

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

---

# MESA 14

### Comunicaciones de tipo PÓSTER

Moderador/a:

**Aurora Calvo Pardo**

*Coordinadora de Calidad. Sector Huesca*

**SALA 103**

**10 de JUNIO 16:00 horas**

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **371**

### TÍTULO. INTERVENCIONES FARMACEUTICAS EN PACIENTES ANCIANOS Y POLIMEDICADOS

*Autores: CASAJUS LAGRANJA MP, VILLAR I, CAÑAMARES I, GOMEZ C, ALLENDE MA, IZUEL M, IDOPE A, ABAD R*

*CASAJUS LAGRANJA MARIA PILAR . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . FARMACIA (pcasajus@salud.aragon.es)*

**OBJETIVOS.** Analizar la optimización de la farmacoterapia en paciente ancianos y polimedcados de Medicina Interna, mediante las intervenciones farmacéuticas realizadas.

**MÉTODO.** Se analizan intervenciones realizadas en una Unidad de Medicina Interna durante 6 meses. Fuentes de datos: informes de ingreso procedentes de urgencias, base de datos de facturación farmacéutica extra-hospitalaria, historia clínica informatizada de atención primaria, historia clínica hospitalaria, órdenes médicas de tratamiento, informes de alta hospitalaria, BOT plus® y entrevista con el paciente. Variables recogidas: número y tipo de intervención, proceso asistencial, problema relacionado con la medicación (PRM), grupos terapéuticos implicados e impacto de la intervención.

**RESULTADOS.** Se realizaron 253 intervenciones; 186 (73,5%) en el ingreso, 45 (17,8%) al alta y 22 (8,7%) durante la estancia. Intervenciones más frecuentes: aclaración de orden médica incompleta o errónea 124 (49%), inicio de tratamiento 77 (30,4%), suspender medicamento 22 (8,7%), modificar dosis 10 (3,9%), mantener tratamiento 7 (2,9%) y cambio de medicamento 3 (1,2%). Al ingreso y alta la intervención más registrada fue aclaración de orden médica 91 (49,2%) y 26 (57,8%) respectivamente; en la estancia hospitalaria fue aclaración de orden médica 7 (30,4%) y suspender medicación 7 (30,4%). Los PRM detectados fueron: orden incompleta 104 (41,1%), tratamiento habitual no prescrito 76 (30%), detección de error 18 (7,1%), medicamento no indicado 9 (3,5%), medicamento más frecuente de lo recomendado 7 (2,8%), dosificación excesiva 7 (2,8%), duplicidad terapéutica 7 (2,8%) y otros 25 (9,9%). Los fármacos con intervención fueron de: Sistema Cardiovascular 90 (35,6%), Sistema Nervioso 61 (24,1%), Aparato Digestivo y Metabolismo 32 (12,6%), Aparato Respiratorio 22 (8,7%), Sangre y Órganos Hematopoyéticos 20 (8%) y otros 28 (11%). El 64,4% de las intervenciones tuvieron impacto en seguridad y el 35,6% en eficacia.

**CONCLUSIONES.** 1-La intervención del farmacéutico es más frecuente al ingreso (73,5%),  
2-La aclaración de orden médica (49%) fue la intervención más registrada.  
3-EI PRM detectado con mayor frecuencia fue orden médica incompleta (41,1%).  
4-Los fármacos sobre los que se intervino en más ocasiones fueron los del Sistema Cardiovascular.  
5-Es importante la colaboración del farmacéutico en la seguridad (64,4%) del tratamiento farmacológico del paciente anciano y polimedcado, contribuyendo también a su eficacia.

