas de enfermería de su centro de salud.

Cuando los trabajadores acuden a nuestra consulta, en raras ocasiones aportan documentos de vacunación y/o inmunidad.

El objetivo general es facilitar la información bidireccional tanto a los profesionales de Atención Primaria como los Servicios de Prevención y más concretamente:

- Evitar dosis de vacunas innecesarias.
- Evitar controles serológicos.
- Facilitar la toma de decisiones en caso de accidente, etc.

METODOLOGÍA

En el año 2011 se comenzó el registro en OMI de las vacunas que íbamos administrando en nuestra consulta de PRL En el año 2014 se decidió revisar y volcar toda la información de vacunación de nuestros archivos en OMI- AP. Ésto formó parte de un proyecto de mejora de la calidad del mismo año.

RESULTADOS

Se han cotejado con OMI- AP todas las historias documentadas en PRL:1116.

De ellas, se han encontrado 886 en el programa OMI-AP del Sector Alcañiz procediendo a realizar diversas anotaciones:

Asignación de calendarios de vacunación.

Anotación de vacunas de Hepatitis B Hepatitis A, Hep A+ B , Antitetánicas y Antigripales.

Registro de inmunidad (según serologías realizadas)

Valoración vacunación antitetánica.

Detección de historias duplicadas.

CONCLUSIONES

Se ha logrado introducir en OMI los datos de vacunación de 886 trabajadores y a partir de ahora sólo será necesario incorporar las vacunas administradas en la consulta y las de otros documentos que aporte el trabajador.

Se encontró la limitación de que OMI sólo nos permite el acceso a los registros de los trabajadores que tienen médico asignado dentro del Sector Alcañiz

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. 349

TÍTULO. ELABORACIÓN DE UN “BOTIQUÍN DE URGENCIAS METABÓLICAS” PEDIÁTRICAS

Autores: PASCUAL MARTINEZ O, GARCIA JIMENEZ C, LARRODE LECIÑENA I, MONGE GALINDO L, HUARTE LACUNZA R, NAVARRO AZNAREZ H, DE LA LLAMA CELIS N

PASCUAL MARTINEZ OIHANA . HOSPITAL MIGUEL SERVET . FARMACIA HOSPITALARIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Se estima que 1 de cada 800 recién nacidos está afectado por un error congénito del metabolismo (ECM). Constituyen un grupo de patologías heterogéneas causadas por una mutación genética de la estructura o función de una proteína que conlleva a la alteración de una determinada ruta metabólica. Un retraso en el inicio de tratamiento puede dar lugar a complicaciones graves o incluso la muerte del paciente, por lo que es fundamental la disponibilidad urgente de determinados medicamentos.

El objetivo del proyecto fue consensuar un botiquín y desarrollar un protocolo de actuación farmacéutica para el abordaje de urgencias relacionadas con ECM

METODOLOGÍA

Se consensuó entre los Servicios de Pediatría (Metabolopatías) y Farmacia los fármacos que deben estar disponibles ante un debut agudo o una descompensación metabólica grave, así como el stock mínimo de estos. Los medicamentos se clasificaron como fármacos de disponibilidad permanente y fármacos disponibles en 48-72 horas. Se revisaron las monografías de estos fármacos y se registró nombre del principio activo, presentación del producto, vía de administración, dosis, indicación, condiciones de almacenamiento, forma de adquisición y laboratorio comercializador.

RESULTADOS

Se decidió que, debido a la dificultad de adquisición de algunos de los medicamentos, dicho botiquín estaría disponible en el Servicio de Farmacia debidamente controlado. Los fármacos que por urgencia de tratamiento fueron seleccionados para mantener un stock permanente en el Servicio de Farmacia fueron: vitaminas (tiamina, riboflavina, piridoxina, hidroxocobalamina, biotina, ácido fólico, piridoxal fosfato), detoxificantes (carnitina), aminoácidos (arginina), quelantes de amonio (benzoato sódico, fenilbutirato sódico, ácido carbaglúmico), diazóxido para hiperinsulinismo, betaína para homocisteinuria.

Los fármacos que pueden ser solicitados al laboratorio en 48-72 horas son: ácido fólico, coenzima Q10, vitamina C, citrulina, isoleucina, valina, ornitina, nitisinona, dopa, carbidopa, 5-OH triptófano, sapropterina, creatina, dextrometorfan, manosa.

CONCLUSIONES

Ante una situación de sospecha o descompensación de un ECM es necesario actuar con la máxima celeridad posible, ya que el pronóstico depende más del tiempo de acción del tóxico que del pico máximo que alcanza, por lo que es fundamental garantizar la disponibilidad de estos fármacos desde el Servicio de Farmacia, así como facilitar de forma eficiente y rápida toda información relacionada con la dosificación y administración de los mismos.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **351**

TÍTULO. **REDUCCIÓN DE LA LISTA DE ESPERA Y MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DEL PACIENTE A LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DEL H. CLINICO UNIVERSITARIO**

Autores: PEREZ CAMO V, GRACIA GARCIA P, PALOMERO MV, BARRERA A, VILLAS E, OLMEDILLAS R, ABAD BOUZAN C, QUINTANILLA MA

PEREZ CAMO VALERO . HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO . PSIQUIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La necesidad de este programa surgió a partir de una desmesurada lista de espera en el último trimestre de 2013. En el análisis de problemas pudimos observar varias oportunidades de mejora: 1) se realizaba seguimiento de pacientes pertenecientes al ámbito de referencia de otras Unidades de Salud Mental (USM); 2) la población del ámbito de la Cooperativa Ejea-Cinco Villas contaba con una doble oferta asistencial; 3) con relativa frecuencia, un paciente que ya había sido atendido en nuestra USM volvía a solicitar cita y lo citaban como un paciente nuevo, habitualmente con un facultativo distinto; 4) había una alta tasa de pacientes que no acudían a las citas programadas de primera visita.

El objetivo de este programa era mejorar la accesibilidad de los pacientes remitidos a nuestra USM.

METODOLOGÍA

a) Actividades primer semestre 2014:

- 1) Aclarar el ámbito de población al que presta cobertura nuestra USM. Derivar a los pacientes que no pertenecen al mismo a su centro de referencia.
- 2) Reorganización de la estructura de las agendas de los Facultativos.
- 3) Presentación de la unidad y de los criterios de derivación en los distintos Centros de Atención Primaria de nuestro sector.

b) Actividades segundo semestre 2014:

- 1) Revisión directa por parte del Equipo de Salud Mental de todos los volantes de derivación.
- 2) Comprobación en la agenda que no hay huecos de primer día sin paciente asignado.
- 3) Comprobación con el programa HP-Doctor que el paciente citado ó pendiente de cita no tenga un psiquiatra previamente asignado en nuestras consultas y que no haya sido visto durante los dos años previos; en cuyo caso se le citaba como revisión con el mismo psiquiatra y se dejaba libre ese hueco para otro paciente.
- 4) Comprobación, mediante llamada telefónica, de que el paciente va a acudir a su cita programada de primer día en el plazo de 1-2 semanas.

RESULTADOS

12,5% de los pacientes remitidos como primera visita tenían historia de atención en nuestra USM en los 2 años previos.

A lo largo del segundo semestre 2014, atendimos a una media de 109,6 pacientes nuevos al mes, de los cuales, una media de 36,3 (33,1%) pudieron ser citados en huecos generados a partir de las actividades referidas en método (b.2, b.3, b.4).

En enero 2014, había un total de 622 pacientes citados ó pendientes de cita; en junio, 524; y en diciembre, 197. Por lo que logramos una reducción de la lista de espera del 15,7% en el primer semestre 2014; 62,4% en el segundo semestre; y globalmente, a lo largo del año, del 68,3%.

CONCLUSIONES

La gestión directa de las derivaciones por parte del Equipo de Salud Mental permite la mejora de la accesibilidad a la atención especializada. Una buena coordinación con Atención Primaria y con el Servicio de citaciones es fundamental para mantener e incluso mejorar este objetivo.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **352**

TÍTULO. **EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA FORMACIÓN EN EL SERVICIO DE FARMACIA.**

Autores: PEREZ DIEZ C, REAL JM, BIELSA MJ, SANCHEZ ZANCAJO R, VILLAGRASA I, VINUES C, PALOMO P, ABAD SAZATORNIL MR
PEREZ DIEZ CRISTINA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . FARMACIA HOSPITALARIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Evaluación del grado de satisfacción con el desarrollo de las sesiones clínicas en el servicio de farmacia (SF). Valoración de las oportunidades de mejora en el planteamiento de futuras sesiones formativas.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal. Entre abril 2014-abril 2015 se realizaron encuestas de satisfacción (voluntarias y anónimas) al finalizar cada sesión clínica impartida en el SF. La encuesta recogía: perfil del participante (F.E.A, F.I.R., DUE, TCAE, estudiante); 12 preguntas puntuables de 1 (peor valorada) a 5 (mejor valorada) referentes a la opinión sobre el desarrollo de la sesión: nivel y grado de actualización de los contenidos, tiempo invertido en la preparación y asistencia y puntualidad general de los asistentes; sobre el tema: actualidad, interés y aplicabilidad; sobre la exposición: orden y claridad, objetivos cumplidos y calidad de los medios; sobre la opinión general y una pregunta abierta para comentarios ó sugerencias.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 852 encuestas durante un año. El 40,6% de los que respondieron eran F.E.A., 32,0% F.I.R., 12,6% TCAEs, 10,0% estudiantes y 2,5% DUEs. En cuanto al desarrollo de las sesiones, el 94,1% y 95,0% de los participantes valoraron favorablemente con puntuaciones = 4 el nivel y grado de actualización de los contenidos, tiempo invertido en la sesión (82,7%) y asistencia y puntualidad general (76,6%). Respecto a la opinión sobre el tema de la sesión, valoraron con = 4 la actualidad del tema (94,1%), interés para la formación personal (91,8%) y aplicabilidad al ejercicio profesional (87,8%). Consideraron adecuada (puntuaciones =4) la exposición de las sesiones: se cumplieron los objetivos propuestos (94,6%), el orden y claridad para transmitir las ideas (93,7%) y la calidad de los medios empleados fue satisfactoria (93,0%). La satisfacción global con las sesiones y con la programación de las mismas fue de 4,6/5 y 4,0/5 respectivamente. En la pregunta abierta se recogieron comentarios que evidencian que se cumplieron las expectativas con las sesiones y sugerencias para corregir aspectos como: puntualidad, interrupciones de los asistentes y ajuste al tiempo estipulado de 30 minutos por sesión. Tras la valoración satisfactoria de las actividades formativas del SF por los asistentes, se ha solicitado la acreditación del programa formativo.

CONCLUSIONES

El grado de satisfacción de los asistentes con las sesiones y la programación de las mismas en el SF se sitúa en niveles de sobresaliente y notable alto, respectivamente.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. 350

TÍTULO. REGISTRO Y ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE.

Autores: PEREZ DIEZ C, REAL JM, ARRIETA R, CANTALAPIEDRA E, CARCELEN J, CASAJUS P, PERRINO MJ, IDOPE A
PEREZ DIEZ CRISTINA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . FARMACIA HOSPITALARIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Descripción de las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas sobre la prescripción médica y valoración del grado de aceptación de las mismas.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizaron las IF registradas entre febrero-diciembre 2014. Las IF se hicieron, una vez revisado el perfil farmacoterapéutico del paciente, sobre la prescripción médica a través del sistema informatizado de dispensación de medicamentos en dosis unitarias (SDMDU). Las unidades clínicas del hospital general con SDMDU son: infecciosos, medicina interna, neumología, neurología, digestivo y psiquiatría; y del hospital de traumatología: lesionados medulares, neurocirugía, plantas 8ª y 9ª. El médico fue el interlocutor al que se dirigieron las IF. Variables registradas: datos demográficos del paciente y unidad clínica de hospitalización; fármaco implicado, motivo de IF y forma de comunicación al interlocutor. La valoración del grado de aceptación de las IF se detectó en base a la información obtenida del programa informático semanalmente, registrando si se habían aceptado y si había conllevado a una modificación de la prescripción en base a las recomendaciones.

RESULTADOS

Durante un periodo de 11 meses se registraron 944 IF, lo que supone un promedio de 2,83 IF/día. Se realizaron 670 IF en pacientes hospitalizados en las unidades clínicas del hospital general con SDMDU y 236 IF en pacientes del hospital de traumatología. El total de IF corresponde a 233 principios activos diferentes, siendo los fármacos más implicados: enoxaparina (19,3%), simvastatina (17,6%), valsartán (13,7%) y cefazolina (12,9%). La modificación de la dosis y/o frecuencia de administración (43,0%) fue el motivo principal de IF. El 17,8% de las IF provocaron sustituciones de fármacos, el 14,0% la suspensión del medicamento y el 10,0% la prescripción del tratamiento domiciliario que no había sido pautado. El 5,1% de las IF se debieron a la falta de introducción de las alergias medicamentosas en el perfil farmacoterapéutico informatizado del paciente. La vía de comunicación de la intervención fue mayoritariamente por escrito (73,6%) seguida de la vía telefónica (20,0%) y verbal (6,4%). En cuanto a la evaluación del impacto de las IF, el 80,6% fueron aceptadas, 11,1% rechazadas y el 8,3% de difícil valoración.

