

MESA 1

Comunicaciones de tipo ORAL

Moderador/a:

JOSE IGNACIO GARCIA MONTERO

Coordinador de Calidad. Sector Calatayud

SEGURIDAD DEL PACIENTE

SALÓN DE ACTOS

15 de JUNIO 18:30 horas

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA
DE CALIDAD ASISTENCIAL
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009**

Tipo de Comunicación: **ORAL**

TÍTULO. ¿CONOCEN BIEN NUESTROS PACIENTES SU TRATAMIENTO CON SINTROM?

Autores: Gimenez AC, Arnal A, Saslinas S, Repolles J, Cajaraville P, Jordan G*

** ANA CARMEN GIMENEZ BARATECH. CS BERDUN (acgimenezb@salud.aragon.es)*

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS. El acenocumarol, comercializado como Sintrom, en España, es un fármaco utilizado cada vez más en diferentes patologías y en personas de mayor edad.

Su correcto uso comporta varias dificultades, tanto en su dosificación, en su toma diaria, y en su control.

Detectamos un desconocimiento por parte de los pacientes de las peculiaridades del Sintrom.

Así mismo, en la evaluación de la Gerencia de Huesca de 2008, solo el 60% de los pacientes estaban en rango.

Así pues, nuestro objetivo era doble: conocer y mejorar el conocimiento de los pacientes de su tratamiento con anticoagulantes y conseguir un correcto control en al menos el 70% de ellos.

METODOLOGÍA. Se elaboró una sencilla encuesta. Se les paso, de manera personal por la enfermera, resolviendoles las dudas tras completarla y se recordaron los conceptos básicos de la toma del Sintrom.

Se llevaron a cabo dos charlas-coloquio, en 2 poblaciones diferentes.

Al próximo control al mes, se les volvió a pasar la misma encuesta.

Se realizó una evaluación de los pacientes en rango de INR al finalizar las actividades.

RESULTADOS. En nuestro Centro atendemos a 1393 pacientes.

Controlamos a 37 pacientes con Sintrom, lo que es el 2.90% de nuestra población mayor de 14 años.

Respecto a la edad el 62.16% están entre 70 y 80 años y el 27% tienen más de 80 años.

A las charlas acudieron un total de 32 pacientes, muchos acompañados por sus familias y/o cuidadores.

A la primera pregunta " El Sintrom es un medicamento para:" contestaron correctamente el 64 % en el primer pase alcanzando en el segundo el 85%.

A la segunda pregunta " ¿ Que haría si olvidó de tomar su dosis diaria de Sintrom? el 43% hacía lo correcto y tras la formación lo hacían el 91%

A la tercera pregunta ¿ Que alimentos pueden interferir con el Sintrom? solo lo conocían el 56%, y tras la formación el 91%.

A la cuarta pregunta ¿Cuándo debo de avisar que tomo Sintrom? lo hicieron correctamente el 90% para pasar al 100% en el segundo pase.

El ultimo control de INR del mes de mayo 2009, obtuvimos un buen control el 28 de los 37 pacientes, un 75,67%.

CONCLUSIONES. El control del Sintrom puede hacerse desde Atención Primaria, pero precisa un entrenamiento especial por parte de los sanitarios y de los pacientes y cuidadores.

La información recibida por el paciente al iniciar su tratamiento no es bien asimilada, debiendo actualizar sus conocimientos .

Trás una nueva concienciación por parte de los profesionales y formación a los pacientes, se consiguió un mejor control de su INR.

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA
DE CALIDAD ASISTENCIAL**
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009

Tipo de Comunicación: **ORAL**

TÍTULO. ELABORACIÓN DEL MANUAL DE RECONSTITUCIÓN DE CITOSTÁTICOS Y ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS EN HOSPITAL DE DÍA

Autores: Puyuelo C, Escriba JM, Fuentes MA, Buetas R, Boira F, Allue N et als.*

** CARMEN PUYUELO BLECUA. HOSPITAL DE BARBASTRO (cpuyuelob@salud.aragon.es)*

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS. Los pacientes que acuden a hospital de día del H.Barbastro, proceden mayoritariamente del medio rural.