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **256**

### **TÍTULO. TRASLADOS DE PACIENTES DESDE UN HOSPITAL COMARCAL. UNA REALIDAD EN TRANSFORMACIÓN**

*Autores: GONZALEZ IGLESIAS C, DURAN-PORTELLA JA, SERON-ARBELOA C, FANTOVA-PUYALTO MJ*

*GONZALEZ IGLESIAS CARLOS . HOSPITAL DE BARBASTRO . MEDICINA INTENSIVA (cgonzalezi@salud.aragon.es)*

**OBJETIVOS.** Por la cercana apertura de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en el Hospital de Barbastro (H.B), con el fin de tener una aproximación del número de pacientes y patologías que pueden ingresar, se realiza una revisión de los pacientes trasladados desde este centro (urgencias y hospitalización) en los 3 últimos años (2007-2009). Cuantificar los traslados y sus destinos. Analizar la secuencia que siguen. Tener un punto de referencia para poder comparar resultados una vez abierta la unidad

**MÉTODO.** Estudio descriptivo y retrospectivo de revisión de historias de pacientes trasladados desde el H.B en ese periodo.

Listados informáticos desde admisiones del H.B de estos traslados. Constan: datos de filiación, origen, fecha del traslado y centro de destino.

Listados informáticos desde admisiones del H. San Jorge de Huesca (H.SJ). Constan: destino de estos pacientes (ingreso y servicio asignado, alta a domicilio o traslado a otro centro).

Año 2009: Se revisan todos los informes de traslado. Se revisan informes de alta de UCI del H. SJ obteniéndose: patología al ingreso, estancia y destino al alta

**RESULTADOS.** La actividad asistencial de urgencias de ambos centros ha sido bastante lineal, pero los traslados desde H.B han descendido un 9% anual.

El H. SJ es el destino del 51% de los traslados: 1/3 ingresa en la UCI. Del resto, visitados en urgencias, el servicio de ingreso mayoritario es Cardiología (18 %), coincidiendo con el destino más habitual de salida de los pacientes que han estado en UCI.

De los ingresados en UCI, la patología que con más frecuencia se traslada es la cardiológica (54-59%) seguido de la insuficiencia respiratoria y pacientes sépticos

**CONCLUSIONES.** Los traslados generados desde el Sector Barbastro han seguido una evolución decreciente.

El H.SJ al ser centro de referencia de nuestro área para varias especialidades y disponer de UCI, recibe la mayoría de los traslados. Al resto de hospitales de la red sanitaria de Aragón van pacientes que por su complejidad o falta de camas en la UCI, no pueden ser trasladados a Huesca.

La repercusión en la actividad urgente del H. SJ de los pacientes que llegan procedentes del H.B es muy pequeña (0'66%).

Hace falta esperar al menos un año desde la apertura de la UCI del H.B para ver los cambios que se producen en toda la cadena de los traslados.

Es difícil prever, con estos resultados, cuál será la ocupación, la complejidad y el tipo de patologías que ingresen en la nueva unidad; es esperable que sea similar a la del H.SJ y que vaya en aumento progresivamente

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **123**

### TÍTULO. FACTORES DETERMINANTES DE ESTANCIA INADECUADA EN UN SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

*Autores: HERRERO LOPEZ M, ESARTE-MUNIAIN JM, GONZALEZ-SANZ G, BARRANCO-DOMINGUEZ JI, MARTINEZ-BERNARD J, GUTIERREZ-DIEZ M, SANCHEZ-FUENTES N, GRACIA-ROCHE C*

*HERRERO LOPEZ MARIA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO (mherrerolopez@hotmail.com)*

**OBJETIVOS.** El crecimiento de la demanda asistencial ligado a una limitación de los recursos económicos, la preocupación cada vez mayor por adecuar la calidad de la asistencia a las necesidades del paciente hospitalizado y la escasez de estudios sobre estancias inadecuadas llevados a cabo en nuestro país en servicios de tipo quirúrgico, nos ha llevado a analizar de forma exhaustiva las posibles causas que justifican las estancias inadecuadas en nuestro Servicio. En ocasiones, esta estancia es inapropiada e innecesaria, lo que conlleva un encarecimiento de la atención, una sobrecarga de trabajo y una pérdida de recursos que podrían distribuirse de manera más eficiente. Nuestro objetivo es valorar la magnitud y determinar las causas de las estancias inadecuadas, en un Servicio de Cirugía General, para reducirlas aumentando la efectividad, la eficiencia y la calidad de la asistencia prestada

