

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

MESA 3

Comunicaciones de tipo ORAL

Moderador/a:

Natalia Casanova Cartié

Coordinadora de Calidad de Enfermería. Sector Calatayud

SALA 115

9 de JUNIO 18:30 horas

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **208**

TÍTULO. DETERMINACION DE LA ESTRUCTURA Y LOS RECURSOS HUMANOS NECESARIOS DE UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS TENIENDO EN CUENTA LOS FLUJOS HORARIOS Y LA GRAVEDAD DE

Autores: FORCADA MARTIN T, BARRIO-PALOMAR N, GALLEGU-CASAS E, GARCIA DIAZ MA, IRIARTE VICENTE MJ, LATORRE-IZQUIERDO A, MARIN-GOMEZ A, MIGUEL-SANZ MP

FORCADA MARTIN TERESA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . URGENCIAS PEDIATRIA (tereforcada@hotmail.es)

OBJETIVOS. Conocer los flujos horarios de los pacientes que acuden a un SUH pediátricas, en función del nivel de urgencia establecido a través del Sistema Español de Triage (SET) para poder determinar la estructura y los recursos humanos necesarios para asegurar una atención de calidad

MÉTODO. Estudio observacional descriptivo, donde analizamos la distribución de los pacientes pediátricos que acudieron al servicio de urgencias del Hospital Infantil de Zaragoza, según turno de trabajo, horario, y grado de complejidad, desde el 20 de octubre de 2009 hasta el 31 de enero de 2010 y que fueron clasificados a través del sistema español de triaje (SET) utilizando el protocolo informático web e-PAT v3.5., Para el estudio de las variables cualitativas, utilizamos frecuencias y porcentajes y para la comparación entre ellas el estadístico ji cuadrado

RESULTADOS. De los 10320 niños estudiados, 4282 (41,5%) acudieron a urgencias en turno de mañanas (de 8 a 14 h.), 5402 (52,3%) en turno de tardes (de 15 a 21 h.) y 636 (6,2%) en turno de noches (de 22 a 7 h.)

Se establecen dos picos asistenciales, el primero en turno de mañanas alrededor de las 11 – 12 horas y el segundo en turno de tardes entre las 17 horas a las 19 horas, debido a una mayor afluencia de niños con complejidad II- III y IV.

Relacionando el turno de trabajo con el grado de complejidad se evidencia que en el turno de mañanas, el 48% de los niños son clasificados con complejidad I-II- III (más graves) y el 51% con complejidad IV – V (menos graves), en turno de tardes el 47,5% son clasificados con complejidad I-II-III y el 51,5% complejidad IV- V y en turno de noches el 63,1% son clasificados con complejidad I-II-III y el 36,9% con complejidad IV-V

CONCLUSIONES. El conocimiento de los flujos asistenciales según grado de complejidad nos ha permitido diseñar una nueva estructura en el servicio de urgencia del HI así como definir nuevos circuitos asistenciales lo que nos ha hecho necesario adecuar los recursos humanos a la nueva situación asistencial para poder ofrecer una atención más segura y de mayor calidad

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **111**

TÍTULO. LA LABOR DE LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN UN EQUIPO DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

Autores: FORCE BLASCO AI, RODELES DEL POZO R, MORENO MATEO R, ENCISO ANGULO M-P, ALLUEVA PLUMED M-P, TORRUBIA ATIENZA M-P, VIAL ESCOLANO R, SASTRE MOHAMED S

FORCE BLASCO ANA ISABEL . CS ROMAREDA (SEMINARIO) . EQUIPO DE SOPORTE DE ATENCION DOMICILIARIA (aiforce@salud.aragon.es)

OBJETIVOS. Describir la función de la auxiliar de enfermería en un ESAD, y detallar las tareas realizadas para colaborar con el resto del equipo y con los cuidadores para conseguir una mejor calidad de vida del enfermo en su domicilio

MÉTODO. Estudio descriptivo. Se revisaron las historias de todos los pacientes mayores de 60 años atendidos por nuestro equipo a lo largo del año 2008. Se seleccionaron las historias de los enfermos y/o cuidadores en cuya atención había colaborado la auxiliar de enfermería, analizando el registro de las 14 necesidades fundamentales de Virginia Henderson y las intervenciones realizadas sobre ellas

RESULTADOS. El Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (en adelante ESAD) del Sector II de Zaragoza lo formamos dos médicos, dos enfermeras, una auxiliar de enfermería y una auxiliar

Nuestra población es amplia, envejecida y suele padecer múltiples enfermedades. Atendemos a demencias, cánceres, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, etc.