En la unidad de manipulación de citostáticos y en el servicio de hospital de día (H.D.) donde se administran, atendemos a pacientes procedentes: oncología, hematología, reumatología, urología, neurología, geriatría, medicina interna; siendo necesaria una coordinación, localización y planificación en ocasiones muy complicada.

La preparación y revisión de esquemas antineoplásicos/ terapias de soporte/ dispensación / administración /seguimiento de pacientes, se realiza para toda medicación administrada (antineoplásicos, inmunosupresores, inmunoglobulinas, antimicóticos, sustitutos de plasma, conc. de hematies...)

En la actualidad, el proceso de acogida de enfermería al personal de nueva incorporación es protocolo de acogida general del hospital, el funcionamiento del servicio y conocimientos necesarios se realizan por trasmisión verbal. Por ello, consideramos que toda actuación dirigida a disminuir el tiempo de estancia en el hospital de los pacientes y a incrementar la seguridad en la manipulación y administración de fármacos, es importante.

Pretendemos:

- Mejorar el proceso asistencial al paciente
- Disminuir los riesgos en la manipulación y administración de fármacos
- Disminuir el tiempo de aprendizaje del nuevo personal
- Establecer un sistema de detección y registro de errores de medicación

METODOLOGÍA. Revisión bibliográfica

Reuniones con los servicios implicados

Realización de procedimientos

Detección de problemas

Registro de errores y pacientes que no realizan la consulta en acto único

Pacto de soluciones, introducción de filtros correctores

RESULTADOS. Elaboración del manual de manipulación y administración de fármacos (citostáticos principalmente) consensado y pactado con los servicios implicados

Protocolo de acogida a personal de nueva incorporación en el H.D.

Encuesta de conocimientos para el personal de nueva incorporación

Elaboración plantillas de registro de errores de elaboración y administración (de abril a diciembre 2008: a los 1524 pacientes, se prepararon 2399 fármacos, detectamos 101 errores (32% citación, 20% prescripción, 48% preparación)

CONCLUSIONES. Desarrollar el proyecto nos ha servido de guía:

Para pactar/concretar formas de trabajo

Estimular la comunicación

Iniciar nuevos proyectos (consulta enfermería oncológica)

Mejorar el circuito farmacia / hospital de día: aumenta la seguridad-calidad al paciente.

Hemos evitado 247 preparaciones, implica ahorro económico/tiempo /evita morbilidad farmacoterapéutica

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA
DE CALIDAD ASISTENCIAL**
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009

Tipo de Comunicación: **ORAL**

TÍTULO. LA UNIDAD DE GESTIÓN DE CAMAS Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Autores: Tello C, Ballano MA, Lopez MN, Lopez S, Aranda A, Broto A et als.*

** CRUZ TELLO EXTREMAD. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA (mctello@salud.aragon.es)*

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS. Dentro de la misión del hospital un criterio importante es ofrecer un trato personal a los pacientes en un entorno de seguridad y confianza. En el proceso de análisis de gestión del riesgo, enfocado hacia la seguridad del paciente, se identifica la movilidad del paciente como un factor relevante que debe ser controlado. La gestión de camas constituye uno de los pilares fundamentales para la eficiencia del hospital y seguridad del paciente. No obstante esta actividad no está exenta de dificultad que viene dada por el hecho de que la cama hospitalaria es un recurso caro y escaso

Objetivo: demostrar cómo a través de una unidad de gestión de camas se puede mejorar la ubicación de los pacientes consiguiendo con ello mayor eficiencia en sus cuidados y seguridad.

METODOLOGÍA. Estudio retrospectivo comparativo, donde se realiza un tratamiento estadístico de los datos registrados, en relación a los traslados intrahospitalarios durante seis años, dos antes de la creación de la unidad y cuatro con el funcionamiento de la misma.