**MÉTODO.** Hemos llevado a cabo un estudio observacional descriptivo retrospectivo en una muestra de 410 pacientes, desde Marzo hasta Diciembre 2010 en 10 cortes diferentes. La fuente de datos fue la revisión de historias clínicas de los pacientes, analizándose los documentos de ingreso, evolución, órdenes de tratamiento, pruebas diagnósticas, gráficas de enfermería, etc. La definición de caso (estancia inadecuada) y el modelo de recogida de datos se ajustaron al protocolo AEP (Appropriateness Evaluation Protocol)

**RESULTADOS.** Se han revisado un total de 410 pacientes en 10 cortes con una edad media de 65 años, 54% son hombres y 46% son mujeres. La media de días de estancia de los pacientes analizados fue de 16.5 días. 172 ingresaron de forma urgente y 218 de forma programada.

Estancias inadecuadas:

El 14% de las estancias evaluadas (56 pacientes) son consideradas como inadecuadas, con una edad media de 65.4 años, 50% hombres y 50% mujeres, 50% con ingreso programado y 50% urgente.

Los porcentajes según el día de estudio fueron los siguientes:

Día 1; Jueves: 27%, día 2; Domingo: 17%, día 3; Viernes: 16%, día 4; Lunes: 12%, día 5; Jueves: 11%, día 6; Miércoles: 19%, día 7; Lunes: 22%, día 8; Lunes: 24%, día 9; Miércoles: 10%, día 10; Sábado: 8%.

Las causas más frecuentes de estancia inadecuada han sido las siguientes: retraso en consultas de otros especialistas (21%), demora en la realización de pruebas (18%), traslado del paciente a hospital de crónicos (11%), dificultades en la programación de la intervención quirúrgica (11%), pendiente de realización de curas (9%), control de sintrom (7%), traslado a otro servicio (7%), otros (16%)

**CONCLUSIONES.** Las causas más frecuentes de estancia inadecuada en nuestro Servicio son debidas a la espera de interconsulta por otros especialistas y la espera de la realización de pruebas diagnósticas.

El porcentaje de estancia inadecuada no depende del día de la semana en el que se lleva a cabo la recogida de los datos

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **264**

### TÍTULO. LA FRACTURA DE CADERA EN EL ANCIANO: TALLERES PARA PROFESIONALES

*Autores: MARTIN BURRIEL MA, MARTINEZ LOPEZ P, REGLA RAUFAST AJ, TORRES CAMPOS A, ROBLES SIMON A, FERNANDEZ TIRADO C*

*MARTIN BURRIEL MARIA ANGELES . HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA . UNIDAD DE VALORACION (enfermera-valoracion.hcu@salud.aragon.es)*

#### OBJETIVOS. Objetivo general:

- Mejorar la atención del paciente anciano ingresado por fractura de cadera.

#### Objetivos específicos:

- Mejorar los conocimientos de los profesionales acerca de la fractura de cadera en el anciano:
- Mejorar los cuidados de enfermería del paciente ingresado por fractura de cadera.
- Mejorar las habilidades de los profesionales en la movilización del paciente ingresado por fractura de cadera.
- Prevención de efectos adversos en los pacientes ingresados por fractura de cadera

**MÉTODO.** - Se formó un equipo de mejora multidisciplinar constituido por una diplomada en Enfermería, dos diplomadas en Fisioterapia y un licenciado en Medicina. residente de 3er año en Traumatología y Ortopedia, todos ellos trabajadores del HCU Lozano Blesa.