CONCLUSIONES

Las IF contribuyen a mejorar la seguridad y efectividad de la prescripción médica minimizando el riesgo para el paciente y aumentando la calidad asistencial.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **348**

TÍTULO. **REVISIÓN DE BOTIQUINES: ACTIVIDAD PARA MEJORAR LA CALIDAD DE ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS.**

Autores: PEREZ DIEZ C, REAL JM, CASTIELLA CM, COMET BERNAD M, ESCOLANO A, GALINDO ALLUEVA M, NAVARRO I, ABAD SAZATORNIL MR

PEREZ DIEZ CRISTINA . H MIGUEL SERVET . FARMACIA HOSPITALARIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Evaluación de los cambios en los botiquines de las unidades de enfermería (UEs) entre 2009-2014.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizaron revisiones anuales de los botiquines de 37, 16 y 9 UEs del hospital general, materno-infantil y traumatología respectivamente. El modelo de revisión incluía 13 ítems: lugar de conservación y orden; si existe stock pactado, medicamentos no incluidos en la guía farmacoterapéutica (MNIGFT), no dispensados por el SF, antibióticos restringidos, estupefacientes; conservación de medicamentos, revisión del carro de parada y existencia de medicamentos caducados. Se calculó el indicador de especialidades rechazadas (ER) ($(n^\circ \text{ de ER}) / (n^\circ \text{ total de especialidades revisadas}) \times 100$).

RESULTADOS

Entre el 2009 y 2014 se observaron mejoras en los siguientes apartados: orden por forma farmacéutica (62,7% vs 77,8%); orden alfabético (77,3% vs 82,5%); orden por caducidad (28,0% vs 62,0%); cajetines identificados (89,3% vs 93,7%); botiquines con MNIGFT (44,0% vs 38,1%); botiquines con medicamentos de dispensación controlada (54,7% vs 7,9%); existencia de muestras gratuitas (6,7% vs 1,6%); botiquines con stock definido (10,7% vs 31,3%); relación de estupefacientes definida (9,9% vs 25,4%); conservación a temperatura adecuada (86,7% vs 96,8%); medicamentos fotosensibles protegidos (56,0% vs 87,3%); carros de parada con lista de contenidos (69,3% vs 90,5%); carros de parada con todos los medicamentos (65,3% vs 84,1%); carros de parada con registros periódicos de revisión y de la persona revisora (50,7% vs 88,9%, 53,3% vs 87,3%, respectivamente); existencia de medicamentos caducados en el depósito general (68,0% vs 31,7%), en el frigorífico (33,3% vs 27,0%) y en el carro de parada (18,7% vs 12,7%). Se observaron peores resultados en: cajetines con una especialidad por cajetín (38,7% vs 20,0%); frigorífico para uso exclusivo de medicamentos (88,9% vs 74,7%); medicamentos termolábiles fuera de nevera (1,6% vs 2,7%); medicamentos no termolábiles dentro de nevera (20,6% vs 36,0%); existencia de estupefacientes y sueros caducados (8,0% vs 15,9% y 2,7% vs 9,5%, respectivamente) El indicador global de ER descendió del 16,2% aL 5,7%.

CONCLUSIONES

Las revisiones de botiquines han favorecido la mejora del almacenamiento y orden de medicamentos, adecuación de existencias, conservación y control de caducidades. Es necesario incidir en normas de conservación de medicamentos termolábiles y comprobación de validez de medicamentos. El indicador de ER ha descendido el 65%.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **268**

TÍTULO. **LA FORMACIÓN CONTINUADA COMO CAMINO PARA UNIFICAR LOS CRITERIOS DE CUIDADOS EN LAS VÍAS PERIFÉRICAS**

Autores: PEREZ PANZANO E, MONCHE PALACIN AM, BERMUDEZ GRANADA MA, CELMA MORALEJO R, EDO BERZOSA N, LAVILLA ABIAN C, VALLEJO LOPEZ A, CASCAN HERREROS MP

PEREZ PANZANO ESTHER . H CLINICO UNIVERSITARIO . CIRUGIA CARDIOVASCULAR

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Introducción:

Los catéteres venosos periféricos son los dispositivos más utilizados para el acceso vascular, la frecuencia de su implantación puede ocasionar gran morbilidad, siendo la flebitis una de las complicaciones más frecuentes. La formación continuada y actualización de conocimientos de los profesionales de enfermería, que intervienen en la canalización de las vías venosas, son imprescindibles para la mejora de la calidad asistencial y la prevención de infecciones.

Objetivos:

Unificar los criterios de inserción, cuidados y mantenimiento de las vías periféricas. Disminuir la variabilidad en la práctica clínica enfermera

METODOLOGÍA

Estudio, observacional, descriptivo y transversal de los datos obtenidos en un corte realizado durante la primera semana de Marzo de 2015, en las diversas unidades del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Las variables objeto de consideración han sido, socio-demográficas, tipos y uso de vías, aspecto y características del apósito, flebitis y registros. Los datos fueron recogidos en una plantilla diseñada a tal efecto por el grupo de vías

RESULTADOS

El 73,2 % de los pacientes ingresados llevaban vías de los cuales el 50,8% son hombres y el 49,20 % mujeres, la media de edad era de 64,2. El 95,2 % son portadores de vías periféricas y 4,8% centrales. Las de uso continuo fueron del 43%, intermitente 34,2 %, sin uso 22,8%. En referencia a los apósitos, el 85,8 % estaban limpios, la visibilidad del punto de inserción era de un 54.4%. El 56,4% llevan llaves de tres pasos en los equipos de gotero. La incidencia de flebitis es del 4,3 %. Se registra el 90,9 % de las vías en el sistema informático

CONCLUSIONES

En función de los resultados obtenidos, para mejorar la calidad asistencial y seguridad del paciente, consideramos necesario disminuir la variabilidad mediante la unificación de criterios en el mantenimiento y cuidados de las vías periféricas y en los materiales utilizados.

Se propone la implantación de una iniciativa de mejora, que aborde la formación continuada del personal y complementada por la elaboración de unas normas básicas que orienten y refuercen a los profesionales de todas las unidades del centro

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. 144

TÍTULO. CERTIFICACIÓN ISO 9001 EN EL SERVICIO DE HOSTELERIA-COCINA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores: PEREZ SALILLAS M, SEGURA AZNAR MJ, GARCIA BLASCO S, VERA CEAMANOS M, MONCLUS ARRIETA C, CARBONEL MOREU A
PEREZ SALILLAS MARIA . H MIGUEL SERVET . HOSTELERIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Se han establecido indicadores para medir periódicamente nuestro trabajo, y a partir de ahí se han marcado objetivos para el año 2015 que nos permitan garantizar la calidad del sistema implantado así como una mejora continua.

- Manipulación de materias primas: estandarizar el trabajo a realizar en cuartos fríos de preparación.
- Cualificar al personal de cocina en materia de higiene alimentaria
- Mejorar los resultados microbiológicos de comidas no sometidas a tratamiento térmico.

METODOLOGÍA

Establecer indicadores para controlar los procesos y así comprobar si se están cumpliendo los objetivos planteados.

- Manipulación de materias primas: Realización de planillas semanales de trabajo en cuartos fríos donde se planifica el trabajo a realizar.
- Cualificación del personal: programar formación al personal de cocina para personal de nueva incorporación y/o que hayan recibido formación hace más de cuatro años.
- Resultados de comidas no sometidas a tratamiento térmico: control microbiológico semanal de una muestra durante periodo estival.

RESULTADOS

La evaluación de resultados se realiza según estándares establecidos.

Control de manipulación de materias primas. Estándar 90%

Cualificación del personal. Estándar: 85%

Resultados comidas no sometidas a tratamiento térmico. Estándar: 80%

Resultados obtenidos hasta abril 2015

Control de manipulación de materias primas: Hasta el momento se ha estandarizado el trabajo en todos los cuartos fríos de preparación para los menús de invierno.

Cualificación del personal. Plantilla total cocina en abril 2015: 185. Han recibido formación: 183.

Personal cualificado en materia de higiene alimentaria: 98,91%

Resultado comidas con algún ingrediente no sometido a tratamiento térmico.

Año 2014: 29 muestras

100% libres de patógenos

89,65% recuentos S.aureus inferior a 10 ufc/g

51,72% satisfactorios en recuento de aerobios

62,07% satisfactorios en recuento de enterobacterias

CONCLUSIONES

El Servicio de Cocina está muy comprometido en el establecimiento de un Sistema de Gestión de Calidad normalizado, donde los procesos más importantes que realiza están perfectamente descritos y documentados, orientado a mantener la Certificación UNE-EN ISO 9001-2008.

La medición periódica de nuestro trabajo a través de indicadores, nos permite garantizar la calidad del mismo, dentro de un proceso de mejora continua

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **289**

TÍTULO. **ELABORACION DE UN MAPA DE RIESGOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DE PACIENTES EN UNIDAD DE HEMODIALISIS**

Autores: PEREZ SANS J, GARCIA MENA M, PALMERO PEREZ F, CASTILLON LAVILLA E, SANCHO ALCAZAR MC, LOPEZ SANTED C, SAENZ CASAMIAN V, REDRADO FUERTES F

PEREZ SANS JAVIER . CSS SAN JUAN DE DIOS . RRHH-CALIDAD

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Establecer una metodología de trabajo que nos permita identificar, priorizar y controlar los Riesgos relacionados con la Seguridad de los Pacientes en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital San Juan de Dios de Zaragoza, con la finalidad de evitar que sucedan o minimizar sus efectos.

METODOLOGÍA

Para elaborar el Mapa, en primer lugar formamos un grupo multidisciplinar de 15 profesionales del Hospital, compuesto por miembros de la Comisión de Seguridad de Pacientes y por personal del propio Servicio de Hemodiálisis.

En segundo lugar, se organizó un curso formativo para los componentes del equipo multidisciplinar. El curso “Seguridad del Paciente: El proceso de gestión de los riesgos asistenciales” se dividió en dos bloques diferenciados, uno eminentemente teórico cuyos objetivos eran:

- Dominar los conceptos teóricos básicos de Seguridad Paciente.
- Manejar las herramientas disponibles en Seguridad del Paciente.
- Identificación y prevenir aquellos errores y eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria.
- Facilitar el aprendizaje del análisis del riesgo y prevención de eventos adversos así como su aplicación en la práctica asistencial.

El segundo bloque tuvo un contenido práctico donde se analizaron las diferentes metodologías de gestión de riesgos y se decidió elaborar un Mapa de Riesgos priorizado conforme a los criterios definidos por el propio Ministerio de Sanidad. Tras la elaboración del Mapa se identificaron aquellos aspectos que mayor incidencia podían tener en la seguridad de nuestros pacientes y se propusieron los planes de mejora y cuadro de indicadores necesarios para eliminar o minorar dichos riesgos.

RESULTADOS

Tras emplear la metodología específica para la elaboración de Mapas de Riesgos, se identificaron 77 aspectos agrupados en 16 tipos de riesgos (Accesos Vasculares, Esterilización/Desinfección, Calidad del Agua-Líquido de Diálisis, Equipamiento, Transporte, Control de Síntomas,...). Tras priorizar los riesgos, de los 77 identificados se consideraron como críticos 26.

Finalmente se identificaron 4 Planes de Mejora centrados en:

- Accesos Vasculares
- TIC's
- Medicación y Materiales
- Traslados de Pacientes

CONCLUSIONES

- 1) Tener identificados los diferentes riesgos que pueden afectar a la Seguridad de los Pacientes y hacer medición y seguimiento de los mismos, es la base de la mejora continua y asegura la prestación de un servicio de Calidad.
- 2) Para poder identificar correctamente todos los riesgos que pueden afectar al paciente es imprescindible la formación de un grupo multidisciplinar con la debida formación sobre Seguridad de Paciente.
- 3) Conocer las diferentes metodologías que existen para dicho control y seguimiento de los riesgos y escoger aquella que mejor se adapta a las necesidades de la organización es imprescindible para asegurar el éxito de la herramienta.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **138**

TÍTULO. ¿HA MEJORADO LA ACTIVIDAD DE LA UNIDAD DE OBSERVACION EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS?

Autores: PINA MARQUES B, CARRASCO NAVARRO MJ, NAVARRO TORRES M, MILAGRO JIMENEZ ME, LATORRE IZQUIERDO AM, BOSQUE GRACIA C, PERALES MARTINEZ JI

PINA MARQUES BEATRIZ . H MIGUEL SERVET . URGENCIAS INFANTIL

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Analizar el perfil del paciente que ingresa en nuestra Unidad de Observación. Comparar los resultados con el estudio realizado previamente y comprobar si existe homogeneidad.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo observacional de los ingresos en la Unidad de Observación de las Urgencias Pediátricas de un Hospital Terciario durante el año 2014. Los datos han sido extraídos del programa de registro PCH. Se han estudiado variables cualitativas como sexo, distribución en grupos de edad, nivel de prioridad y tipo de alta, así como la variable cuantitativa estancia media.

RESULTADOS

Se atendieron un total de 46463 urgencias y precisaron observación 3661 (7,8%), de los cuales 2077 (56,7%) fueron varones y 1584 (43,3%) mujeres.

Distribución por edad: 57 (1,6%) menores de 1 mes, 785 (21,4%) entre 1-12 meses, 908 (24,8%) entre 1-3 años, 1204 (32,9%) entre 3-10 años, 581 (15,9%) entre 10-14 años y 124 (3,4%) mayores de 14 años.

En función del orden de prioridad según la escala de triaje: 6 (0,2%) nivel I, 1022 (27,9%) nivel II, 1570 (42,9%) nivel III, 1005 (29,5%) nivel IV y 58 (9,6%) nivel V.

Atendiendo al destino, 63,6% fueron dados de alta al domicilio y 35,6% ingresaron en planta.

La estancia media fue 5,42 horas, con mediana 4,55 y desviación típica 3,65.

CONCLUSIONES

El perfil más habitual del paciente que ingresa en la Unidad de Observación es un varón, entre 3-10 años, con un nivel de prioridad III y permanece unas 5 horas, siendo dado de alta a su domicilio.

Se ha incrementado el uso de la Unidad de Observación (7,8% Vs 5,2%) y ha mejorado el registro de los pacientes llegando al 100% en todas las variables estudiadas.