RESULTADOS. Mediante el trabajo realizado en esta unidad se logran varios resultados: en primer lugar una mejora de ubicación del paciente que se refleja en la disminución del número de traslados intrahospitalarios (en un 50%) desde el comienzo del estudio hasta la actualidad, en segundo lugar una homogenización y adecuación de la carga de trabajo soportada en cada momento por los diferentes servicios y unidades de enfermería y en tercer lugar una redistribución más equitativa de los recursos humanos enfermeros, ya que se tiene el conocimiento global del hospital

CONCLUSIONES. La asignación ciega de la cama, sobre los únicos criterios de edad, sexo y del motivo de ingreso o diagnóstico médico, puede provocar distorsiones en la organización de la unidad de hospitalización, generando un aumento innecesario de cambios de ubicación. Por ello debe realizarse una gestión de pacientes y no de camas, con una perspectiva global, lo cual, como se demuestra en este estudio tiene repercusiones muy positivas para el usuario: la reducción elevada en el número de traslados, una adecuación de la cama asignada a las necesidades de cuidados y una distribución equitativa y racional entre las diversas unidades de enfermería. Todo esto conlleva a un aumento de la seguridad al controlar el riesgo y aumento en la calidad de los cuidados.

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA
DE CALIDAD ASISTENCIAL**
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009

Tipo de Comunicación: **ORAL**

TÍTULO. AUDITORIA SOBRE LA PRESCRIPCIÓN DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

Autores: Fortit J, Alonso M, Navarro P, Llorente JM*

** JONATAN FORTIT GARCIA. CS SAN PABLO (elosoyonki@hotmail.com)*

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS. Conocer la adecuada indicación de los inhibidores de bomba de protones (IBP) ajustada a las actuales guías de práctica clínica, en nuestro centro de trabajo, para la posterior evaluación y mejora de la prescripción de IBP.

METODOLOGÍA. Estudio observacional, descriptivo transversal, a partir de una muestra de 360 pacientes aleatorizados de la base de datos de nuestro centro de salud cuyo único criterio de inclusión fue la prescripción de al menos una receta de IBP durante todo el año 2008.

Obtenemos 4 grupos de prescripción de IBP según las guías de práctica clínica: Dispepsia, reflujo gastroesofágico, úlcera gastroduodenal y gastroprotección por toma de AINEs. Se añade un último grupo con los casos que no se ajustan a los protocolos actuales. Se utilizan estos criterios para valorar si la indicación de IBP es correcta o no.

RESULTADOS. Descripción de las 360 historias revisadas:

Nº ptes con gastroprotección indicada con IBP : 158; Nº ptes con indicación no adecuada: 63. Diagnóstico de dispepsia indicado tto con IBP: 23, no indicado: 22 Reflujo gastroesofagico (RGE): indicado 17; RGE tto o indicado 18
Diagnóstico de Úlcera gastroduodenal: indicado 5; no indicado 1 Otros: 53

CONCLUSIONES. De una muestra comunitaria de 360 pacientes atendidos en atención primaria y a los que se le ha recetado IBP durante 2008, el 56, 3% tenía indicación de tratamiento con IBP según las guías de práctica clínica. Sería necesario aplicar las guías de práctica clínica en la prescripción de IBP dado el frecuente uso de estos fármacos sin indicación.

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA
DE CALIDAD ASISTENCIAL
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009**

Tipo de Comunicación: **ORAL**

TÍTULO. CONSENSO CLÍNICO DE ÍTER-CONSULTA ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y UROLOGÍA EN EL SECTOR III (PROYECTO DE MEJORA 2007)

Autores: Perez-Arbej JA, Martin M, Murillo C, Ramirez M, Sanchez M, Timon A et als.*

** JOSE ANTONIO PEREZ-ARBEJ. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA (japereza@salud.aragon.es)*

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS. En el año 2006 se confeccionó una guía de Derivación de Pacientes desde Atención Primaria a Urología para determinadas patologías. El grupo de calidad del Servicio de Urología presentó un proyecto consistente en realizar sesiones clínicas en los Centros de Salud del Sector con los siguientes objetivos:

- Difundir y debatir el documento de Consenso Clínico.
- Mejorar la coordinación y comunicación entre MAP y el Servicio de Urología.
- Reducir las derivaciones inadecuadas desde Atención Primaria
- Reducir la demora para primeras consultas en Urología
- Mejorar la resolución de las consultas de los pacientes derivados
- En definitiva mejorar la calidad de la derivación de los pacientes en ambos sentidos

METODOLOGÍA. Se pretendía que las sesiones pudieran llevarse a cabo en la mayoría de los C.S. (22 centros y 200 médicos). Se trataba de que los urólogos miembros del proyecto se desplazaran en horario laboral a los C.S. para debatir entre 1-2 horas con los MAP. Los MAP debían estar en posesión del documento consenso y tener conocimiento del mismo, para presentar dudas, solicitar aclaraciones, etc. Al final de la reunión el urólogo encargado presentaría al coordinador del proyecto las posibles propuestas de modificación del protocolo, si las hubiera.

RESULTADOS. Centros visitados: 6 (27%) (Bombarda, Delicias Norte, Delicias Sur, Oliver, Universitas, Valdefierro)
Médicos de A. Primaria asistentes: 55 (27,3%)
Urólogos participantes: 6.
La primera sesión docente se realizó el 15-11-2007 y la última el 20-02-2008.
Se realizó una monitorización el 29-02-2008, revisando 50 hojas de derivación tomadas al azar.
Indicadores:
Aumentar el % de pacientes correctamente derivados: Bien derivados= 57 % (S = 70 %) (previo <50%).
Disminuir la demora media en Consulta de Urología: Demora media=19 días (S = 15-20 d) (previo >25 d).
Contactar con todos los Centros de Salud del Sector: Centros visitados: 6 (S = 22) (previo = 0)
Respuesta de los MAP: Excelente
Satisfacción de los participantes: Excelente
Procedía modificar el protocolo: No (Seguimiento insuficiente)

CONCLUSIONES. A nivel profesional la experiencia ha sido muy satisfactoria dado que las sesiones fueron muy participativas. El seguimiento de la misma hasta la realizar la monitorización fue muy breve y el número de centros de salud visitados reducido, insuficiente para valorar la evolución de los indicadores y decidir si era necesario o no modificar el documento. El deseo de los participantes fue el de continuar con experiencias similares (se hizo así en 2008 y lo realizaremos en 2009).

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA
DE CALIDAD ASISTENCIAL**
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009

Tipo de Comunicación: **ORAL**

TÍTULO. ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN LOS GRUPOS DE RIESGO POBLACIONALES SEGÚN EDAD, SEXO, HÁBITOS Y OTROS FACTORES DE RIESGO

Autores: Borrel JM, Tortosa FJ, Salamero MP, Martínez JJ, Calvo JM, Naya S et als.*

** JOSE MARIA BORREL MARTINEZ. CS AYERBE (jmborrel@salud.aragon.es)*

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS. La "gratuidad" de la sanidad, la medicina preventiva y la política de intervención estatal que adopta decisiones en materia de salud sin consultar al usuario, han logrado que el paciente delegue la responsabilidad que le corresponde sobre su propia salud en el mismo sistema sanitario, lo que genera no pocos problemas tanto a él mismo como a los profesionales.

Todavía podemos comprobar como pacientes crónicos se despreocupan de revisiones o de controles confiados en que los sanitarios de cabecera les avisarán cuando haga falta.

Así las cosas, nos planteamos elaborar unos trípticos informativos en los que vieran claramente cuando deberían ir ellos mismos a demandar sus revisiones. El objetivo genérico era que se responsabilizaran de su salud, a sabiendas de que el incremento de intervenciones en materia sanitaria hace difícil este objetivo.

METODOLOGÍA. Nos planteamos cinco temas a desarrollar con un esquema similar: "EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE", "LA MUJER", "EL ADULTO", "EL PACIENTE CRÓNICO" y "EL ANCIANO".

A partir de ahí empezamos a revisar guías nacionales e internacionales, protocolos, evidencias, etc, hasta elaborar cinco trípticos que finalmente tuvieron un contenido en parte diferente al propuesto. La causa es que parte de las intervenciones que estamos desarrollando creyendo que son necesarias no están lo suficientemente contrastadas, algunas no tienen base científica, o están puestas en entredicho,.....