- Se realizó una búsqueda bibliográfica

**RESULTADOS.** Se diseñó un taller educativo para profesionales, que fue acreditado por la Comisión de Formación Continuada de Aragón, con el siguiente contenido:

- Epidemiología de la fractura de cadera, trascendencia y magnitud del problema.
- Etiología de la fractura de cadera.
- Tipos de fracturas. Tratamiento médico y quirúrgico.
- Cuidados de enfermería.
- Movilización pre y postquirúrgica.

Se realizaron dos ediciones del taller en Junio y en Noviembre de 2009 en los que han participado 30 personas.

La evaluación de los talleres se realizó mediante la encuesta satisfacción estándar utilizada en el hospital. Los datos de la evaluación global del curso fueron:

- ¿Los conocimientos adquiridos serán útiles en mi desarrollo profesional?

La puntuación media obtenida: 8,8

- ¿Le recomendaría a otros compañeros de trabajo que hicieran este curso?

La puntuación media obtenida: 8,8

- En general el curso me ha parecido:

La puntuación media obtenida: 8,6

- Se diseñó un folleto informativo para los pacientes intervenidos de cadera titulado "Consejos para pacientes intervenidos de cadera" que en estos momentos está pendiente de aprobar por diferentes comisiones del hospital

**CONCLUSIONES.** Los talleres para profesionales han tenido una muy buena acogida, se solicitaron todas las plazas ofertadas para asistir a los mismos.

Los resultados que arrojan las encuestas de satisfacción, tanto con la adecuación de los docentes como por el contenido de la actividad, son muy positivos.

En el año 2010 se van a volver a realizar dos ediciones del taller

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **228**

### **TÍTULO. MEJORA EN LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA QUE INICIAN TRATAMIENTO REHABILITADOR**

*Autores: MORATA CRESPO AB, DOMINGUEZ-ARAGO A, PARDO IBOR E*

*MORATA CRESPO ANA BELEN . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . MEDICINA FISICA Y REHABILITACION (abelenmorata@hotmail.com)*

**OBJETIVOS.** Los programas de rehabilitación cardiaca utilizados en el paciente con cardiopatía isquémica tienen una indudable utilidad, la mayoría de las guías clínicas recomiendan con alto grado de evidencia su utilización los efectos de la rehabilitación cardiaca son:

- Disminución de un 20% la mortalidad global y cardiovascular.
- Disminución del número de muertes súbita el primer año.
- Disminución del nº de reinfartos mortales.
- Disminución del nº de reingresos.
- Mejora de la capacidad funcional: aumento de un 20% la VO2 max.

La información es uno de los componentes de los programas de la rehabilitación cardiaca

#### **MÉTODO.**

Pretendíamos mejorar la información que recibía el paciente antes de iniciar el tratamiento mediante la entrega durante el ingreso hospitalario de un folleto informativo sobre el programa de tratamiento y los profesionales participantes en el mismo, a través de un díptico informativo

También queríamos saber la satisfacción del paciente con el tratamiento recibido, mediante una encuesta diseñada por nosotros.

**RESULTADOS.** Los indicadores analizados son

Nº de pacientes informados antes de iniciar el tratamiento/ nº total de pacientes: 83%.

Nº de pacientes satisfechos/nº de pacientes informados: 95%

**CONCLUSIONES.** Los objetivos inicialmente planteados han sido cumplidos.

Al mejorar la información recibida por el paciente aumentamos la adhesión al tratamiento y la satisfacción hacia el mismo por parte del paciente, y de forma secundaria el conocimiento de este campo por parte de otros profesionales sanitarios.

