

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

---

# MESA 4

### Comunicaciones de tipo PÓSTER

Moderador/a:

**Juana María Jiménez Sáenz**

*Coordinadora de Calidad. Sector Zaragoza I*

**SALA 103**

**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: **PÓSTER**

Nº Reg. **128**

### TÍTULO. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE UN SISTEMA DE DISPENSACIÓN DE DOSIS UNITARIA

*Autores: ARENERE MENDOZA M, ALCACERA MA, ARENERE M, GIMENO M, MARIN C, LOPEZ P, MONTIS FJ*

*ARENERE MENDOZA MERCEDES. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. SERVICIO DE FARMACIA (marener@salud.aragon.es)*

**OBJETIVOS.** Identificación de los errores asociados a los diferentes procesos de un sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitaria (S.D.M.D.U.) semiautomatizado, en el que coexisten la prescripción electrónica y manual

**MÉTODO.** Estudio observacional prospectivo de un mes en el S.D.M.D.U. implantado en 289 camas. Se realizó una revisión del proceso de llenado de carros de todas las unidades y otro del proceso prescripción-transcripción del personal médico, farmacéutico y de enfermería en las unidades en las que no está implantada la prescripción electrónica

**RESULTADOS.** Se detectaron 162 errores en el llenado de 2.858 cajetines que contenían un total de 11.331 fármacos, que supuso un índice de error de llenado de 1.43% (errores/ fármacos totales), 0.06 errores/ cajetín y 0.48% errores llenado/ dosis dispensadas. El error más frecuente fue medicamento en el listado pero no en el cajetín (43.2%), seguido de error de medicamento en el cajetín pero no en el listado (28.4%), medicamento en cajetín erróneo (11.1%), dosis errónea (8.0%), confusión con otro medicamento (4.9%), unidades incorrectas (3.7%) y otros (0.6%). Las mayores tasas de error (errores/ veces repasadas) fueron en tres unidades de medicina interna 4.1%, 2.6%, 2.3%. En relación con los errores de prescripción-transcripción el número de errores por paciente fue de 0.08 y el índice de error de transcripción fue de 1.96%. el tipo de error más frecuentemente detectado fue duración no ajustada a la O.M. de tratamiento (33.0%), seguido de dosis errónea (20.5%), omisión del medicamento (20.5%), intervalo posológico incorrecto (8.9%), otros (6.3%), medicamento erróneo (5.4%) forma-vía incorrecta (5.4%). La fase en la que se detectó un mayor número de errores fue el de transcripción farmacéutica (n= 25), seguido de transcripción de enfermería (n=23), prescripción médica (n=21) y traslado de O.M.(n=13)

**CONCLUSIONES.** 1.Las mayores tasas de error de llenado de carro se observaron en aquellas unidades que tuvieron un elevado número de cambios a realizar con respecto al listado del día anterior. Este hecho nos hizo replantear nuestro procedimiento de trabajo, pasando al llenado de carros en una sola operación con el listado del día en las unidades con prescripción electrónica.

2.La fase en la que se detectó un mayor número de errores fue la de transcripción farmacéutica, seguida de la transcripción de enfermería. Estos resultados se podrían mejorar con el paso de la prescripción manual a la electrónica

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **318**

### TÍTULO. ESTRATEGIA DE MANOS LIMPIAS PARA UNA ATENCIÓN SEGURA EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

*Autores: ASTIER PEÑA MP, ABRIL ZAERA MP, COCA MORENO J, OLIVAN OTAL MP, ROYO SARTO AM, TOBAJAS SEÑOR E, TOLOSANA LASHERAS MT, NABERAN TOÑA K*

*ASTIER PEÑA MARIA PILAR . CS ROMAREDA (SEMINARIO) . TECNICO DE SALUD (mpastier@salud.aragon.es)*

#### OBJETIVOS. OBJETIVOS:

- Desarrollar materiales para la formación de los profesionales sanitarios y no sanitarios para la mejora de la higiene de las manos en la totalidad de los centros de salud del sector Zaragoza 2 del SALUD.
- Formar a un profesional sanitario por equipo de atención primaria sobre la higiene de las manos para profesionales sanitarios y no sanitarios de centros de salud del sector Zaragoza 2 del SALUD.
- Difundir la formación en cada centro de salud a través de los formadores que han realizado el curso

**MÉTODO.** 1.desarrollo materiales: power point de formativo, edición video de OMS sobre lavado de manos, díptico del MS y PS sobre Manos Limpias Salvan Vidas, recomendaciones de SEMFYC sobre lavado de manos en atención primaria. Técnica de uso de solución hidroalcohólica con lámpara de luz negra para comprobación de la aplicación de la solución teñida con fluoresceína.