RESULTADOS. Una vez elaborados los cinco trípticos, los pusimos a disposición de los usuarios para evaluar su incidencia y utilidad, con la confianza de que se vieran resultados positivos.

La verdad es que no podemos afirmar que haya sido todo lo positiva que se esperaba.

CONCLUSIONES. La conclusión clara y firme es que entramos en un terreno saturado. Hay exceso de información relativa a la salud y además inadecuadamente canalizada. Esto puede determinar que cada vez el ciudadano se abandone más a adoptar un papel pasivo frente a su propia salud. Las responsabilidades serán para los profesionales.

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA
DE CALIDAD ASISTENCIAL
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009**

Tipo de Comunicación: **ORAL**

TÍTULO. IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DEL PACIENTE, UNA ESTRATEGIA PARA SU SEGURIDAD. ¿LO CONSIDERA ASÍ EL PACIENTE?

Autores: Jimenez L, Carbonel A, Coca J*

** LIRIA JIMENEZ BEA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (ljimenezb@salud.aragon.es)*

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS. El convenio de colaboración de 2006, entre Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comunidad Autónoma de Aragón, para el impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios, permitió el desarrollo de iniciativas y proyectos sostenibles sobre la identificación de pacientes, con la adopción del mismo sistema identificativo.

Objetivos

Establecer un mecanismo de prevención primaria para la seguridad del paciente, mediante pulsera identificativa. Informar al paciente. Conocer su opinión sobre las nuevas medidas de seguridad implantadas para su identificación en el hospital y su percepción sobre la implicación de los profesionales en las mismas.

METODOLOGÍA. En el Hospital Universitario Miguel Servet, con una media de ingresos de 46.000 pacientes año, se ha implantado a los pacientes adultos ingresados y pacientes adultos que solicitan asistencia de manera urgente. Su monitorización, se realiza mediante estudio transversal de un día, por observación directa.

Se ha elaborado un díptico informativo para entregar a los pacientes.

Posteriormente se realiza una encuesta con escala de medición nominal, en una muestra de 272 pacientes adultos hospitalizados.

RESULTADOS. El 92% de los pacientes hospitalizados están identificados, y el 100% en el servicio de urgencias. Con un 98,5% de respuesta, la encuesta muestra (IC 95%) que un 87% sabe para qué lleva la pulsera, un 45% han recibido información verbal y un 26,5% escrita, al 14% le resulta molesta, el 93% considera importante estar identificado durante su estancia en el Hospital, el 59% ha observado que el personal sanitario, comprueba su identidad antes de hacerle cualquier prueba o suministrarle medicación, un 89,5% considera que el personal sanitario se preocupa por su seguridad, y el 12% considera que debería haber algún cambio de actitud entre el personal del Hospital, para sentirse más seguro.

CONCLUSIONES. La gran mayoría de los pacientes consideran muy importante estar identificados durante su estancia hospitalaria, siendo conocedores del motivo por el que se les ha colocado la pulsera, sólo le resulta molesta a una minoría y existe una percepción mayoritaria de que el personal sanitario se preocupa por su seguridad. La información al paciente tanto escrita como verbal, debe ser un área de mejora.

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA
DE CALIDAD ASISTENCIAL**
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009

Tipo de Comunicación: **ORAL**

TÍTULO. LOS PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS INSTRUMENTO CLAVE EN LA GESTIÓN DE CUIDADOS DEL NIÑO HOSPITALIZADO

Autores: Noya C, Hospital ML, Fornies MJ, Garcia M, Marin C, Vicente J*

** MARIA LUZ HOSPITAL IBAÑEZ, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (mlhospital@salud.aragon.es)*

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS. Desde hace varios años una de las preocupaciones de los profesionales de enfermería pediátrica viene siendo la búsqueda continua de la eficacia y la eficiencia de los cuidados para proporcionarlos de forma más personalizada y humanista. Esta necesidad de mejora pasa por innovar la práctica asistencial, mediante la aplicación del método científico, que se plasma de forma práctica en los Planes de Cuidados estandarizados (PCE) ya que adopta para su elaboración un modelo enfermero que delimita, orienta y diferencia la función independiente enfermera.