Existe un elevado porcentaje de nivel de prioridad IV durante el año analizado.

Comparando los datos con el estudio previo existe gran similitud en las variables estudiadas por lo que destacamos la reproducibilidad de nuestras urgencias pediátricas.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **442**

TÍTULO. **HIPOFRACCIONAMIENTO EN EL CÁNCER DE RECTO. MENOR TIEMPO DE TTº, BUENA TOLERANCIA Y RESULTADOS SIMILARES AL TTº ESTÁNDAR**

Autores: PONCE ORTEGA JM, TEJEDOR GUTIERREZ M, MENDEZ VILLAMON A, LANZUELA VALERO M, IBAÑEZ CARRERAS R, PUERTAS VALIÑO MM, SANAGUSTIN PIEDRAFITA P, MOLINA OSORIO JG

PONCE ORTEGA JOSE MIGUEL . H MIGUEL SERVET . ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Comprobar resultados clínicos y tolerancia de hipofraccionamiento en radioterapia en cancer de recto.
Reducir número de sesiones de radioterapia en pacientes con comorbilidad.
Adaptación de la duración del tratamiento a circunstancias geográficas de los pacientes.

METODOLOGÍA

La muestra de nuestro servicio fueron 13 pacientes. Se adaptó el esquema de tratamiento de 10 fracciones de 330 cGy (estudio multi-institucional en Corea) en lugar de 28 fracciones de 180cGy. Se combinó tratamiento con quimioterapia oral concomitante. Se realizó cirugía a las 5-6 semanas de finalizar tratamiento radio-quimioterápico. Se analizó respuesta patológica y tolerancia.

RESULTADOS

Buena respuesta anatómo-patológica en 46% de la muestra de pacientes. Buena tolerancia en todos los pacientes con toxicidad leve. Los resultados son acordes a estudios previos publicados.

CONCLUSIONES

Es un esquema válido de tratamiento. Se adapta a las circunstancias clínicas (comorbilidad), geográficas y laborales de los pacientes. Al reducir número de sesiones de radioterapia es probablemente costo-efectivo (menos consultas, menores desplazamientos del paciente y posibilidad de continuar con su labor profesional o la del cuidador principal) y se optimizan los recursos asistenciales disponibles para el tratamiento de radioterapia.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **355**

TÍTULO. **EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PERSONAL CON EL CL EN UN SERVICIO DE FARMACIA**

Autores: REAL CAMPAÑA JM, IDOPE A, VINUES C, LOPEZ A, CARCELEN J, CASAJUS P, LOPEZ L, ABAD SAZATORNIL MR
REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL · H MIGUEL SERVET · FARMACIA HOSPITALARIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Evaluar el grado de satisfacción del personal con el clima laboral (CL) en un Servicio de Farmacia. Detectar oportunidades de mejora.

METODOLOGÍA

Se realizó una encuesta anónima al personal del Servicio de Farmacia en Abril de 2014. Se podía contestar por vía electrónica a través de Google Docs o en papel a través de un buzón. La encuesta recogía preguntas cerradas valoradas de 1 a 5 puntos (pts) sobre el lugar de trabajo, la falta de tiempo, el estrés, el apoyo de los jefes y compañeros, la relación personal entre compañeros, la sensación de libertad para expresarse, la organización, la formación, el conocimiento de las responsabilidades y funciones, el reconocimiento del esfuerzo, si el trabajador sentía orgullo de su trabajo y de pertenecer al SALUD, la satisfacción con el trabajo, si merecía la pena esforzarse, y por la satisfacción global en el trabajo. Además se preguntaba si se solicitaría el traslado a otro servicio y se recogía la categoría profesional. Se realizaron 4 preguntas abiertas sobre acciones para mejorar el CL y la atención a pacientes y personal.

RESULTADOS

El 77% (54) del personal participó, 85% del personal del Grupo A, el 63 del B y el 71% del C y D. Los apartados con peores resultados fueron: la comodidad del lugar de trabajo, la organización del servicio y el reconocimiento del esfuerzo (1,9, 2,6 y 2,6 pts, respectivamente). En función de la categoría profesional, el grupo C y D valoró negativamente la formación recibida para el puesto (2,7 pts), el grupo B no estaba satisfecho con el trabajo realizado ni se sentía orgulloso de pertenecer al SALUD (2,8 y 2,6 pts), y el grupo A puntuaba negativamente la relación entre compañeros y la libertad para expresar lo que piensan y necesitan (2,5 y 2,8 pts). El apartado con mejor puntuación fue el sentimiento de orgullo con el trabajo realizado, 4 pts. En general, el 29,6% solicitaría traslado a otro servicio, aumentando en el Grupo B al 80%. Las propuestas más frecuentes para mejorar el CL fueron la solicitud del cambio del espacio físico y mejorar la comunicación interna, y para mejorar la atención aumentar la información relativa al Servicio y aumentar el personal.

CONCLUSIONES

El personal requiere de una reforma estructural y organizativa del del Servicio de Farmacia, así como es necesario mejorar el plan de formación que se adapte a las necesidades y expectativas del personal. Además, es un aspecto fundamental la necesidad de mejorar la comunicación interna en el Servicio, por lo que se han establecido reuniones informativas mensuales para el personal de enfermería.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **356**

TÍTULO. **EVOLUCIÓN DE LAS DEVOLUCIONES DE NUTRICIONES PARANTERALES Y MEZCLAS INTRAVENOSAS PREPARADAS EN EL SERVICIO DE FARMACIA**

Autores: REAL CAMPAÑA JM, PEREZ DIEZ C, COMET BERNAD M, GALINDO ALLUEVA M, SANCHEZ ZANCAJO R, BIELSA MJ, DE LA LLAMA N, GIMENO V

REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL . H MIGUEL SERVET . FARMACIA HOSPITALARIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Evaluar la eficacia de las medidas implantadas para reducir la devolución de nutriciones parenterales al Servicio de Farmacia. Analizar oportunidades de mejora.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo de las devoluciones de las nutriciones parenterales al Servicio de Farmacia (SF). Los datos se obtuvieron del laboratorio del Servicio de Farmacia. Para ello se diseñó una hoja de recogida de información mediante la cual, cada vez que se devolvía una nutrición se registraban las siguientes variables: tipo de nutrición (central/periférica, protocolizada/específica), servicio clínico implicado y motivo de devolución. Se analiza la tasa anual de devoluciones de nutriciones parenterales al Servicio de Farmacia de Enero de 2010 a Diciembre de 2014.

RESULTADOS

En el año 2010 y 2011 se detectó una tasa de devoluciones de NP de 3,3% (521) y 3,2% (462), respectivamente. Tras la implantación de la confirmación telefónica diaria de las nutriciones previa elaboración, la tasa disminuyó en 2012 hasta el 1,89% (261), alcanzando en 2013 y 2014, el 0,99% (117) y el 1,2% (148), respectivamente. Es decir, se disminuyeron las devoluciones en un 64%. El 85,6% de las devoluciones se realizaron desde 7 servicios: UCI, Cirugía general, Oncología, Medicina Interna, Digestivo, Urología y Hematología. Se observa un aumento de devoluciones de nutriciones de composición específica (no reutilizables) del 15,7% en 2010 al 22,9% en 2014, al igual que en función de la vía de administración, aumentado por vía central del 67,7% en 2010 al 72,5% en 2014. Con respecto al motivo de devolución, en los 5 años analizados, en el 42,9% de los casos se debió a la suspensión por paso a vía oral y el 20,3% al fallecimiento del paciente, pudiendo evitarse la preparación y posterior devolución de la nutrición en la mayoría de los casos.

CONCLUSIONES

La confirmación diaria ha demostrado ser útil para evitar la realización de nutriciones parenterales innecesarias, sin embargo, ha supuesto un aumento de la carga asistencial para el personal auxiliar del Servicio de Farmacia que ha asumido dicha función. Dado el elevado número de nutriciones devueltas, aún es necesario implantar nuevas medidas para lograr una mayor optimización de los recursos.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **305**

TÍTULO. **CONCILIACIÓN DEL USO ANTIBIÓTICOS EN PACIENTES GERIÁTRICOS PROCEDENTES DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE OTROS HOSPITALES**

Autores: REBOLLAR TORRES E, REBOLLAR E, ARRIBAS I, RUIZ LLAMA S, PRADILLA BASCUAS M, CARCAR MARTINEZ MP

REBOLLAR TORRES ELENA . H NTRA SRA DE GRACIA . FARMACIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Conocer, analizar y seguir la utilización de los antibióticos prescritos a pacientes de un Servicio de Geriátrica procedentes de Servicios de Urgencias de hospitales sin Servicio de Geriátrica.

METODOLOGÍA

Estudio prospectivo de 46 pacientes, edad media 87,2 años, 55,5% mujeres (26), ingresados en el Servicio de Geriátrica procedentes de Servicios de Urgencias de otros hospitales, todos con tratamiento antibiótico. Se consulta la Historia Clínica Electrónica y el programa de prescripción electrónica Farmatools®. Período de estudio: 2 semanas en febrero de 2015.

RESULTADOS

Diagnósticos: infección respiratoria: 31 pacientes (67,4%); infección tracto urinario: 5 pacientes (10,9%) y otros: 10 pacientes (21,7%). Se realizan 14 cambios de AB (27,5%).

Los antibióticos utilizados por los servicios de origen de los pacientes y cambios realizados:

Ceftriaxona en 23 pacientes (45,1%): se mantiene en 19 casos (82,6%), si bien en 11 de ellos se reduce la dosis de 2g a 1g. En los 4 restantes, en dos casos se cambia de antibiótico (levofloxacino y amoxicilina/clavulánico) y en dos se suspende.

Pacientes con levofloxacino: 7 (13,7%); en todos ellos se mantiene el tratamiento.

Ertapenem: 7 pacientes (13,7%); en 6 pacientes se cambia el antibiótico (en dos imipenem/cilastatina, dos amoxicilina/clavulánico, uno ceftriaxona y otro levofloxacino).

Amoxicilina/clavulánico prescrito en 6 pacientes (11,8%): se mantiene en 4 (66,7%) y se cambia en 2 (33,3%), por levofloxacino y ceftriaxona.

El Servicio de Urgencias de origen prescribe en 5 casos terapia combinada (10,9%): en 4 pacientes con azitromicina, (suspendida en 3 pacientes al ingresar en geriatría); asociada a ceftriaxona (3 casos) o amoxicilina/clavulánico (1 caso). En los 4 pacientes se mantiene el antibiótico betalactámico asociado.

Los cambios de dosis (ceftriaxona) y la mayor parte de los cambios de antibiótico se realizan la tarde del traslado del paciente.

Los cambios descritos están de acuerdo con lo propuesto por la bibliografía.

CONCLUSIONES

La mayoría de los antibióticos prescritos en el Servicio de Urgencias de origen se mantienen.

La conciliación de los tratamientos ha consistido en: disminución de la dosis de ceftriaxona (en casi la mitad de los pacientes), sustitución de ertapenem (antibiótico más sustituido) y paso de terapia combinada a monoterapia.

El presente estudio demuestra una utilización racional de la antibioterapia y ha permitido analizar la calidad de la prescripción de antibióticos en pacientes geriátricos.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **306**

TÍTULO. INTEGRACIÓN DIGITAL DE LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores: RECHE SABATER A, MARCILLA CORDOBA F, GAVIN BLANCO O, AGUILAR CORTES E, DELGADO PASCUAL JA, MOLES ALEGRE M, MOLIAS FERRER J

RECHE SABATER ALBERTO . H ALCAÑIZ . INFORMATICA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El hospital de Alcañiz ha incorporado a su cartera de servicios la hospitalización a domicilio (HaD). En dicho servicio el paciente es atendido en su casa por un médico y una enfermera que se desplazan en coche para verlo en persona. Conseguir una buena comunicación de la información a través de las aplicaciones entre el personal facultativo, enfermería, admisión y farmacia.

METODOLOGÍA

Adquisición por parte del hospital de portátiles con tecnología 3G para poder conectarse a la red del Salud mediante VPN. Actualización de la aplicación web de gestión de camas para que puedan compartir información sobre el paciente tanto el personal médico como el personal de enfermería teniendo muy en cuenta los problemas activos y las constantes del paciente

RESULTADOS

El personal sanitario ha podido realizar satisfactoriamente este servicio con la suficiente información por lo cual ha ido aumentando paulatinamente el número de pacientes atendidos. La tecnología 3G no es lo buena que desearíamos por lo cual no se han podido aprovechar los trayectos para poder introducir información en el aplicativo.

CONCLUSIONES

La incorporación de la hospitalización a domicilio al programa informático propio de gestión de camas ha permitido que el personal sanitario se pueda comunicar con más fluidez tanto con el personal de enfermería como con el personal de admisión. Se ha pensado en integrar la prescripción de oxigenoterapia y la farmacéutica, pero se ha acordado que el sitio más idóneo es la HCE (Historia Clínica Electrónica) por lo cual se ha solicitado su desarrollo para que esté integrado en todo Aragón.

La identificación de necesidades por los profesionales dentro de la labor de análisis del equipo de proceso de hospitalización junto con el liderazgo de la dirección ha facilitado la colaboración con el servicio de admisión generando un proyecto que ha terminado implicando a todo el hospital. Que el personal sanitario tenga integrado lo máximo posible mejora en la atención al paciente ya que dispone de más información y mejor estructurada.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **334**

TÍTULO. MICROBIOLOGIA INFORMA

Autores: REVILLO PINILLA MJ, MARTIN G, VILLUENDAS C, ALDEA MJ, GARCIA INDA MF, VELA ML, ALVAREZ REVILLO M, REVILLO MP
REVILLO PINILLA MARIA JOSE . H MIGUEL SERVET . MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Nuestro objetivo ha sido implementar un sistema de comunicación que permitiera trasladar a los grupos de interés temas de relevancia microbiológicos y que facilitara la comunicación efectiva, mejorando la formación sobre cuestiones que afectan al proceso, reduciendo el tiempo necesario para trasladar la información.