El trabajo de la auxiliar de enfermería incluye, entre otras cosas, la organización, petición y préstamo de material, nutrición y material ortopédico; el adiestramiento del cuidador principal en el manejo del enfermo; la educación sanitaria; el fomento de las relaciones interfamiliares a lo largo del proceso y no finaliza hasta el seguimiento del duelo.

De los 421 pacientes asistidos por ESAD durante 2008, 377 eran mayores de 60 años y 44 menores de esa edad. Todos contaban con test cognoscitivos y funcionales (Barthel). La auxiliar de enfermería intervino directamente en 189 casos, de diferentes edades, realizando actividades para cumplimentar las necesidades 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10 y 12 de Virginia Henderson.

Los pacientes visitados a domicilio por la auxiliar fueron 47 (24 oncológicos y 15 demencias como patologías más frecuentes).

El grado de satisfacción, medida por entrevista telefónica, fue muy alto

CONCLUSIONES. La auxiliar de enfermería, como dispensador/a de cuidados multifuncionales (físico, funcional, social, emocional y espirituales), es un recurso eficaz, efectivo y eficiente para asistir en el proceso del final de una vida en el domicilio, y debe ser mejor aprovechado

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **267**

TÍTULO. SEGUIMIENTO DE LAS GUIAS DE PRACTICA CLINICA EN EL MANEJO DE LA FIBRILACION AURICULAR

Autores: GOMES MARTIN FJ, DEL CORRAL-BEAMONTE E, MARTIN-ALGORA I, MARTINEZ-RODES P, GARCIA-ALVAREZ I, DIEZ-MANGLANO J

GOMES MARTIN FRANCISCO JAVIER . HOSPITAL ROYO VILLANOVA . MEDICINA INTERNA (jdiez@aragon.es)

OBJETIVOS. Conocer el grado de seguimiento de las guías de práctica clínica (GPC) en el manejo de la fibrilación auricular (FA)

MÉTODO. De forma retrospectiva se han revisado todos los informes de alta de los pacientes con un diagnóstico principal o secundario de FA ingresados durante el año 2007 en un servicio de medicina interna. Se han excluido los pacientes que fallecieron durante el ingreso, los segundos y posteriores ingresos con FA durante el año y las altas por traslado o voluntarias. Para cada paciente se han recogido datos de edad, sexo, antecedentes (FA, hipertensión [HTA], diabetes mellitus [DM], insuficiencia cardiaca crónica [ICC], ictus/isquemia cerebral transitoria, valvulopatía mitral o prótesis valvular), tratamiento antitrombótico al alta (anticoagulantes orales [ACO], antiagregantes [AA]), fármacos para control de frecuencia o de ritmo. Se ha calculado el riesgo de ictus con la escala CHADS2. La comparación de variables cuantitativas se ha realizado con el test t de Student y la asociación de variables cualitativas se ha realizado con el test de chi cuadrado

RESULTADOS. De 1715 pacientes, 324 (18,9%) tenían FA y 259 se fueron de alta por mejoría. El riesgo de ictus era bajo en 13 (5%) enfermos, medio en 57 (22%) y alto en 189 (73%). Se prescribieron ACO al 52 % de los enfermos, AA al 28% y nada al 20%. El porcentaje de pacientes que recibió tratamiento antitrombótico conforme a las GPC fue 61% en los casos de riesgo medio y 62% en los casos de riesgo alto. Los ACO fueron prescritos a pacientes más jóvenes (78 ± 9 vs 84 ± 6 años, $p=0,0004$) y a pacientes con FA ya conocida ($p=0,002$), con ICC ($p=0,01$), DM ($p=0,004$) y valvulopatía mitral/prótesis valvular ($p=0,0001$). Un 55% de los enfermos recibió una estrategia de control de la frecuencia cardiaca, un 6% de control de ritmo, un 5% ambas y un 34% ninguna. El uso de un control de frecuencia se asoció con ser mujer ($p=0,01$), tener FA ya conocida ($p=0,01$), ICC ($p=0,004$), DM ($p=0,01$) y valvulopatía mitral/prótesis valvular ($p=0,009$) y el uso de un control de ritmo con la FA de novo ($p=0,03$) y con el antecedente de ictus ($p=0,01$)