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **203**

### TÍTULO. PREVENCIÓN DEL EMBARAZO NO DESEADO Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL DESDE LA PRESCRIPCIÓN DE LA PPC

*Autores: MUR DE FRENNE L, BAQUERIZO ISABEL, ESTEBAN NURIA, FUNES ANA PILAR, VICIOSO LOURDES, NAVARRO CRISTINA, GIL ANDRESA, TARTAJ JOSE LUIS*

*MUR DE FRENNE LILIANE . CS CALAMOCHA . MEDICO DE FAMILIA (lmur@salud.aragon.es)*

**OBJETIVOS.** 1.-Una participación más directa por parte del colectivo sanitario con el objetivo de conseguir un uso racional y responsable de la PPC, implicación de matrona, asistente social, farmacéuticos, dueños y médicos.  
2.-Una mejora en el cumplimiento del protocolo de dispensación por parte del personal sanitario del C de S, tanto del personal de refuerzo (médicos y dueños) que es cuando mayor demanda hay de PPC (fines de semana) como del resto de sanitarios.  
3.-Puesta en contacto con otros Centros de Salud de la Zona para ver si los consumos eran similares.  
5.-Colaboración con las 2 farmacias de Calamocha, la farmacia de Bello y los Botiquines de los 21 pueblos restantes de la población perteneciente a nuestro Centro de Salud de Calamocha con 23 pueblos adscritos: Allueva, Barrachina, Castejón de Tornos, Collados, Cuencabuena, El Poyo del Cid, Fonfría, Fuentes Claras, Godos, Lechago, Luco, Navarrete del Río, Nueros, Olalla, Odon, Torralba de los Sisonos, Tornos, Torrecilla del Rebollar, Torre los Negros, Valverde.

**MÉTODO.** 1-Datos recogidos durante los años 2008 y 2009 del libro de urgencias del C de S.  
2.-Datos aportados por los profesionales sanitarios en su consulta diaria.  
3.-Estudio de frecuencia por edades y día de la semana y evolución tras gratuidad de dispensación en C de S, a su venta libre en Farmacias.  
4.-Tratamiento de datos, indicadores demográficos de consumo y significación estadística.  
5.- Base de datos de acceso a la aplicación en Internet de la PPC de la D.G.A.  
6.- Ficha individualizada de datos de cada paciente recogida manualmente.

**RESULTADOS.** -Nº PPC utilizadas 63 en el AÑO 2009.

- Nº de registros correctos / nº total de píldoras utilizadas = 0.70, dato que ha aumentado en el año 2009
- Nº PPC usadas por ? de la zona de salud / población ? de la zona de salud= 45/1297
- Nº de PPC solicitadas por ? de otras zonas de salud / total de PPC utilizadas= 5/63
- Nº de PPC solicitadas por ? desplazadas / total de PPC utilizadas= 13/63
- Nº de PPC solicitadas por ? < 16 años / población ? < 16 años = 1/63
- En total el 69.85 % de las PPC son registradas correctamente

La utilización de la PPC sigue aumentando, en éste último año hay un aumento del 15%.

**CONCLUSIONES.** 1.-Tras un trabajo en equipo se ha logrado alcanzar uno de los objetivos; una mejora notable en la cantidad y calidad de los registros de la PPC, que incrementó en 2009 en un 10%.  
2.- La intervención personal en todas las demandantes y sus acompañantes, sobre información técnico-sanitaria y la posibilidad de una consulta posterior con la matrona.  
3.-Si sumamos éstos a los 63 registrados en el C de S, con la venta libre en farmacias son 74 En la Farmacia de Bello y el resto de los Botiquines de de las 21 poblaciones de nuestro C de S no se ha registrado ningún consumo de PPC.

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **317**

### TÍTULO. MEJORANDO LA FORMACIÓN EN SALUD

*Autores: ORTEGA MAJAN MT, CISNEROS IZQUIERDO MA, MONTANER AGUILAR S, MONREAL HIJAR A, RODRIGUEZ TORRENTE M, PALACIN ARBUES JC*

*CISNEROS IZQUIERDO MARIA ASUNCION . DIRECCION DE COORDINACION ASISTENCIAL . DIRECCION ATENCION ESPECIALIZADA (mortega@salud.aragon.es)*

**OBJETIVOS.** El plan de formación continuada (PFC) del Salud establece que los contenidos del mismo respondan a las necesidades sentidas en los sectores, a las necesidades estratégicas de sector y a las expectativas de los pacientes. Responsables de formación continuada establecieron la conveniencia de disponer de una clasificación temática de las actividades formativas, que pudiera servir para mejorar la oferta anual.