Este objetivo pretende mejorar la comunicación con los usuarios con el fin de promover la utilización eficaz de los servicios del laboratorio, de acuerdo con el contenido de la norma ISO 15189 que acredita al Servicio de Microbiología desde 2009.

METODOLOGÍA

Creación de un “comité editorial” cuyas funciones han sido: asignar tareas entre los miembros del grupo, búsqueda y revisión de bibliografía, diseño del boletín y creación de listas de distribución.

Posteriormente se elaboró el contenido del boletín, se diseñó gráficamente y se distribuyó al equipo directivo, jefes de servicio, supervisores de enfermería, coordinadores médicos y de enfermería, todos de los sectores 1 y 2, así como entre los responsables de las unidades de microbiología de Aragón.

RESULTADOS

Se creó el comité editorial en septiembre de 2014, el cual elaboró el primero número distribuido en noviembre de 2014.

En la actualidad se está elaborando el boletín nº 2.

El contenido del primer número incluyó información sobre el manual de toma de muestras para microbiología, mapas de sensibilidad de los antimicrobianos, criterios de interpretación de los antibiogramas, instrucciones sobre toma de muestra en: prueba de Graham, infecciones de piel y tejidos blandos, volumen de sangre a inocular en los hemocultivos.

En la presentación de la comunicación se mostrará el formato del boletín informativo.

CONCLUSIONES

Ha sido laboriosa su realización, pero es de justicia señalar que la colaboración de todos los miembros del equipo multidisciplinar y el trabajo realizado por la colaboradora externa encargada del diseño gráfico ha permitido que el primer boletín viera la luz con éxito. Los miembros del equipo nos sentimos satisfechos del trabajo realizado.

Microbiología Informa ha recibido felicitaciones del equipo directivo y de compañeros del sector 2.

No ha sido factible difundir el nº 2 y elaborar el nº 3 debido al incremento de la presión asistencial en el Servicio de Microbiología. Creemos que este sistema de comunicación es adecuado, aunque somos conscientes de que su capacidad de penetración es limitada.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **360**

TÍTULO. **ACTUALIZACIÓN DE PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN BSGC EN CIRUGÍA DE MAMA ADAPTANDO CRITERIOS DE GIULIANO (ENSAYO Z011)**

Autores: RODRIGUEZ ARTIGAS JM, CASAMAYOR FRANCO C, HERNANDO ALMUDI E, GENZOR RIOS SJ, VALLEJO BERNAD C, OLIVER GUILLEN JR, MATUTE M, DOBON RASCON MA

RODRIGUEZ ARTIGAS JUAN MIGUEL · H MIGUEL SERVET · CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) se aplica en un alto número de estas pacientes precisando una espera de unos 45 minutos que demoran la intervención quirúrgica para obtener los resultados y decidir si se precisa realizar linfadenectomía o no. En Comité Interdisciplinar de Tumores de Mama se ha decidido actualizar el protocolo de actuación de BSGC en pacientes seleccionadas adaptando a nuestro medio los criterios del ensayo Z011 de Giuliano, para evitar esa demora quirúrgica, no esperar el resultado de la BSGC y no realizar linfadenectomía sin que se vea afectado su supervivencia ni su control local.

METODOLOGÍA

Hemos recogido los datos de las pacientes intervenidas en Cirugía General que se realizó BSGC en el año 2014 analizando los resultados anatomopatológicos obtenidos en aquellas pacientes que se realizó linfadenectomía axilar y en las que no estaba indicado. Los criterios que utilizaremos en el nuevo protocolo son: tumores menores de 3 centímetros, máximo de 2 ganglios centinela positivos, no triple negativos, cirugía conservadora de la mama y posibilidad de administrar radioterapia.

RESULTADOS

Se intervinieron 97 pacientes de las cuales precisaron BSGC 60 y fueron tratadas según el protocolo actual. Se obtuvo tras 45 minutos de espera 52 ganglios centinela negativos (86,7%), 7 casos de BSGC positivos y 1 caso de no migración realizándose en los últimos 8 linfadenectomía axilar.

Solo una axila resultó positiva (N3) tras los resultados definitivos anatomopatológicos. 3 de las negativas cumplían criterios de Giuliano adaptado a nuestro medio, habiéndose evitado la linfadenectomía y el tiempo de espera quirúrgico.

CONCLUSIONES

Actualizar el protocolo de tratamiento axilar y BSGC en pacientes con cáncer de mama conllevará una reducción del tiempo quirúrgico de al menos 45 minutos en un alto número de pacientes. Un pequeño porcentaje así mismo se evitarán una linfadenectomía axilar. Esto no afectará a la evolución de su patología ni su supervivencia. Una vez aprobado el nuevo protocolo se aplicará tanto en las pacientes intervenidas en el Servicio de Cirugía General como en el Servicio de Ginecología tras decisión conjunta en el Comité Interdisciplinar de Tumores de Mama.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **370**

TÍTULO. ANÁLISIS DEL GASTO EN LA RECONSTRUCCIÓN DE MAMA

Autores: RODRIGUEZ ARTIGAS JM, CASAMAYOR FRANCO C, HERNANDO ALMUDI E, GASCON FERRER I, GONZALEZ TARANCON R, PUERTA POLO E, MATUTE M, DOBON RASCON MA

RODRIGUEZ ARTIGAS JUAN MIGUEL . H MIGUEL SERVET . CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Hemos recogido el caso de una paciente intervenida hace varios años de cáncer de mama sin reconstrucción posterior. Se plantea reconstrucción con colocación de expansor y segundo tiempo con sustitución por prótesis definitiva y simetrización contralateral. Tras la colocación del expansor la paciente presenta infección del mismo precisando numerosas visitas en consultas, tratamiento antibiótico prolongado, baja laboral y finalmente ante el fracaso terapéutico retirada de expansor.

Planteamos reconstrucción protésica con colocación de malla biológica para cubrir en su totalidad la prótesis que queda expuesta sin cubrir por musculatura pectoral.

El uso de las mallas biológicas se restringe a casos muy seleccionados debido a su alto coste. Queremos evaluar las diferencias de costes utilizando materiales más caros en una primera intervención frente al planteamiento tradicional de reconstrucción en dos tiempos.

METODOLOGÍA

Analizamos el coste de ambas opciones, los días esperados de ingreso y el número de intervenciones que se precisan. Así mismo evaluamos el coste añadido que supone la infección del expansor en el proceso.

RESULTADOS

La opción de utilizar reconstrucción protésica con colocación de malla biológica conlleva un importante sobrecoste al sumar al valor de la prótesis (750€) el coste de una malla biológica (1500€).

Una reconstrucción en dos tiempos conllevará una segunda intervención para sustituir el expansor (550€) por la prótesis (750€) con los costes que conlleva esa segunda intervención y las sucesivas visitas de consulta.

Según un estudio reciente se estima que el día de hospitalización es cercano a los 120 euros (nuestra paciente hubiese precisado al menos 3 días en ese segundo ingreso), una anestesia general puede costar hasta 1000 euros y la intervención quirúrgica en torno a 2000 euros.

CONCLUSIONES

Nuestra paciente habría presentado un gasto menor si solo se hubiera realizado una única intervención con colocación de malla biológica y reconstrucción protésica. La posibilidad de haber presentado una infección y el incremento de gasto que eso supuso, además de la disrupción en su calidad de vida podrían haberse evitado al presentar un índice más bajo de infección la técnica no empleada.

Aumentar los gastos en una intervención quirúrgica si con ello evitamos eventos futuros previsibles puede mejorar la gestión económica de los recursos de que disponemos. Así mismo permite una mejora en la calidad de vida del paciente y una mayor disponibilidad del recurso del tiempo quirúrgico.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **141**

TÍTULO. **COMPROBACION DE LA SONDA NASOGASTRICA**

Autores: ROMEO LAGUARTA AM, EXPOSITO LOPEZ C, FONDEVILA LOPEZ J, VILLAR TURON R, CHOPO MJ, MARTIN J
ROMEO LAGUARTA ANA MARIA . H MIGUEL SERVET . NEUROLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

conocer los metodos que usa el personal para comprobar la colocacion de la sonda nasogastrica

METODOLOGÍA

elaboracion de la encuesta, difusion, tabulacion de datos, conclusiones

RESULTADOS

la colorimetria con tiras reactivas no es muy conocida por el personal de enfermeria. Las personas que lo conocen no lo usan

CONCLUSIONES

es necesaria la difusion de este metodo y la facilitacion del material necesario para poder llevarse a cabo

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **139**

TÍTULO. INDICACION DEL SONDAJE VESICAL EN EL PACIENTE NEUROLÓGICO

Autores: ROMEO LAGUARTA AM, FONDEVILA LOPEZ J, VILLAR TURON R, EXPOSITO SANCHEZ C, CHOPO ALCUBILLA MJ

ROMEO LAGUARTA ANA MARIA . H MIGUEL SERVET . NEUROLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

comprobar las indicacion de sondaje en el paciente
reducir el numero de sondas vesicales en la unidad

METODOLOGÍA

recogida de datos, estudio prospectivo, tabulacion de los datos, conclusiones

RESULTADOS

solo el 20% de las sondas estan indicadas
un 40% de los pacientes sufren complicaciones

CONCLUSIONES

es necesario comunicar el estudio al personal de la planta y cambiar la cultura de sondaje vesical para evitar su colocacion en la incontinencia

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. 296

TÍTULO. INFECCIÓN QUIRÚRGICA TRAS CIRUGÍA DE CADERA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: ANÁLISIS DE LA ESTANCIA MEDIA Y ESTIMACIÓN DEL COSTE ASOCIADO

Autores: RUBIO ROMERO LA, AIBAR C, MOLINER J, SANTOS JA

RUBIO ROMERO LUIS ANGEL . H CLINICO UNIVERSITARIO . MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Estimar el coste asociado a la infección quirúrgica tras cirugía de cadera con colocación de implantes, mediante el cálculo de la estancia media y estimar el coste total en función de los principales factores identificados durante un año de seguimiento.

METODOLOGÍA

Estudio de los pacientes con patología coxofemoral, intervenidos con implantación de material protésico por el servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COyT) del HCU Lozano Blesa, a lo largo del periodo 2010 a 2014.

Comparación de dos grupos: Pacientes infectados tras implantación de material protésico, detectados por el sistema de Vigilancia de la Infección hospitalaria. El grupo de comparación lo formaron pacientes intervenidos de cirugía de cadera apareados por procedimiento, año, edad (± 5 años), sexo, puntuación McCabe e indicación de la cirugía.

Para el cálculo de costes se tuvo en cuenta las siguientes variables: Estancia, número de reintervenciones quirúrgicas, visitas a urgencias, atención primaria y especialista, pruebas de imagen, coste del material protésico, y antibióticos dispensados.

Análisis estadístico: descripción de las variables, comparación mediante test de ji al cuadrado, t de Student y U de Mann-Whitney.

RESULTADOS

La muestra estudiada fue de 42 casos de Infección de la Herida Quirúrgica, el 73,8% superficiales y 26,2% Infecciones de Órgano-Espacio. La edad media fue de 81,36 años. y el 71,4% eran mujeres. Un 69% de los casos la indicación fue por causa traumática, y un 31% por causa degenerativa. El 90,5% de los casos se trató de una cirugía primaria, mientras que en un 9,5% de los casos fue una cirugía secundaria (recambio). El tipo de material implantado fue Clavo Gamma en un 59,52% de los casos, Prótesis Parcial 11,9% y Prótesis total en un 28,57%.

En los pacientes sometidos a artroplastia (total y parcial), el coste medio estimado fue de 25.354 € por paciente en los pacientes infectados, respecto a 7.698 € en no infectados. Esto supuso un coste relativo 3,3 veces superior, y un sobrecoste añadido de 17.656 € por paciente infectado (185.388 € al año).

El sobrecoste anual medio estimado para el Hospital por estos pacientes fue de 213.778 €. Este tipo de pacientes (0,65% de los ingresos) supuso el 2% de las estancias del Servicio de COT, la estancia y el coste asociado fue 3 veces superior que en el paciente medio.

CONCLUSIONES

La infección quirúrgica fue el principal condicionante del sobrecoste económico observado en pacientes tras ser operados de cirugía de cadera, así como de la mortalidad y comorbilidad. Por ello, para disminuir el gasto sanitario sería necesaria la optimización de las medidas preventivas.

La estancia preoperatoria observada, factor favorecedor para la aparición de infección, fue superior en los pacientes infectados.

Estrategias para disminuir su duración podrían suponer tanto una disminución de la incidencia de infección como una reducción del coste y la estancia asociados.

De cara a futuros estudios y evaluaciones sería necesaria además una mejora en el sistema de recogida de la información, tanto vigilancia como de registro de factores de riesgo

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **375**

TÍTULO. NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN UNA UNIDAD CORONARIA

Autores: RUIZ AGUILAR AL, NAVARRO GIMENO J, BERNAL MATILLA C, RUIZ DE GOPEGUI MIGUELENA P, SANCHEZ CHUECA P, RAMOS ABRIL R, VICENTE DE VERA BELLOSTAS B, TEJADA ARTIGAS A

RUIZ AGUILAR ANTONIO LUIS . H MIGUEL SERVET . MEDICINA INTENSIVA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Implantar un sistema de notificación de incidentes y eventos adversos (EA) en una Unidad Coronaria en un centro hospitalario de tercer nivel. Análisis de los EA notificados durante el primer año de implantación del sistema de notificación.