CONCLUSIONES. Aproximadamente uno de cada tres pacientes con FA no recibe tratamiento conforme a las GPC. Existe un amplio margen de mejoría en el tratamiento de los pacientes con FA

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **211**

TÍTULO. CONTROL Y VALORACIÓN DE PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA REALIZADO POR UN INTERNISTA ADSCRITO AL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA

Autores: GOMEZ DEL VALLE MC, FLAMARIQUE PASCUAL A, CALLEJO-PLAZAS MJ, RANERA-GARCIA M, MALO-FINESTRA L, HUALDE ENGUITA A, CASTAN-BELLIDO L, RUIZ-LAIGLESIA FJ

GOMEZ DEL VALLE MARIA CARMEN . HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA . MEDICINA INTERNA/TRAUMATOLOGIA (alvafama@yahoo.es)

- OBJETIVOS.**
1. Disminuir la mortalidad intrahospitalaria en los pacientes ingresados por fractura de cadera.
 2. Adecuar el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes.
 3. Reducir la estancia media hospitalaria.
 4. Disminuir las complicaciones y la morbilidad.
 5. Reducir el número de reingresos

MÉTODO. Se trata de un estudio cuasiexperimental que compara los datos de morbilidad y mortalidad de los pacientes con fractura de cadera durante 1 año de seguimiento (Enero a Diciembre del 2009) y siendo el grupo de control una cohorte histórica de pacientes ingresados en el Servicio de traumatología con el mismo diagnóstico durante el año 2006 en el que no había un internista asociado al Servicio de traumatología.

El estudio se encuentra en periodo de revisión de datos. Los resultados analizados hasta el momento describen las características de los pacientes, la morbilidad y la mortalidad del grupo de seguimiento ingresados en el periodo de Enero a junio del 2009.

RESULTADOS. El número de fracturas de cadera ingresadas en ese periodo fueron de 149.

La edad media fue de 83, 6 años (DS 7,13 años). El 78,5 % fueron mujeres y el tipo de fractura más frecuente fueron las pertrocantereas (46,3%) y las subcapitales (45%).

La mediana de la estancia fueron de 15 días

El 52,8% de los casos presentan alguna complicación médica que requirió tratamiento.

Analizando las complicaciones dentro de las infecciosas la más frecuente fue la neumonía (18,8%).

Si consideramos otro tipo de complicación médica la más relevante fue la insuficiencia cardiaca (14,1%).

El porcentaje de exitus durante el ingreso es de un 6% y de exitus precoces (durante el 1 mes desde el alta) un 1,4% de casos.

Considerando los reingresos por distintos motivos durante el año posterior a la fractura hasta un 53% de los pacientes reingresan.

CONCLUSIONES. La necesidad de apoyo médico al Servicio de traumatología se constata por la elevada incidencia de complicaciones médicas.

La aportación de un internista en un servicio de traumatología mejora la mortalidad intrahospitalaria (6% frente a valores por encima del 10% en años previos).

Las complicaciones más habitual son las infecciones intrahospitalarias destacando la urinaria.

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **4**

TÍTULO. SEGURIDAD CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA: LA IMPORTANCIA DE DETERMINAR EL FILTRADO GLOMERULAR

Autores: GOMEZ NAVARRO R

GOMEZ NAVARRO RAFAEL . CS TERUEL RURAL . EAP TERUEL RURAL (ragona@ya.com)

OBJETIVOS. Identificar a los pacientes con riesgo aumentado de padecer enfermedad renal crónica (ERC) determinando su filtrado glomerular (FG) y revisar y ajustar los tratamientos farmacológicos de los que resultasen diagnosticados de ERC. Secundariamente se estudió el cumplimiento de los objetivos terapéuticos recomendados para estos pacientes.

MÉTODO. Estudio descriptivo transversal y de cumplimiento de criterios de calidad. La población diana la conformaba el censo de los pacientes con riesgo aumentado de padecer ERC de una población rural estudiándose todos los casos. El FG se estudió utilizando la fórmula del estudio MDRD.