**Objetivos:** Realizar el diagnóstico de la formación continuada para determinar las áreas de mejora para los próximos PFC.

**MÉTODO.** Se revisó las clasificaciones utilizadas por el Sistema Acreditador del Sistema Nacional de Salud, la Comisión de Formación Continuada (CFC) de Aragón y los Planes Estratégicos de Formación Continuada de otras CCAA.

**RESULTADOS.** A partir de la revisión descrita, el grupo de mejora de la formación continuada de Aragón creado en 2009, elaboró una nueva clasificación con sus correspondientes códigos. Para aprobarla y validarla se codificaron todos los cursos solicitados en el plan de formación del año anterior de dos sectores sanitarios.

Esto a su vez ha permitido hacer un análisis de la oferta formativa de los diversos proveedores y financiadores de formación en salud, comprobando la gran oferta formativa en determinadas áreas de conocimiento y la ausencia en otras.

**CONCLUSIONES.** La clasificación y codificación elaborada va a ser una herramienta para mejorar la planificación de las acciones formativas, homogeneizar el proceso y unificar los criterios de actuación, así como facilitar la evaluación anual de la formación continuada.

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **170**

### TÍTULO. GESTION Y EQUIPAMIENTO DEL MALETIN DE ENFERMERIA DE SUAP 061 ARAGON

*Autores: PUJOL ESTEVE E, ASENSIO-ROYO A., MINGUIJON-GARCIA N.*

*PUJOL ESTEVE EVA . 061 ARAGON . SUAP (evapujol061@yahoo.es)*

**OBJETIVOS.** Dotar al personal de Enfermería de Suap de medicamentos, material y aparataje adecuado para realizar su labor asistencial, así como estandarizar el contenido del maletín de Enfermería de Suap

**MÉTODO.** - Elaboración de listados para el contenido del maletín de medicamentos, material y aparataje

- Diseño del maletín adecuado y decisión del nº de maletines
- Aprovisionamiento de medicamentos, material y aparataje
- Diseño del procedimiento de control de caducidades y reposición del maletín
- Codificación del aparataje
- Diseño del libro de caducidades
- Diseño del libro de gasto para reposición
- Establecimiento de un mes de pilotaje. Posterior valoración y modificación, si procede, para su puesta en marcha definitiva en Junio 2010

**RESULTADOS.** 1. 5 maletines y cada uno consta de:

- Ampulario con medicación
  - Mochila con medicación de gran volumen, material fungible y aparataje
  - 7 riñoneras de uso personal.
2. 5 libros de gasto para la reposición de lo utilizado.
3. 5 carpetas con fichas de caducidad correspondientes a cada maletín

**CONCLUSIONES.** Dotar y estandarizar de medicamentos, material y aparataje necesario para el desempeño de la labor asistencial al personal de Enfermería de SUAP, tanto de plantilla como a sustitutos

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **220**

### TÍTULO. OPTIMIZACIÓN DE LOS RECURSOS EN LOS ENSAYO CLÍNICO DEL ÁREA DE ONCO-HEMATOLOGÍA

*Autores: REAL CAMPAÑA JM, SERRANO MC, BERNABE S, AGUSTIN MJ, GOMEZ C, CAÑAMARES I, IDOPE A, PALOMO P*

*REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . FARMACIA (jreal@salud.aragon.es)*

**OBJETIVOS.** Evaluar la evolución de la calidad de las prescripciones de quimioterapia, tras el inicio de la implantación de la prescripción electrónica (PE), en pacientes incluidos en ensayo clínico (EC) analizando si en la orden médica se especificaba la participación en el ensayo, información indispensable para la correcta utilización de las correspondientes muestras para investigación clínica y su registro adecuado. Esto permite optimizar la gestión de los medicamentos objeto del ensayo así como determinar los principales factores de riesgo para aplicar medidas de mejora.