METODOLOGÍA

El Grupo de Mejora de Seguridad del Paciente (GMSP) del Servicio de Medicina Intensiva (SMI) del HU Miguel Servet se constituyó en el primer trimestre de 2014. La primera tarea realizada fue la creación y puesta en marcha de un sistema de notificación de EA en el SMI. Se trata de un sistema de notificación basado en la bibliografía sobre EA en servicios de MI, voluntario y anónimo. Tras la notificación el GMSP analiza las características del EA y datos relacionados con el paciente que los sufrió. Exponemos un estudio prospectivo de los EA notificados en el periodo Abril-Diciembre de 2014.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 146 notificaciones sobre 145 EA diferentes. El mayor número de notificaciones fue en el mes de mayo (38) y en el que menos noviembre (1). El 90'3% ocurrieron en boxes de UCI. El 64'8% fueron notificados por FEA, seguidos por DUE (24'1%), mientras que TCAE sólo hicieron una notificación. El 44% ocurrieron en turno de mañana. El 53% ocurrieron con ocupación máxima de UCI. La mayoría de los EA alcanzaron al paciente sin provocar daño o requirieron una mínima intervención (29%). Sólo el 10% provocaron un daño severo al paciente. El 26'9% estuvieron relacionados con la medicación, 21'4% con fallos de aparatos y el 14'5% con procedimientos. Sólo fueron notificadas 2 infecciones nosocomiales.

CONCLUSIONES

La participación en la notificación resulta desproporcionada entre los distintos estamentos y errática a lo largo del tiempo, por lo que consideramos necesario realizar tareas de difusión de la participación, exposición de resultados del análisis al conjunto del SMI e insistencia en el animato del notificante. Mientras que la mayor parte de los EA no se relacionaron con daño significativo al paciente, una tercera parte requirió de algún tipo intervención para solucionar el incidente y una cifra significativa provocó un daño importante.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **359**

TÍTULO. **ANÁLISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS GRAVES NOTIFICADOS EN LA UCI DE POSTOPERATORIO CARDIACO**

Autores: RUIZ DE GOPEGUI MIGUELENA P, BERNAL MATILLA C, SANCHEZ CHUECA P, RUIZ AGUILAR A, RAMOS ABRIL R, VICENTE B, RODRIGUEZ LONGARES MC

RUIZ DE GOPEGUI MIGUELENA PABLO . H MIGUEL SERVET . UCI

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Conocer la naturaleza y causística, así como los factores predisponentes de los eventos adversos clasificados como graves según el protocolo de Notificación de eventos adversos implantado en nuestra Unidad.

METODOLOGÍA

Tras un año desde la implantación de un Sistema de Notificación de Eventos Adversos (SNEA) en la UCI de Postoperatorio Cardíaco (UCI PC), se notificaron 128 eventos adversos acaecidos sobre 75 pacientes, de los cuales se consideraron como graves aquellos que alcanzando al paciente, causaron un daño temporal o permanente al paciente, prolongando hospitalización, comprometiendo su vida, o bien precisó intervención para mantener su vida o contribuyó o causó su muerte. Según nuestro SNEA, aquellos catalogados de F-I, que corresponden a la clasificación realizada por la National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP).

RESULTADOS

Se notificaron un total de 7 eventos adversos considerados como graves, 6 de ellos con categoría H (incidente que comprometió la vida del paciente y precisó intervención para mantener su vida) y 1 con categoría I (el incidente causó o contribuyó a la muerte del paciente), relacionando con resangrado postoperatorio. La mayoría no tuvieron como resultado la muerte del paciente, secuelas permanentes ni se consideraron la causa de la prolongación de la hospitalización, resultando todos ellos altas a planta salvo el fallecido. No hubo diferencias en cuanto a la urgencia del ingreso, siendo todos ellos pacientes de postoperatorio cardíaco, del turno en el que tuvo lugar, ni del número de pacientes ingresados. En el 57% se contempló que el equipamiento y recursos tuvieron relación como factores predisponentes; en el 43%, la formación y el entrenamiento. En cuanto al tipo de problema de seguridad, la mitad de ellos fueron eventos relacionados con el aparataje, dos de ellos relacionados con el manejo de la vía aérea, una reacción transfusional grave y una hemorragia postoperatoria. En el 83% de los casos, a juicio del profesional, el evento adverso se consideró evitable.

CONCLUSIONES

Del total de eventos adversos notificados a lo largo de un año en la UCI PC, los eventos considerados como graves a penas suponen un 5%. El manejo y mantenimiento equipamiento así como la formación adecuada de los profesionales suponen elementos fundamentales en la Seguridad del paciente siendo, en la mayoría de los casos, sucesos evitables.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **300**

TÍTULO. **LA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA INFECCIÓN POR SARM EN EL HOSPITAL: CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS Y COMPARACIÓN CON LOS PACIENTES CON OTROS GÉRMENES MULTIRRESISTENTES.**

Autores: SANTABARBARA ARILLA MC, MARCEN AI, FELIX M, LAGUIA MP, MARECA R, PRIETO P
SANTABARBARA ARILLA MARIA CRISTINA . H CLINICO UNIVERSITARIO . MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es realizar un estudio descriptivo de las características de los pacientes que han tenido una infección por SARM en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza a lo largo de 2015.

METODOLOGÍA

El servicio de medicina preventiva tiene implantado un sistema de vigilancia epidemiológica para la prevención de las infecciones nosocomiales, que consiste en la recogida diaria de los resultados del servicio de microbiología, su registro en una base de datos y la aplicación de las medidas de aislamiento necesarias en cada caso.

El paciente debe permanecer aislado mediante precauciones por contacto y por gotas hasta que se produzca la resolución microbiológica de la infección o se determine curación clínica de la misma por parte del facultativo que atiende al paciente y, además, se obtengan 3 muestras consecutivas negativas como portador, lo cual no es un impedimento para ser dado de alta.

Los datos epidemiológicos que se recogen para cada paciente son: fechas de ingreso y alta, muestra clínica donde se aisló SARM y fecha de la misma, servicio y cama de ingreso del paciente, adquisición probable (nosocomial/comunitaria), resultados de los exudados de control y motivo del fin del aislamiento (alta/negativización/fallecimiento).

RESULTADOS

En los cuatro meses de enero a abril de 2015 se han controlado 68 pacientes por SARM y 80 por otros gérmenes multirresistentes (BMR). La distribución de los casos por tipo de infección fue comunitarias (38.2%), asociada a cuidados (30.9%) y nosocomiales (25%). Además, el 5.8% fueron controles por riesgo de infección no confirmado.

De los casos SARM, dos casos fueron colonizaciones confirmadas y el resto infecciones. Las localizaciones más frecuentes en SARM fueron respiratoria, cutánea, heridas quirúrgicas y hemocultivos. En esta variable existen diferencias significativas con el resto de BMR. Es más frecuente el SARM que los otros BMR en servicios como vascular, traumatología, cardiología o dermatología. La duración media de las medidas de aislamiento fue de 12.6 días, mientras que en los casos de otros BMR fue de 15.9. El tiempo medio entre la toma de una muestra microbiológica y la aplicación de medidas de aislamiento por un resultado positivo fue de 3.36 días en SARM y 3.04 en otros BMR.

El tiempo transcurrido entre el ingreso del paciente y la toma de muestras para diagnóstico fue de 8 días en los casos SARM y 14 días en los de infecciones por otros BMR.

CONCLUSIONES

Los pacientes infectados por SARM tienen un patrón epidemiológico distinto al del resto de BMR, son más prevalentes en determinados servicios, son con más frecuencia infecciones comunitarias, y de localización cutánea o respiratoria. Los tiempos de aislamiento en el hospital son inferiores a los que generan otros BMR. El tiempo desde la sospecha diagnóstica a la aplicación de medidas es adecuado, aunque la monitorización de este indicador servirá para detectar posibles deficiencias del sistema de vigilancia.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **369**

TÍTULO. **LA NORMALIZACIÓN DEL REGISTRO DE LA CADUCIDAD DE LOS FÁRMACOS DEPOSITADOS EN EL BOTIQUÍN DEL BLOQUE QUIRÚRGICO.**

Autores: SANZ GASPAR I, CANO LAZARO R, HERNANDO PARRA F

SANZ GASPAR INES · H CLINICO UNIVERSITARIO · BLOQUE QUIRURGICO

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Principal: Conocer los registros oficiales anuales de caducidades de fármacos en los Hospitales públicos del SALUD (Servicio Aragonés de Salud) de Zaragoza capital (Hospital Nuestra Señora de Gracia, Hospital Royo Villanova, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa y Hospital Universitario Miguel Servet), depositados en el Bloque Quirúrgico (quirófanos, pre-anestesia, almacenes, frigoríficos, intermedios limpios y URPA).

Secundarios:

- Conocer las repercusiones legales a Enfermería por la administración de un fármaco caducado en el Bloque Quirúrgico.
- Exponer la pauta de registro de caducidades de fármacos IV en el Bloque Quirúrgico del Hospital Royo Villanova de Zaragoza y calcular la probabilidad de administración de un fármaco IV caducado a un paciente en dicho Bloque Quirúrgico.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal sobre la pauta de registro anual de caducidades de fármacos en los hospitales públicos del SALUD antes escritos. Descripción del registro de caducidades del Bloque Quirúrgico del Hospital Royo Villanova de Zaragoza y cálculo de la probabilidad de administrar un fármaco caducado tras dicho registro. Revisión de las responsabilidades legales ante la administración de un fármaco caducado administrado.

RESULTADOS

- Falta de normalización oficial de registros de caducidades de fármacos en los Bloques Quirúrgicos de los Hospitales públicos del SALUD (Servicio Aragonés de Salud) de Zaragoza.
- Existencia de responsabilidad civil subsidiaria, penal (hasta 6 años) e inhabilitación absoluta en caso de administrar un fármaco caducado por el personal de Enfermería, así como existencia de responsabilidad al farmacéutico del Servicio de Farmacia asignado al botiquín del Bloque Quirúrgico, Supervisora/s (Anestesia y Reanimación o del Bloque Quirúrgico) y Direcciones Médica, de Enfermería y de Gestión.
- Probabilidad de un 0,4% de administrar un fármaco caducado en el Bloque Quirúrgico del Hospital Royo Villanova de Zaragoza teniendo en cuenta la pauta de revisión de caducidades y el stock del botiquín de fármacos IV.

CONCLUSIONES

- Existencia de una necesidad técnica y legal de una normalización oficial de dicho registro en el que se incluya un protocolo de actuación común en los Bloques Quirúrgicos de los hospitales pertenecientes al SALUD.
- Dicho protocolo debe estar integrado dentro de las funciones de Enfermería de Anestesia y Reanimación, destinando RRHH, tiempo, lugar y descripción específica para su realización.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **347**

TÍTULO. MEJORA DE LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

Autores: SERRANO VIÑUALES I, SANCHO RODRIGUEZ ML, VERA SAEZ BENITO C, TROYAS FERNANDEZ DE GARAYALDE L, PALANCA ARIAS D, SANCHO GRACIA E, CAMPOS CALLEJA C, GOMEZ BARRENA V

SERRANO VIÑUALES ITZIAR . H MIGUEL SERVET . PEDIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Crear una cultura de seguridad en nuestra unidad.

Elaborar un nuevo sistema de notificación de eventos adversos.

Presentar a la plantilla el nuevo sistema para promover el cambio en la actuación del personal ante situaciones de riesgo.

Valorar la utilidad y analizar los datos obtenidos con el nuevo sistema de registro.

METODOLOGÍA

Se realizó en el servicio la encuesta HSOPS de la AHRQ y se generó una nueva hoja de registro (HR) de eventos adversos que fue presentada en sesión clínica. Se colocó un buzón en la unidad dónde depositar las HR cumplimentadas.

Finalmente se hizo un análisis descriptivo de los datos obtenidos en las HR desde Noviembre 2014 a Mayo 2015.

RESULTADOS

Fase1: Realizamos un nuevo sistema de registro consistente en una hoja de notificación, adaptando la ya existente en UCI pediátrica a nuestra unidad, con los siguientes puntos básicos: evento adverso y grado del mismo, cuándo y dónde se produce, causa y posible prevención del mismo.

Fase2: La nueva HR se implantó en Noviembre de 2014 y desde entonces se han notificado 27 eventos adversos, con los siguientes resultados:

- El 44% de los declarantes atiende al paciente y presencia el hecho. Un 22.2% declarado por quien cometió el error.
- Los meses con más notificaciones han sido Marzo (25.9%), Abril y Enero (18.5%). Respecto a los días, son jueves (19.2%) y viernes (23.1%) los que más se notifica.
- Respecto a los turnos, se notifica más en el turno de tarde (63%) y noche (14.8%). Solo el 8% en el cambio de turno.
- El 66.7% ocurren en boxes y 33.3% en sala de observación.
- Respecto a los errores, los más frecuentes son: de medicación (40.7%), y administrativo-identificación (22.2%).
- De los incidentes detectados el 59.3% no llegaron al paciente.
- La mayoría de los incidentes son atribuidos a distracción (51.9%) y falta de formación (14.8%). Todos evitables.

CONCLUSIONES

El análisis de las encuestas de cultura de seguridad del paciente pediátrico, nos permitió detectar las debilidades de nuestro servicio, estableciendo acciones de mejora como la implantación de un sistema de notificación anónimo de eventos detectados que implica a todos los profesionales de urgencias pediátricas.