OBJETIVOS

1. Determinar si los PCE están consolidados en la práctica clínica pediátrica.
2. Determinar si a través de los PCE se personalizan de forma más eficaz los cuidados enfermeros.
3. Determinar la satisfacción de los enfermeros al trabajar con PCE

METODOLOGÍA. Diseño: Estudio descriptivo transversal

Ámbito de estudio: Unidades de pediatría del H.U. Miguel Servet

Población: Enfermeras de unidades de hospitalización pediátrica a estudio

Instrumentalización:

- a) Evaluación de Historia clínica, de tres indicadores (Cobertura, identificación y resolución de problemas) de aquellos procesos en los que se tenemos definidos PCE.
- b) Definimos cuestionario con 6 preguntas para conocer la satisfacción de las enfermeras al trabajar con metodología

RESULTADOS. Tras evaluación de historias clínicas pediátricas constatamos que un 88,8% contienen el plan de cuidados correctamente cumplimentado; de estos, en un 91,6% se identifican diagnósticos enfermeros en los que constan actividades de enfermería registradas y en un 87,5% se registra la resolución del problema identificado. En cuanto a si se personalizan más los cuidados, un 63.4% de las enfermeras dicen que sí, frente a un 14.6% que dicen que no. Así mismo un 70,7% de las enfermeras dicen estar más satisfechas al trabajar con planes de cuidados frente a un 4.8% que consideran que no

CONCLUSIONES. Los resultados obtenidos responden a los objetivos planteados. Los planes de cuidados están consolidados en las unidades de pediatría. Así mismo son una herramienta eficaz para personalizar los cuidados a los niños. A través de la metodología se consigue mejorar la calidad y satisfacción de las enfermeras al poder desarrollar y registrar de forma más tangible y eficaz sus competencias autónomas

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA
DE CALIDAD ASISTENCIAL**
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009

Tipo de Comunicación: **ORAL**

TÍTULO. UTILIDAD DEL FARMACÉUTICO EN LA REALIZACIÓN DE LA HISTORIA FARMACOTERAPÉUTICA EN PACIENTES QUE INGRESAN POR URGENCIAS

Autores: Izuel-Rami M, Serrano-Mislata N, Vicente-Iturbe C, Villar-Fernandez I, Bandres AC, Soler-Giner E*

** MONICA IZUEL-RAMI. DEPARTAMENTO DE SALUD Y CONSUMO (mizuel@salud.aragon.es)*

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS. Valorar la calidad de la recogida de la medicación domiciliaria realizada a la llegada al servicio de Urgencias en pacientes que ingresan en Medicina Interna

METODOLOGÍA. Durante dos meses de 2008 se valoró la calidad de la información recogida en la historia clínica de urgencias (HCU) en pacientes que ingresan en una Unidad del Servicio de Medicina Interna: Se recogió información acerca de la medicación domiciliaria reflejada en la HCU y se valoró su concordancia con la historia farmacoterapéutica elaborada por el farmacéutico en la que se obtenía la información de la propia historia clínica, las recetas facturadas para el paciente a cargo del SALUD y la entrevista con el paciente y/o cuidadores. Las discrepancias encontradas se comunicaron al médico responsable. Se registraron las discrepancias solucionadas en la unidad de hospitalización sin intervención del farmacéutico para medir la utilidad de la actividad