**MÉTODO.** Estudio retrospectivo de las incidencias recogidas de 2006 a 2008 en el Servicio de Farmacia de un Hospital de referencia. Las prescripciones de los Servicios de Oncología y Hematología que omitían la identificación correspondiente a pacientes incluidos en el EC se detectaron en el momento de la validación de las órdenes médicas y en las visitas de monitorización. Se analizaron las siguientes variables: ensayo clínico, número de prescripciones, servicio, antineoplásicos implicados, patología, investigador principal y médico prescriptor.

**RESULTADOS.** La frecuencia de prescripciones con omisión se redujo significativamente tras la implantación de las medidas correctoras, del 9.3% en 2006 al 3.5% en 2007 y al 1.7% en 2008. En 2006 se observó mayor frecuencia de prescripciones incorrectas en Hematología (34,1%) que en Oncología (8,6%). En 2007 Hematología apenas tuvo omisiones (1,8%) y en 2008 todas fueron correctas, hecho que se atribuye fundamentalmente a la elevada tasa de prescripción electrónica alcanzada por este servicio, en torno al 95%. En Oncología la tasa de error ha ido disminuyendo de forma significativa pasando al 3,6% en 2007 y al 2,1% en 2008, aunque la mejora conseguida no ha sido tan ostensible debido a la instauración parcial de prescripción electrónica. El 85% de los fármacos implicados en la omisión estaban comercializados durante el periodo de estudio.

**CONCLUSIONES.** La interrelación de los profesionales implicados, farmacéuticos e investigadores, y la aplicación de nuevas tecnologías como la prescripción electrónica, han resultado útiles para la mejora continua de la calidad de las prescripciones a pacientes incluidos en EC. Así se garantiza la utilización adecuada de las muestras para investigación clínica, evitando el uso de los medicamentos comercializados, y se asegura el correcto seguimiento de los tratamientos. El ahorro económico es elevado debido al alto grado de fármacos comercializados implicados en la omisión cuyo gasto sería asumido por el sistema sanitario.

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **110**

### TÍTULO. EQUIPO DE PROCESO DE RECURSOS MATERIALES DEL 061 ARAGÓN. OBJETIVOS 2010

*Autores: RESA VICENTE MA, DOMINGUEZ-PLO E, CANO-DEL POZO MI*

*RESA VICENTE MARIA ASUNCION . CCU CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS . SERVICIO DE FARMACIA (farmacia061@salud.aragon.es)*

**OBJETIVOS.** Establecer los objetivos para el año 2010 del Equipo de proceso de recursos materiales así como los indicadores para su seguimiento y evaluación

**MÉTODO.** 1. Revisión por la gestora del proceso y los propietarios de los subprocesos de:

Los resultados de la evaluación del Sistema de Gestión de la Calidad.

El Plan de Gestión Anual.

El Plan de mejora.

Los puntos críticos del proceso.

2. Establecimiento de una propuesta de objetivos para el año 2010.

3. Presentación de la propuesta a los miembros del equipo de proceso

4. Asignación de responsables y determinación de indicadores de seguimiento.

5. Evaluación anual de los objetivos y presentación de resultados

**RESULTADOS.** 1. Presentación de la propuesta de objetivos a los miembros del equipo de proceso.

2. Asignación de los objetivos a los propietarios de los subprocesos.

3. Establecimiento de indicadores para su seguimiento y evaluación.

4. Distribución de tareas entre los miembros del equipo

**CONCLUSIONES.** Determinar los puntos críticos del proceso.

Fomentar la participación de los profesionales