Todos los incidentes adversos notificados se han considerado evitables, siendo la mayoría debido a errores de medicación atribuidos a distracción. Además un porcentaje elevado no es notificado por la persona implicada en el incidente. Por todo ello, se debe seguir promoviendo la cultura de seguridad dentro del equipo ofreciendo información y promoción de nuevas actividades.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. 67

TÍTULO. IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DEL CARRO DE PARADAS Y MALETIN DE URGENCIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

Autores: SIMON MELCHOR A, JIMENEZ SESMA ML, SIMON MELCHOR L, GIL SALVADOR R, ALCAINE PARICIO AI, SOLANO CASTAN J
SIMON MELCHOR ALBA . CS CALACEITE . ATENCION CONTINUADA EN ATENCION PRIMARIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El objetivo general de este proyecto es garantizar la disponibilidad inmediata de los medicamentos y material sanitario relacionados con la atención urgente en el Centro de Salud de Calaceite con el fin de mejorar la seguridad del paciente.

Como objetivos específicos se encuentran elaborar un protocolo del carro de paradas y maletín de urgencias además de darlo a conocer e implicar a los profesionales del Centro en su control y mantenimiento.

METODOLOGÍA

Para su implementación se llevarán a cabo las siguientes acciones durante el año 2015:

Crear y acordar el listado de los contenidos del carro y del maletín basándose en la revisión bibliográfica y en el documento PO-06_AL(P)E del Sector Alcañiz el cual cumple la normativa de calidad ISO 9001 “Procedimiento de organización del material de urgencias”. Para el registro de los contenidos se utilizará el modelo PO-06_AL(P)E “Listado de contenidos de maletines y carros”.

Aplicar la “Lista de verificación de equipos y material de urgencias” del carro y maletín para sus revisiones, empleándose el protocolo PO-04 4_AL(P)E, teniendo en cuenta el listado de los contenidos previamente acordado.

Preparar y realizar una sesión clínica a los profesionales del Centro presentando los dos documentos e incentivar su registro y seguimiento.

Iniciar la cumplimentación de la “Lista de verificación de equipos y material” una vez al mes, después de cada uso y/o si el precinto no está íntegro.

Revisar los registros cumplimentados y analizar los indicadores.

RESULTADOS

No hay resultados disponibles porque es un proyecto de nueva creación. A los 6 meses se realizará la evaluación de los siguientes indicadores:

Porcentaje de cumplimentación mensual de la lista de verificación de equipos y material de urgencias: Nº de meses con cumplimentación de todos los ítems*100/6 meses. Estándar 100%.

Número de revisiones con hallazgos de material y fármacos caducados del carro y del maletín*100/6 meses.

Número de revisiones con hallazgos de stock insuficiente de material y fármacos del carro y del maletín *100/6 meses.

CONCLUSIONES

El carro de paradas y el maletín de urgencias son elementos indispensables dentro de cualquier Centro Sanitario para realizar la atención urgente.

Es necesario protocolizar su contenido y mantenimiento para proporcionar seguridad al paciente y a los profesionales sanitarios. Por ello nos vemos en la necesidad de crear e implantar un protocolo que recoja la organización y control del carro y maletín en el Centro de Salud de Calaceite.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **365**

TÍTULO. **ANÁLISIS DEL IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA EN PRIMEROS AUXILIOS PARA ESCOLARES DE EDUCACIÓN PRIMARIA.**

Autores: SOLER ABADIAS RM, COBOS MALO E, SAN JUAN SARALEGUI M, SORO LORENTE C

SOLER ABADIAS ROSA MARIA . CS LUNA . ATENCION CONTINUADA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La salud y los primeros auxilios forman parte de los contenidos a impartir en educación primaria. Debido al rol de la enfermera comunitaria en educación para la salud y siguiendo las Directrices de las Líneas Estratégicas del salud 2012-2015(1.4 y 11.3), se diseña una acción formativa con contenidos en primeros auxilios, y se monitoriza todo el proceso, con el propósito de coordinar sanidad y educación.

OBJETIVOS

Capacitar a la población diana para identificar y/o resolver situaciones urgentes.

Verificar la efectividad de la acción formativa.

Demostrar la efectividad de colaboración entre sanidad y educación.

METODOLOGÍA

Se planifica y programa la acción formativa, con los contenidos a impartir, tanto teóricos como prácticos.

Diseño de indicadores específicos, que monitoricen todo el proceso.

Diseño de estudio: Estudio prospectivo con intervención

Sujetos a estudio: alumnos matriculados en 6º EP, durante el curso 2014-2015.

Lugar: Colegio Cristo Rey (Escolapios) Zaragoza

Intervención: sesiones teórico-prácticas impartidas por enfermeras.

Evaluación de conocimientos y rendimiento de la intervención: Se evalúan conocimientos previos y posteriores a la intervención mediante un cuestionario de 13 preguntas, con tres opciones de respuesta, siendo sólo una de ellas correcta

Análisis de resultados: Los ítems toman los valores 0(error) ó 1(acierto). Los análisis descriptivos e inferenciales se realizaron con el paquete estadístico SPSS v15.0

RESULTADOS

Se incluyen 102 alumnos.

De los 19 indicadores, se han alcanzado los estándares previstos en 13 de ellos. (95%).

CONCLUSIONES

El análisis de los resultados, nos lleva a considerar una reintervención en el curso escolar 2015-2016, así como modificar la pregunta 11 del cuestionario.

Monitorizar el proceso para hacerlo medible, nos proporciona la certeza de que en su implantación no nos guiamos por decisiones erróneas

Planificar y programar la acción formativa asegura la consecución de los objetivos educativos tanto en contenido como en tiempo.

La incidencia del rol enfermero en educación para la salud en alumnos de EP, hace posible que desde edades tempranas se asimilen hábitos saludables, prevención y promoción de la salud, así como una actuación en caso de urgencia.

Nos hemos planteado a raíz de estos resultados: 1) Evaluar la eficacia de la intervención a largo plazo. 2) Ante los resultados obtenidos, coordinar los departamentos de sanidad y educación, para darle continuidad a la acción formativa, y que la misma sea llevada a cabo por personal de enfermería.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **282**

TÍTULO. RACIONALIZACIÓN DE PETICIONES DE SEROLOGÍA EN POBLACIÓN GESTANTE

Autores: SORIA LOZANO P, ROC L, MARTINEZ SAPIÑA A, DE BONROSTRO C, TEJERO EL, REVILLO MJ

SORIA LOZANO PILAR . H MIGUEL SERVET . MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Dado la diferente procedencia de facultativos peticionarios de serología gestacional, se acordó, en el proyecto de mejora presentado el año pasado, la conveniencia de la petición de serología de gestación por parte de obstetras. La finalidad es delimitar el número de controles, en base a los parámetros serológicos propuestos en diversos protocolos, para lo cual debe constar la edad gestacional, y en función de los estados inmunitarios conocidos de la paciente. El otro objetivo es acometer el menor número de venopunciones a la gestante, para hacer coincidir en la misma extracción la realización de otros parámetros hematológicos y bioquímicos.

METODOLOGÍA

En la sección de serología se revisan todas las peticiones de serología gestacional recibidas. Se limitaron los controles a realizar a uno por trimestre y las pruebas en función de los estados inmunitarios de las pacientes según los protocolos establecidos por la SEGO, SEIMC y otros grandes hospitales.

Se analizaron el número de peticiones, determinaciones realizadas, número de pacientes y servicios peticionarios desde el año 2012 al año 2015. Se determinó el porcentaje de peticiones no realizadas y si constaba la edad gestacional de las pacientes tras el establecimiento del protocolo.

RESULTADOS

El incremento de pacientes en el 2015 respecto a 2012 fue del 39.3%, recibiendo un 42.5% más de peticiones aunque aumentando únicamente el 21.9% el número de determinaciones realizadas. Las peticiones de atención primaria fueron similares en los años de estudio (8.6%).

Con las medidas de gestión de la demanda establecidas en 2015, el 17.0% de las peticiones no se realizaron, correspondiendo el 4.8% a serologías solicitadas en el mismo trimestre de embarazo. En el 73.3 % de las determinaciones constaba la edad gestacional en 2015, mientras que en años anteriores no sobrepasaba el 10%, lo que evitó la realización del 12.0% de las determinaciones solicitadas.

CONCLUSIONES

El aumento de determinaciones en 2015 es muy inferior al de peticiones y pacientes, por lo que se ha disminuido la sobrecarga de trabajo y las determinaciones innecesarias. Esto ha sido posible gracias al conocimiento de la edad gestacional, el establecimiento de una única serología por trimestre y la adecuación de ésta al estado inmunitario de la paciente tal como indica la bibliografía consultada. Debemos seguir trabajando para evitar venopunciones a las pacientes porque aunque fueron minoría las peticiones de serología gestacional solicitadas desde atención primaria, se mantuvieron en porcentajes similares en los años de estudio.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **400**

TÍTULO. PROCESO DE DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL CÓLICO RENAL EN URGENCIAS DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET

Autores: TEJERO SANCHEZ A, SERRANO FRAGO P, GARCIA RUIZ R, BLANCO CHAMORRO C, FANTOVA ALONSO A, REYES FIGUEROA A, HERNANDEZ MARTINEZ Y, GIL SANZ MJ

TEJERO SANCHEZ ARLANZA . H MIGUEL SERVET . UROLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El principal objetivo que ha motivado la puesta en marcha de este proyecto de calidad surge de la necesidad de coordinar el proceso diagnóstico de pacientes que ingresan vía urgencias con cólico renal.

Mediante la protocolización de un esquema simplificado del manejo de este tipo de pacientes, perseguimos optimizar la estancia hospitalaria en pacientes que ingresan por vía urgencia, logrando así disminuir el coste sanitario asociado al proceso.

Rentabilizar los recursos disponibles, disminuir la necesidad de medicación sedante, analgésica y antiinflamatoria derivadas de la espera de pruebas complementarias así como disminuir el riesgo de complicaciones asociadas a éstos. Finalmente, buscamos tener un impacto positivo sobre los niveles de ansiedad de estos pacientes acortando los tiempos implicados en el diagnóstico etiológico de su dolencia y resolución del mismo

METODOLOGÍA

Estrecha colaboración de los servicios de urología y radiología, para lograr una adecuada selección de pacientes, identificando aquellos que cumplan criterios para realizar TAC urgente (< 24 horas), antes del ingreso:

- Pacientes que requieren ingreso en Servicio de Urología y no se ha filiado la etiología mediante Radiografía de abdomen + ecografía, independientemente de la necesidad de cirugía.

- Pacientes en los que existen dudas en el diagnóstico de cólico renal a pesar de la Radiografía de abdomen y ecografía

El TAC se realizará por equipo de urgencia en horario de tarde- noche en el caso de urgencia médica. Por el contrario, se realizará en horario de mañana, por parte de la sección de radiología-urología, con una demora de máximo 24 horas desde el ingreso en Urología.

Elaboramos un diagrama simplificado a seguir ante la sospecha de un posible cólico renal en urgencias.

RESULTADOS

- Adecuar la oferta de pruebas diagnósticas a los pacientes hospitalizados con cólico renal; disminuyendo el tiempo de espera para TAC a < 24 horas.

- Ahorro farmacéutico, por diagnóstico y tratamiento precoz.

- No se espera aumentar el número de TAC solicitados respecto a situación previa.

- Disminuir la estancia media prequirúrgica de los pacientes ingresados de urgencia (actualmente en 6,55 días), intentando equiparar a la EM PreQ programada (actualmente de 1,05) *(datos 2014)

- Evitar complicaciones derivadas de la hospitalización prolongada, logrando así disminuir la estancia media bruta de los pacientes ingresados de urgencia por cólico renal y mejorar la calidad de la atención.

- Cumplir con uno de los indicadores de calidad de la EAU: demora en el tratamiento de la sepsis urinaria obstructiva.

CONCLUSIONES

Actualmente, se está impulsando la gestión del proceso de las patologías con mayor prevalencia en nuestro servicio, por lo que la puesta en marcha de este proyecto que engloba uno de los motivos de consulta más frecuentes en nuestro medio, permite una mayor optimización de los recursos disponibles mejorando a su vez la calidad asistencial ofrecida al paciente.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **284**

TÍTULO. CUIDARNOS PARA CUIDAR MEJOR

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

TOMELO MUÑOZ RUTH . CS LA ALMOZARA . MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Uno de los programas de mejora de la calidad asistencial del año 2014 que se desarrollaron en el C.S. Almozara se ha basado en la atención integral del Paciente Crónico Complejo (PCC), analizando la base sociofamiliar que representa su núcleo de apoyo fundamental. Siendo el objetivo principal la mejora de su calidad de vida a través, de la promoción de la salud de los cuidadores.

METODOLOGÍA

Seleccionamos a los cuidadores del PCC en la consulta de enfermería y medicina contactando con ellos telefónicamente. Posteriormente estructuramos y realizamos el taller “Cuidarnos para cuidar mejor” en dos sesiones de aproximadamente una hora. La actividad comienza con una presentación teórica de aproximadamente 20 minutos de duración, seguida de una sesión práctica con técnicas de relajación basadas en Mindfulness de aproximadamente 10 minutos de duración, impartido por tres residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Posteriormente se abre un tiempo de debate para comentarios, dudas y sugerencias. Se finaliza repartiendo una encuesta de satisfacción y valoración compuesta por 11 ítems.

RESULTADOS

Se han realizado 23 encuestas iniciales, en las que se incluía el test de Zarit (escala de valoración de la sobrecarga del cuidador). A los talleres programados acudieron 21 cuidadores, 18 mujeres y 3 hombres, con edades comprendidas entre los 30 años y los 81 años. La relación de parentesco con el enfermo fue principalmente hijos/as y esposos/as. La prevalencia de sobrecarga intensa en la muestra fue del 48%, sobrecarga leve presenta el 9% y no sobrecarga el 43%. A la pregunta subjetiva si se siente superado por los cuidados de su familiar respondieron afirmativamente el 33%. El grado de satisfacción fue del 82%.