RESULTADOS. El número de pacientes con riesgo aumentado de padecer ERC fue de 134 (54,69 % de los > 18 años). Se excluyeron a 9 por presentar características en las que no se recomienda estimar su FG mediante ecuaciones predictivas. Los factores de riesgo de ERC más prevalentes fueron la edad >60 años (44,4 %), y la hipertensión arterial (26,5 %). En el 100% de los pacientes de riesgo se determinó su FG, se clasificó el resultado según los estadios de la Guía de la National Kidney Foundation (NKF) y se hizo constar el resultado en la historia clínica. Se diagnosticaron de ERC a 19 casos (15,2 %) revisándose su tratamiento en el 100 % de los mismos. El número de pacientes de riesgo aumentado de padecer ERC necesario cribar para diagnosticar a un paciente de ERC fue 6,57. En 6 casos (4,8%) se presentaban valores de creatinina plasmática (Crp) < 1,2 mg/dl con FG < 60 ml/min/1,73 m². Los pacientes con ERC cumplían en un 36,8% el objetivo de PA, y un 5,2 % el de HDL y LDL-colesterol.

CONCLUSIONES. La determinación del FG mediante la fórmula MDRD permite un mejor conocimiento de la FR de los pacientes lo que colabora en evitar la yatrogenia farmacológica. Es necesario mejorar el control tensional y lipídico de los pacientes con ERC.

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **311**

TÍTULO. ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE LOS USUARIOS DE LA SECCIÓN DE ERGOMETRÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores: GUILLEN MARZO M, SANCHEZ INSA E, OLORIZ SANJUAN T, DOMINGO DEL VALLE J, FUERTES FERRE G, MORENO ESTEBAN EM, SANCHEZ NAVARRO F, PLACER PERALTA LJ

GUILLEN MARZO MARTA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . SERVICIO CARDIOLOGÍA (sibawayh_82@hotmail.com)

OBJETIVOS. Introducción: En la evaluación de la calidad asistencial es preciso conocer la percepción de los usuarios/pacientes tienen de la asistencia sanitaria. Se dispone de diferentes métodos entre los más usados la encuesta individualizada, que permite al paciente expresar de forma anónima su calificación de la atención recibida.

Objetivos: Valorar mediante una encuesta anónima individualizada la percepción que el usuario tiene de la atención recibida en la Sección de Ergometría de H. Miguel Servet.

MÉTODO. Material y métodos: Se diseñó un formulario formado por siete cuestiones las cinco primeras de carácter ordinal y las últimas dos de carácter cualitativo que fue entregado a todos los pacientes que fueron sometidos a una ergometría entre Junio y Diciembre de 2009. Fue recogido anónimamente para su análisis.

RESULTADOS. Resultados: Se recogieron 141 encuestas.

Preguntas de carácter ordinal:

- 1.- ¿Cuál es su valoración de la información recibida?? 86,5% MUY BUENA, 13,5% BUENA. 0% REGULAR/MALA/ MUY MALA.
- 2.- ¿Cuál es su calificación del trato recibido?? 92% MUY BUENO, 8% BUENO. 0% REGULAR/ MALO/MUYMALO,
- 3.- Tiempo de espera ? 84,39% <15 MINUTOS, 12,76% 15-30 MINUTOS, 1,41% >30 MINUTOS.
- 4.- El tiempo de espera le pareció: 43,26% MUY CORTO, 34,04% CORTO, 20,56% NORMAL, 0,7% LARGO.
- 5.-¿Le parece que hay suficiente intimidad?. 99,3% SI, 0,7% NO.

Preguntas cualitativas: se solicitó a los pacientes que indicasen los aspectos positivos y negativos de la asistencia. Los resultados se han organizado en dos diagramas de Ishikawa para su valoración.

En cuanto a los factores que consideran como positivos se encuentra el trato (cordialidad, amabilidad, cercanía, conversación,...), la profesionalidad (rapidez, atención, seriedad, meticulosidad) y la información.

En cuanto a los factores que consideran como negativos se encuentran las condiciones ambientales (Calor, cuartos y cabinas pequeños), las lista de espera (citas para varios meses), y la intimidad (demasiado personal, muchas entradas y salidas).