RESULTADOS. Durante el estudio se valoraron 126 ingresos. Se había registrado en la HCU 729 medicamentos. Tras la elaboración de la historia farmacoterapéutica completa se encontró que el tratamiento domiciliario de los pacientes lo componían 812 medicamentos, y se hallaron 345 discrepancias, entre ellas: 120 medicamentos no recogidos en la HCU, (un 15% de la terapia habitual domiciliaria no había sido recogida). Faltaba la dosis en 91 medicamentos (12.5%) y la pauta en 108 (14.8%) de los medicamentos recogidos en la HCU, además se detectaron 26 discrepancias más, principalmente debidas al registro de dosis incorrectas (8) y de medicamentos que ya no tomaba el paciente (14). Únicamente 33 de las 345 (9.6%) discrepancias detectadas en la HCU fueron solucionadas en las unidades de hospitalización antes de la intervención del Farmacéutico. Los grupos ATC más frecuentemente implicados en las discrepancias fueron: C (36.32%), N (19.23%) A (17.95%), M (7.2%) y B (5.98%)

CONCLUSIONES. En los pacientes valorados se detectan oportunidades de mejora en la calidad de la historia farmacoterapéutica recogida en la HCU. Por el número de discrepancias encontradas, el tipo de medicamentos más frecuentemente implicados y las discrepancias solucionadas la actuación del farmacéutico sería relevante para proporcionar una historia farmacoterapéutica de calidad al ingreso en los pacientes evaluados. No se ha valorado la relevancia que las discrepancias no resueltas podrían haber tenido en la salud de los pacientes, lo que debería ser tenido en cuenta en futuros estudios

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA
DE CALIDAD ASISTENCIAL**
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009

Tipo de Comunicación: **ORAL**

TÍTULO. DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UNA GUÍA DE BOLSILLO: UN "VADEMECUM" DE MEDICINA PREVENTIVA Y PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

Autores: Fernandez R, Loma-Osorio MJ, Andres A, Perez C, Camacho MA, Thomson C et als.*

** RAFAEL FERNANDEZ SANTOS. HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL (rfernandezsa@aragon.es)*

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS. En la actividad diaria de los trabajadores de un hospital se producen situaciones que generan dudas sobre las actuaciones a seguir, y para las que existen criterios claramente definidos. Actualmente en los hospitales no se dispone de una herramienta de consulta rápida que facilite la resolución de dudas que se plantean en temas que afectan a la seguridad de pacientes y trabajadores. El objetivo de este proyecto es que los trabajadores del Hospital "Obispo Polanco" de Teruel dispongan de una documentación de bolsillo que pueda ayudarles a adoptar pautas de actuación homogéneas en algunos aspectos básicos de la práctica asistencial.

METODOLOGÍA. Las actividades que se han llevado a cabo para el desarrollo de este proyecto han sido:

- elaboración de las fichas de la documentación.
- realización de un estudio piloto para valorar la Utilidad, Importancia y Claridad de las diferentes fichas.
- valoración del estudio piloto e introducción de modificaciones.
- difusión de la Guía a través de sesiones clínicas, presentación en los servicios e Intranet del Hospital.
- encuesta de valoración sobre la opinión, número de veces que se ha consultado la Guía y utilidad para la actividad profesional.

RESULTADOS. Los trabajadores del Hospital "Obispo Polanco" de Teruel disponen de:

- una herramienta de consulta inmediata que les permite obtener pautas de actuación ante determinadas situaciones de riesgo.
- un recordatorio sobre acciones encaminadas a disminuir la transmisión de infecciones.
- información orientada a la prevención y declaración de accidentes laborales.

Tras la edición de la Guía en diciembre de 2008, los principales resultados del análisis de la encuesta de valoración distribuida a los usuarios en abril de 2009, son:

- la Guía fue valorada con una puntuación media de 3,87 sobre un máximo de 5.
- un 41,1 % de los usuarios consultaron la documentación 3 veces o más.
- el 93,5 % cree que la Guía le será de utilidad en el futuro.

CONCLUSIONES. - La valoración de la Guía por parte de los usuarios es alta.

- La mayor parte de los usuarios han consultado la documentación en alguna ocasión, siendo importante el porcentaje que han realizado 3 ó más consultas.
- La mayoría piensa que la Guía le será de utilidad para su actividad laboral en el futuro.
- Todavía es pronto para evaluar la contribución de la Guía en la mejora de indicadores de infección nosocomial, cuidados de pacientes ingresados o seguimiento del protocolo de declaración de accidente laboral, pero la opinión de los usuarios invita a ser optimistas.