CONCLUSIONES

Un 52 % de nuestros cuidadores no relata una alta sobrecarga física o mental. Dado el grado de satisfacción de los participantes se pretende crear una línea de continuidad con nuevos temas a tratar que ellos mismos han demandado, y la posibilidad de establecer un grupo de cuidadores con el que trabajar de forma continua para capacitarlos de las herramientas necesarias para el cuidado de sus familiares.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **338**

TÍTULO. **MEJORA DE LA COMUNICACIÓN EN EL PROCESO DE RECEPCIÓN DE TRASLADOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA**

Autores: TROYAS FERNANDEZ DE GARAYALDE L, VERA SAEZ BENITO MC, SANCHO GRACIA E, GOMEZ BARRENA V, CAMPOS CALLEJA C, SERANO VIÑUALES I, SANCHO ML, MORENO VERNIS M

TROYAS FERNANDEZ DE GARAYALDE LEIRE . H MIGUEL SERVET . PEDIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El traslado de un niño al Servicio de Urgencias es una situación tan frecuente como importante, en la que pueden surgir diferentes problemas. El momento de obtención de la información, es uno de los más conflictivos. Se pretende conocer los puntos débiles de este procedimiento en nuestra unidad de Urgencias y elaborar un formulario de registro de información al recibir la llamada del traslado. Una vez implantado el mismo, evaluar la cumplimentación de los ítems sobre datos administrativos y clínicos. El objetivo final es mejorar el sistema de transferencia.

METODOLOGÍA

Se realizó un análisis modal de fallos y efectos para conocer los fallos potenciales del sistema y priorizar los más relevantes. Se elaboró una hoja de registro de datos a recoger en cada nuevo traslado y se realizó una sesión informativa para explicar el nuevo sistema de recepción de la información. También se destinó un espacio accesible para depositar esta información en el servicio, creando una rutina en el traspaso de información en cada cambio de turno.

RESULTADOS

El análisis permitió conocer los puntos más conflictivos según su puntuación: Falta de dato necesario, olvido cumplimentación formulario, imposibilidad acceso a pruebas complementarias, notificación incomprensible, no registro de tratamiento recibido, tratamiento de base desconocido. Desde el 01/11/14 al 30/04/2015 se rellenaron 204 encuestas (menos de un 25% del total de traslados). La mitad fueron remitidos de Centros de Salud y la otra mitad de Hospitales, de los cuales existe registro en un 8,3% y 37% respectivamente. Respecto al nivel de cumplimiento de los ítems, destacan: Origen del traslado: 100%, datos administrativos: 98,5%, antecedentes personales: 66%, motivo de traslado: 97%, tipo de transporte: 83%, hora de llegada 74 %, ubicación 91%, contacto con especialista 52,5%, última ingesta 37 % facultativo responsable de la recepción de la información: 91%, tratamiento recibido y última dosis: 66%, pruebas complementarias 80% y resultados: 77%

CONCLUSIONES

La recogida de información permite:

- Que al llegar el paciente los especialistas y las unidades de destino estén disponibles
- Evitar errores en la transmisión de información
- El feed-back de información al responsable del traslado
- Acceder a los antecedentes de interés del paciente antes de su llegada a nuestro centro

Un 78% de los traslados no consta en este registro, por falta de cumplimentación o por ausencia de contacto con el centro receptor, situación que se da principalmente en traslados desde atención primaria. Es un aspecto que se debe mejorar.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **372**

TÍTULO. **¿ES POSIBLE IMPLEMENTAR INDICADORES DE CALIDAD ESPECÍFICOS EN LA PRESCRIPCIÓN EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA?**

Autores: URIARTE PINTO M, IZUEL RAMI M, PEREZ DIEZ C, CORTES MARINA RB, CASTAÑO LASAOSA JI, MOLINER ROBREDO MC, PASCUAL MARTINEZ O, ABAD SAZATORNIL MR

URIARTE PINTO MOISES . H MIGUEL SERVET . FARMACIA HOSPITALARIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El gasto farmacéutico extra-hospitalario ha conseguido moderarse e incluso disminuir en los últimos 4 años, mientras que el intrahospitalario ha seguido creciendo.

El objetivo de conseguir incorporar la verdadera innovación terapéutica en el contexto de la necesidad de cumplimiento presupuestario supone un importante reto para los Sistemas Públicos de Salud que se hace especialmente relevante en el ámbito de la Atención Especializada, en la que, en nuestro medio, existe menos tradición en la implantación de programas de Uso Racional del Medicamento (URM).

METODOLOGÍA

Se diseñó un plan de actuación conjunto Dirección-Servicio de Farmacia que incluía la realización de una presentación a todos los responsables de los Servicios Clínicos y la realización por parte del Servicio de Farmacia de sesiones clínicas individualizadas en los servicios clínicos, planteando: el impulso de la protocolización del tratamiento de patologías en las que se utilizan fármacos de alto impacto y la generación de indicadores de prescripción extra-hospitalaria.

RESULTADOS

En los seis primeros meses de implantación de la intervención se han realizado sesiones en 13 servicios clínicos del hospital. Se ha propuesto la protocolización del tratamiento de tres patologías de alto impacto y la monitorización de 20 nuevos indicadores de calidad en la prescripción, seis de los cuales han sido incluidos en los sistemas de información de la prestación farmacéutica del Servicio Aragonés de Salud al haber conseguido implementar su medida sistemática. En cinco de estos indicadores se han observado mejoras muy significativas durante los primeros meses de monitorización.

CONCLUSIONES

Es necesario acercar los programas de URM a los servicios clínicos del hospital.

Estos programas deben ser individualizados e incluir propuestas concretas de actuación en función de su perfil de consumo.

La especificidad de los programas a cada Servicio ha favorecido, en nuestro caso, un mayor compromiso de los clínicos en la definición e implantación de los mismos.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **243**

TÍTULO. **PROGRAMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA VERSUS SEDACIÓN EN PACIENTE CON CLAUSTROFOBIA Y CÁNCER DE CÉRVIX QUE PRECISA RADIOTERAPIA**

Autores: VAL JIMENEZ N, IBAÑEZ CARRERAS R, MOLINA OSO G, RIVERA FUERTES A

VAL JIMENEZ NURIA . CS SARIÑENA . ATENCION PRIMARIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Paciente de 49 años con antecedente de claustrofobia y depresión en tratamiento con mirtazapina 30 mg/ día. Diagnosticada de carcinoma escamoso infiltrante de cérvix estadio IIB. Durante el estudio de su patología no fue posible realizar las pruebas de imagen por claustrofobia de la paciente, por lo que se decide a realizar bajo sedación TC toraco abdominal y RM pélvica. Se presentó el caso en el comité de tumores, decidiéndose tratamiento concomitante de quimioterapia con cisplatino y radioterapia externa con posterior braquiterapia. Objetivo principal: Evitar la sedación durante el tratamiento con radioterapia en una paciente diagnosticada de cáncer de cérvix y claustrofobia. Secundarios: ?Empoderar al paciente, potenciar su confianza y hacerle partícipe de su tratamiento y mejora de salud. Evitar iatrogenia. Disminuir el coste de la intervención.

METODOLOGÍA

Sesión de intervención breve de dos horas de duración basada en psico-educación del ciclo de estrés y su regulación, mindfulness y programación neurolingüística. El objetivo de esta intervención es conseguir una desensibilización sistemática in vitro reforzada con posterior exposición in vivo en la sala de tratamiento radioterapéutico. Entrega de audio de refuerzo. Realización de unos test de ansiedad-depresión. EADG y HADS

RESULTADOS

La paciente recibió tratamiento con radioterapia con una dosis total de 50 Gy en 25 sesiones diarias de lunes a viernes. Durante el tratamiento no precisó anestesia en ningún momento. Se le pautó alprazolam 0.25 mg vía oral previo tratamiento y durante el mismo se aumentó a 0.5 mg. Los resultados de los test de ansiedad y depresión EADG y HADS no tuvieron diferencias significativas. La paciente no pudo escuchar los audios por no tener ordenador

CONCLUSIONES

Este tipo de intervención breve es de utilidad para empoderar al paciente y aumentar su confianza en sus propios recursos a la hora de afrontar el tratamiento con radioterapia oncológica. Al reducir su miedo y ansiedad a los espacios cerrados a unos niveles tolerables se evitó la anestesia y su iatrogenia. Disminuyó el coste del tratamiento ya que se evitó la sedación en cada una de las 25 sesiones. Áreas de mejora: ? Enseñar esta técnica de intervención breve a enfermería para que pueda ser transmitida a los pacientes que puedan precisarla, mejoraría la eficiencia y disminuiría la iatrogenia en estos casos

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. 341

TÍTULO. **IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE OPTIMIZACIÓN DE MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL**

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

VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION . H OBISPO POLANCO . UCI

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Unificar criterios de actuación de todos los trabajadores de la Unidad y disminuir la variabilidad en la práctica clínica del manejo de los pacientes que precisan monitorización hemodinámica. Estableciendo unos criterios de selección de los pacientes potencialmente beneficiarios de este tipo de monitorización y estandarizando el manejo terapéutico.
- Sistematizar la información y facilitar los registros de las actividades encaminadas a la optimización del control hemodinámico (Criterios de identificación clínica, recogida de datos hemodinámicos y medidas terapéuticas aplicadas siguiendo las Guías clínicas, escala APACHE de gravedad, días de estancia en UCI, mortalidad en UCI).
- Ayuda a profesionales de nueva incorporación.
- Facilitar el cumplimiento, accesibilidad de consulta, discusión y posibilidad de revisión de las medidas adoptadas para optimizar el manejo hemodinámico.

METODOLOGÍA

- Se elaboró un Protocolo de manejo hemodinámico: monitorización con ecocardiografía y/o con un sistema mínimamente invasivo (sistema PICCO®) y una Guía de terapéutica de resucitación; siguiendo las recomendaciones de las Sociedades Española y Europea de Medicina Intensiva (Nivel de evidencia Clase A).
- Se realizó difusión del Protocolo y se realizaron Cursos de formación a todo el personal de UCI.
- Se diseñó una Hoja de registro que incluye: datos demográficos, diagnóstico, puntuación en el Score de gravedad APACHE II, días de estancia en UCI, mortalidad y una serie de valores hemodinámicos obtenidas ecocardiográficamente y/o con el sistema PICCO® al ingreso del paciente y de monitorización de la terapia. Y se elaboró un algoritmo terapéutico por objetivos hemodinámicos.
- Se elaboraron una serie de Indicadores, que se han monitorizado por parte del Grupo de Calidad de la UCI cada 3 meses. Se han ido haciendo mejoras en función de los resultados obtenidos y sugerencias por parte del personal de la Unidad.

RESULTADOS

El Protocolo de manejo hemodinámico se implantó en Abril de 2013, desde entonces hasta Abril de 2015 han ingresado 495 pacientes en la UCI, de los cuales 92 pacientes han cumplido los criterios de inclusión. A 75 pacientes se les ha manejado hemodinámicamente mediante Ecocardiografía y a 17 pacientes además se les ha colocado un sistema PICCO® de monitorización hemodinámica mínimamente invasiva.

En todos los pacientes se cumplimentó la Hoja de registro: La mediana de edad fue de 70 años. La puntuación Apache II medio fue 21 puntos. Los diagnósticos fueron: 79 (86%) sepsis o shock séptico, 5 (5,4%) SDRA, 4 (4,4%) pancreatitis, 2 (2,2%) shock cardiogénico, 1 (1%) tromboembolismo pulmonar y 1 (1%) shock hipovolémico. La estancia media en UCI fue de 10 días. En UCI fallecieron 12 (13%) pacientes. Y en todos los casos se cumplimentaron los valores hemodinámicas al ingreso y de monitorización de la terapia.

CONCLUSIONES

La implantación de un Protocolo de Optimización de Monitorización hemodinámica con nivel de evidencia clase A ha supuesto: la unificación de criterios de actuación, la identificación de los pacientes potencialmente beneficiarios de este tipo de monitorización y un manejo terapéutico precoz. Por lo que todo ello ha servido para mejorar la calidad asistencial de este tipo de pacientes.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **193**

TÍTULO. **DETECCIÓN PREOPERATORIA DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA (SARM) EN CIRUGÍA CARDÍACA ELECTIVA DEL ADULTO**

Autores: VALLES TORRES J, REZUSTA LOPEZ A, NAVARRO ALONSO S, BARCELO JIMENEZ P, IZQUIERDO VILLARROYA B, SANJUAN VILLAREAL A, LACOSTA TORRIJOS L, BALLESTER CUENCA C

VALLES TORRES JORGE . H MIGUEL SERVET . ANESTESIA Y REANIMACION

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SARM) es patógeno oportunista que forma parte de la microflora humana. Se estima que un 4,1% de la población general está colonizada por SARM. Puede dar lugar a infecciones de la herida quirúrgica, bacteriemia y neumonía sobre todo en pacientes sometidos a ventilación mecánica. Los pacientes de cirugía cardíaca son considerados pacientes de riesgo, y se recomienda la detección y control de SARM para reducir el riesgo de infecciones postoperatorias y disminuir la morbimortalidad asociada y los costes que ello supone.

En nuestro centro, la recogida de muestras para detección de SARM en pacientes de cirugía cardíaca se realizaba el día previo a la intervención, cuando el paciente ingresa en el hospital. La mayor parte de las veces el resultado de las pruebas no se obtenía con el tiempo suficiente para aplicar de forma correcta la profilaxis antibiótica.

Se diseñó un proyecto de mejora con el objetivo de realizar el cribado preoperatorio para SAMR con la suficiente antelación, y así poder administrar la antibioterapia adecuada y conseguir la descolonización por SARM en los pacientes por pruebas positivas.

METODOLOGÍA

Para obtener los resultados de las pruebas con antelación suficiente se propuso la realización de los frotis nasal y faríngeo en la consulta de anestesia.