CONCLUSIONES. Conclusiones: La percepción de los pacientes de la atención es muy favorable pero coinciden en aspectos que son mejorables como las instalaciones o la lista de espera.

Se han tomado las medidas oportunas y actualmente se está diseñando una reevaluación de las mejoras cumplimentadas.

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **154**

TÍTULO. UTILIZACION DE TECNICAS AUDIOVISUALES PARA EDUCACION E INFORMACION A PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD

Autores: TORRES CLEMENTE E, LUEZA-LAMPURLANES C, VALLES-GALLEGO V, LEDO-BLASCO P, LATRE-MUZAS B, ALLUE-CIUTAD M

TORRES CLEMENTE ELISA . CS BINEFAR . EAP (etorres@salud.aragon.es)

OBJETIVOS. Elementos ajenos al sistema sanitario influyen en la educación sanitaria de la población: medios de comunicación, radio, televisión, Internet, revistas y prensa. Estos medios contribuyen a:
Creación de no enfermedades, medicalización, pérdida de autocuidados
Demanda por procesos no médicos.
Condicionamiento del profesional por influencias mediáticas,
Pérdida del enfoque de prevención y promoción de la salud
Desaprovechar oportunidades para dar información y educación sanitaria a la población.
Se ha seleccionado como oportunidad de mejora el proporcionar información sanitaria y educación para la salud mediante la utilización de tecnologías de la información (audiovisuales) en salas de espera y otros espacios del Centro de Salud.

Objetivos:

Selección y priorización de áreas de intervención.
Mejorar la educación e información sanitaria de los usuarios de los Centros de Salud con métodos audiovisuales.
Fomentar autocuidados y disminuir medicalización
Mejorar la seguridad del paciente
Impulsar la imagen del centro de salud como referente en la prevención y promoción de la salud.
Mejorar la confortabilidad de los espacios de espera del Centro.
Implicación de los profesionales

MÉTODO. Utilización material audiovisual en educación sanitaria con temas de salud prioritarios.
Equipo multidisciplinar que elabore contenidos basados en evidencias científicas, con mensajes cortos, comprensibles, positivos, que aumenten motivación del usuario.
Encuesta de satisfacción y comprensión.
Colaboración en instalación salas de espera y equipamiento, Gerencia del Sector y Servicio de Informática

RESULTADOS. Año 2009: Proyección del audiovisual en la sala de espera sobre información y deshabituación tabaquica en la semana del 25 al 31 de mayo. Se realizan encuestas a fumadores con tests de Richmon y Frageston. Y cooximetría
A los 6 mese repregunta telefónicamente sobre su habito tabaquito, un 4% ha dejado de fumar.
Coberturas: comparamos coberturas, respecto a lo esperado en el programa tabaco. Con otros años.
2007: 25% 2008:19% 2009: 14%. Proyección de audiovisual en la sala de espera sobre información y vacunación de la gripe estacional, en la semana del 13 al 16 de octubre. Se integra en la campaña de vacunación antigripal.
Cobertura. Con respecto a lo esperado en este programa: 2007:49% 2008:54% 2009%74%. Se realiza una encuesta de satisfacción al profesional.

¿Te parece útil para informar a los pacientes la proyección de audiovisuales en el centro de salud? Si: 82%

¿Te parecen adecuados los contenidos del audiovisual del tabaco? Si: 76%

¿Te parecen adecuados los contenidos del audiovisual de la gripe? Si: 76%

¿Te parece adecuada la ubicación de la pantalla? Si: 70%

MAYO 2010: Educacion sanitaria a paceutes EPOC. MAYO 2010: TALLER DE DESHABITUACION TABAQUICA. Mayo 2010: TALLER LAVADO DE MANOS.

INDICADORES: Analisis de coberturas antes y despues de la intervencion. Cobertura EPOC, Cobertura deshabituacion tabaquica, Cobertura vacunacion antigripal.

Encuesta de satisfacción profesionales. Encuesta de satisfacción usuarios

CONCLUSIONES. El proyecto precisa más tiempo y de más actuaciones para poder valorar el impacto positivo sobre la población en educación sanitaria, así como contar con la opinión de los usuarios mediante encuestas de satisfacción