Para la evaluación y seguimiento del proyecto se evaluó en un periodo de dos meses la proporción de pacientes a los que se les realizó con tiempo suficiente el cribaje de SARM, así como la proporción de pacientes con resultados positivos a los que se les aplica una antibioterapia adecuada.

RESULTADOS

Un total de 75 pacientes fueron ingresados de forma programada para operarse de cirugía cardíaca durante los meses de octubre y noviembre de 2014. El resultado de las pruebas estuvo disponible antes de llevar a cabo la intervención en el 45,3% de los pacientes. Se diagnosticó un caso de colonización por SARM, el cual no fue visto en la consulta. En este caso, el resultado de las pruebas microbiológicas se obtuvo 2 días después de la intervención quirúrgica, realizándose la descolonización a partir de ese momento. También se aislaron otros microorganismos que implicaron cambios en el manejo perioperatorio del paciente.

CONCLUSIONES

Sólo en el 45,3% de los pacientes intervenidos se consiguió realizar con suficiente antelación la detección de SARM. Esto es debido a que hubo pacientes que no acudieron a la consulta de anestesia por diversos motivos.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **329**

TÍTULO. **APORTACIÓN DE LAS TÉCNICAS MOLECULARES EN EL DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO DE LA TOS FERINA**

Autores: VELA IGLESIA BMP, GOMARA LOMERO M, NUÑEZ MEDINA R, MORILLA MORALES E, PEREIRA BOAN J, BUSTILLO ALONSO M, VIÑUELAS BAYON J, REVILLO PINILLA MJ

VELA IGLESIA BERTA MARIA PILAR . H MIGUEL SERVET . MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La tos ferina es una enfermedad infecciosa contagiosa, causada por Bordetella pertussis, afectando sobre todo a lactantes menores de 6 meses. Es inmunoprevenible, de distribución universal, endémica con ciclos regulares epidémicos y de declaración obligatoria. El aislamiento de B. pertussis en cultivo es definitivo para el diagnóstico, necesario para el tratamiento efectivo de los brotes y para conocer la situación real de la enfermedad. A pesar de la limitada sensibilidad, sigue siendo el método de referencia, ya que la técnica de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), aunque permite un diagnóstico rápido y mejora la sensibilidad del cultivo, no se encuentra al alcance de la mayoría de los laboratorios clínicos. Nuestro objetivo, evaluar la aportación de una técnica de PCR en tiempo real, de nueva incorporación, al diagnóstico rutinario de tos ferina en nuestro hospital, como complemento al cultivo microbiológico.

METODOLOGÍA

Se revisaron retrospectivamente los casos de sospecha de tos ferina, a los que se les solicitó estudio microbiológico, atendidos en nuestro hospital durante el 2014. Se recogieron resultados del cultivo microbiológico, PCR, datos demográficos y clínicos, servicio petionario, datos de vacunación y tratamiento previo, en todos los pacientes que contaban con cultivo y PCR. En 311 casos se realizó cultivo como método de referencia para el diagnóstico microbiológico. En 33 casos con alta sospecha clínica, ingresados, clínica de gravedad y/o cultivo negativo, se realizó PCR. En 27 casos se realizaron cultivo y PCR, comparándose los resultados obtenidos en ambas técnicas.

RESULTADOS

Del total de 317 casos sospechosos, se realizó solo cultivo en 284, siendo 15 positivos (5.4%) y 261 negativos. En 6 casos se realizó solo PCR, siendo 1 positiva (16.6%). De los 27 casos en los que se realizaron ambas técnicas, en 8 se observó discordancia en el resultado.

CONCLUSIONES

El cultivo microbiológico es una técnica menos sensible que la PCR (en nuestra serie su sensibilidad fue del 33%). La PCR permitió el diagnóstico de 8 casos de tos ferina tras cultivo negativo, lo que supone 1/3 del total. A pesar de los buenos resultados obtenidos, disponemos de pocos datos para valorar la implementación de la PCR en la rutina diaria del laboratorio y el cultivo sigue siendo nuestro método diagnóstico de referencia. No obstante sería necesario continuar realizándola, determinar criterios para su correcta indicación y realizar el estudio comparativo con un mayor número de casos.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **328**

TÍTULO. INCORPORACIÓN PROGRESIVA DE INDICADORES DE CALIDAD EN HEMOCULTIVOS

Autores: VELA IGLESIA BMP, MORILLA MORALES E, GOMARA LOMERO M, NUÑEZ MEDINA R, PINA ECHEVARRIA S, RODRIGUEZ CASTEL AM, VILLUENDAS USON MC, REVILLO PINILLA MJ

VELA IGLESIA BERTA MARIA PILAR . H MIGUEL SERVET . MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El hemocultivo en Microbiología del H. Miguel Servet, está acreditado según la norma ISO 15189.

Desde 2013, una de nuestras prioridades ha sido la incorporación progresiva de indicadores que permitan detectar aspectos de mejora en las distintas etapas de procesamiento de los hemocultivos.

Nuestro objetivo ha sido la revisión de las acciones de mejora y resultados obtenidos en el proceso de incorporación de dos indicadores de calidad: la información urgente de los resultados (fase postanalítica) y el volumen de sangre inoculado en los frascos (fase preanalítica).

METODOLOGÍA

Informe urgente:

En el análisis realizado del 15-4-2013 al 15-04-2014 detectamos que el 22% de informes urgentes se emitieron en un tiempo mayor de 12 horas. Una de las principales causas era la dificultad de identificación de *Staphylococcus aureus* de nuestro método sobre muestra directa.

Para mejorar los datos de identificación rápida se decidió incorporar una técnica complementaria en octubre de 2014: MALDI-TOF tras preincubación.

Se revisan los hemocultivos positivos por *S. aureus* en el periodo de octubre de 2014 a abril de 2015, y se analizan los resultados obtenidos con la nueva técnica.

Volumen:

Se define como volumen inadecuado un frasco que contiene menos del 80% del volumen mínimo recomendado (8ml en adultos).

Durante dos semanas se pesaron 108 frascos de hemocultivos y se analizaron los resultados por Servicios.

RESULTADOS

Informa urgente:

Durante el periodo de estudio 83 bacteriemias fueron ocasionadas por *S. aureus*.

En 30 se realizó MALDI-TOF tras preincubación, con una sensibilidad del 96,6%.

Volumen:

Del total de 108 frascos de hemocultivos el 64% tenían volumen inadecuado (<6,4 ml).

Los hemocultivos procedían de 12 servicios distintos siendo procedentes de urgencias el 48%.

CONCLUSIONES

La incorporación de la nueva técnica ha mejorado la identificación de *S. aureus*. Debido al pequeño tamaño de la muestra se debería seguir evaluando para obtener resultados concluyentes.

Aunque el volumen de sangre inoculada en los frascos es el factor que más influye en la rentabilidad de los hemocultivos, los laboratorios solemos recibir volúmenes inferiores a los recomendados.

La monitorización del volumen junto con la comunicación al personal sanitario de los resultados, sería interesante para mejorar el cuidado del paciente y el uso apropiado de recursos.

Las actuaciones en formación del personal encargado de la extracción de hemocultivos deben ser continuadas y las instrucciones deben ser claras y accesibles.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **288**

TÍTULO. **IMPLANTACIÓN EN EL SERVICIO DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y ARCHIVO DE UN MODELO DE INCIDENCIAS Y NO CONFORMIDADES. ISO-9001.**

Autores: VELAZQUEZ CUENCA MP, AZNAR ASPAS C, BERNAL MARIN Y, PEÑA OLLE C, SANMIGUEL ARBUES E, SORO DOMINGO MF, VALLESPIN MESEGUER M, MORENO VERNIS M

VELAZQUEZ CUENCA MARIA PILAR . H MIGUEL SERVET . ADMISION Y DOCUMENTACION

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El Servicio de Documentación Clínica y Archivo (SDCA) del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) se ha certificado en ISO 9001 durante el año 2015.

La experiencia en la implantación de un registro de incidencias y no conformidades y la evaluación de su utilidad en nuestro Servicio, nos ha parecido un ejercicio de interés a la hora de validar nuestra metodología

Diseño y recogida diaria del conjunto de incidencias que se producen en el desarrollo de la actividad encomendada al SDCA. El ingente volumen de documentación en formato papel que maneja este SDC diariamente, cercano a las 5000 historias clínicas, de un conjunto de 400.000 historias custodiadas en el archivo activo del HUMS, nos expone a un considerable número de incidencias. Sin embargo la falta de hábito no exenta de cierta pereza en el registro de incidencias, así como el exceso de cargas de trabajo desarrollado por cada una de los profesionales nos obliga a reflexionar sobre el modelo a utilizar para la recogida, tratamiento y análisis de una información, indispensable en el modelo de gestión de calidad ISO-9001 e importante para la mejora continua de nuestro Servicio.

METODOLOGÍA

- Registro manual de las incidencias en formato personalizado por el Grupo de Calidad del Servicio
- Cambio de sistema de registro al modelo normalizado del SGC ISO-9001

RESULTADOS

Registrados durante 10 meses

Descripción de la incidencia	Frecuencia	%
Registro prestada/ubicada en archivo	100	42,19
Fuera del sobre	67	28,27
Prestada no llega a destino	20	8,44
Mal archivada	11	4,64
Señalada no entregada	6	2,53
Enviada a otro servicio	6	2,53
Otros	6	2,53
Envío incorrecto	5	2,11
Extraviada	4	1,69
Mal identificado el estado	3	1,27
Ubicada en otro servicio al de préstamo	3	1,27
Sobre no corresponde	3	1,27
Retenida tiempo excesivo	3	1,27
Prestada a medias (1 tomo)	2	0,84
Exitus mal ubicado	1	0,42
Archivada NO dossier	1	0,42
Defecto infraestructura	1	0,42
Sobre vacío	1	0,42
Total	237	100,00
período	2-jun-2014	27-abr-2015

CONCLUSIONES

Analizadas las dificultades encontradas en una primera etapa en la recogida de incidencias llegamos a las siguientes conclusiones:

- Se decide distribuir por áreas los distintos procesos operativos y designar un responsable de cada área.
- Elaboración de una base de datos para el registro de incidencias.
- Transmitir verbalmente las incidencias al responsable de de cada área quien deberá inmediato anotarlas en la base de datos.
- Análisis y evaluación quincenal por parte de la Responsable de Calidad del conjunto de incidencias registradas y selección de aquellas que, por sus características, ocasionan la apertura de una no conformidad.
- Comunicar periódicamente la evolución de las no conformidades a todo el conjunto de profesionales implicados.

XIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 3 y 4 de junio de 2015

Comunicación ORAL

Nº Reg. **357**

TÍTULO. **EVALUACION (2012-2015) DE IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE ANTICOAGULACION ORAL EN 1º EPISODIO DE FIBRILACION AURICULAR EN URGENCIAS DE CALATAYUD**

Autores: YAÑEZ RODRIGUEZ F, MONTESA LOU C, URDAZ M, ALONSO M, MUÑOZ S, MUÑOZ P, CATALAN LADRON ML, RECIO E

YAÑEZ RODRIGUEZ FELICIDAD . H ERNEST LLUCH . URGENCIAS

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

EL OBJETIVO PRINCIPAL DE NUESTRO ESTUDIO ES LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON PRIMER EPISODIO DE FIBRILACION AURICULAR DESDE URGENCIAS, EVITANDO EL TIEMPO DE DEMORA DE LA CONSULTA A HEMATOLOGIA.LA ANTICOAGULACION DE ESTOS PACIENTES ES UN PUNTO CLAVE DE SU TRATAMIENTO, SIENDO CONTEMPLADAS LAS DIMENSIONES DE EFICIENCIA, ADECUACION , SEGURIDAD, CONTINUIDAD Y ACCESIBILIDAD.

COMO OBJETIVO SECUNDARIO SE ENTREGA A UN DOCUMENTO DE INFORMACION A PACIENTES Y FAMILIARES, MEJORANDO LA SATISFACCION DEL USUARIO AUMENTANDO SU IMPLICACION Y AUTONOMIA EN EL PROCESO DE LA ENFERMEDAD.

METODOLOGÍA

DURANTE EL AÑO 2012 SE ELABORO E INSTAURO LA GUIA DE ACTUACION PARA LA PRESCRIPCION DESDE URGENCIAS DE ANTICOAGULANTES ORALES EN FIBRILACION AURICULAR.

SE REALIZO SU DIFUSION EN EL SERVICIO A TRAVES DE 2 SESIONES CLINICAS A LOS PROFESIONALES INCLUIDOS ENFERMERIA Y RESIDENTES .

SE FACILITO SU CONOCIMIENTO A TRAVES DEL RESPONSABLE DE CALIDAD DEL HOSPITAL Y DIRECCION MEDICA TRAS HABER SIDO CONSENSUADA CON EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA.

RESULTADOS

EL NIVEL DE EJECUCION DEL PROYECTO HA FINALIZADO CON RESULTADOS DEFINITIVOS.

TRAS EL PRIMER AÑO DE IMPLANTACION EN EL 2013 , LOS PACIENTES HABIAN RECIBIDO LA ANTICOAGULACION EN EL 54PC DIRECTAMENTE DESDE URGENCIAS .

EN EL 2014 SE BENEFICIARON EL 90PC DE ELLOS.

LOS TIEMPOS DE ESTANCIA EN URGENCIAS SE HAN REDUCIDO DE MEDIA DE 3 HORAS.

EL 100PC DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS RECIBIERON EL DOCUMENTO DE INFORMACION.

CONCLUSIONES

CON ESTE PROYECTO DE MEJORA SE HA INSTAURADO LA ANTICOAGULACION DESDE URGENCIAS, SIN SER NECESARIA LA COLABORACION A HEMATOLOGIA, ACELERANDO EL PROCESO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO Y REDUCIENDO LOS TIEMPOS DE ESTANCIA EN SALA DE OBSERVACION.