2. Identificación de al menos una persona por equipo de atención primaria (21 EAPs del sector Zaragoza 2) para formar en la técnica de lavado de manos y manejo de los materiales disponibles.
3. Impartición de dos talleres de formación de formadores (15 y 16 de septiembre de 2009)
4. Desarrollo de sesiones formativas, con registro de firmas de asistentes y encuesta de valoración, en los diferentes centros de salud del sector con los materiales del curso. Reconocimiento de la realización de la actividad por parte de la dirección con certificación para el docente y los discentes.

**RESULTADOS.** 1. Cd material docente: power point explicativo, vídeo de OMS con la técnica del lavado de manos y solución hidroalcohólica, documento de recomendaciones sobre la higiene de manos en atención primaria de SEMFYC. Dípticos del Ministerio de Sanidad y Política Social "Manos Limpias Salvan Vidas". Lámpara de luz negra para la comprobación de la técnica y preparación de una solución hidroalcohólica con fluoresceína. Este material se ha facilitado para los talleres impartidos en cada centro.

2. Dos sesiones de formación de formadores. En total se han formado 31 profesionales de los 21 EAPs del sector y el taller ha sido valorado con una puntuación global de 8,2/10.
3. Revisión en los centros de la disponibilidad de soluciones hidroalcohólicas en consulta y de soluciones en envase pequeño para los avisos a domicilio.
4. Los centros que han realizado el taller hasta mayo de 2010 son Fuentes Norte (puntuación global del taller (PGT):9,6; Asistentes(A):18), San José Norte y Centro (PGT:9,5; A:30), Hnos Ibarra (PGT: 9; A:14); Torrero Este (PGT: 9,3; A:24). El resto de centros va a incorporar la sesión al calendario de sesiones del centro a lo largo de 2010.

**CONCLUSIONES.** La estrategia de seguridad del paciente sobre higiene de manos en Atención Primaria ha tenido una buena acogida. Los profesionales sanitarios y no sanitarios que han acudido a los talleres han aprendido las técnicas de lavado de manos con agua y jabón y con solución hidroalcohólica. La formación de formadores incentivada con certificación de la actividad en los centros ha sido un elemento facilitador en la estrategia.

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **263**

### TÍTULO. ESTUDIO SOBRE LA EPISIOTOMÍA: LIBERAL VS RESTRICTIVA. VALORACIÓN A LOS 3 AÑOS

*Autores: JUSTE PINA A, SABATER-ADAN B, CRUZ-GUERREIRO E, LUQUE-CARRO R, VIÑERTA-SERRANO E, SANZ DE MIGUEL E, SUBIRON-VALERA AB, PEREZ-CASTILLO Y*

*JUSTE PINA AMELIA . CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA) . MATRONA (ajuste@salud.aragon.es)*

**OBJETIVOS.** Analizar A LOS TRES AÑOS postparto las ventajas y desventajas de la aplicación de episiotomía según un protocolo restrictivo (limitada a indicación fetal o materna), o sistemático (prevención de desgarros perineales)

**MÉTODO.** Estudio experimental, prospectivo, randomizado y aleatorizado en el H. Universitario Miguel Servet de Zaragoza desde abril de 2004 a diciembre de 2005 en su primera fase, y a los 3 años del parto en su 2ª fase (junio 2007-febrero 2009). Entrevista telefónica exhaustiva.

Criterios de inclusión: primigestas, feto único, a término, presentación cefálica, parto eutócico.

Análisis estadístico con SPSS 11.0 para windows. Significación estadística  $P < 0,005$ .

Se estudian a 3 años: Gestaciones posteriores, tipo de parto. Dolor perineal residual. Disuria, disquecia, dispareunia.

Tiempo de lactancia.

**RESULTADOS.** En la investigación a los 3 años se pierden 37 mujeres, quedando 185 (50.68%) en el grupo control y 180 (49.32%) en el grupo selectivo.

La edad media fue de 34.35 (rango 18-48, DT 3,884) y el peso 62.69 (rango 37-106, DT 11,187) sin diferencias significativas entre ambos grupos.

184 mujeres han tenido partos posteriores, de los cuales, 142 fueron partos normales (77%) y 42 instrumentales o cesáreas (23%). No hubo diferencias con significación entre los grupos.

De los partos normales, 94 no precisaron episiotomía (66.20%), y a 48 sí se les realizó (33.80%). De estos últimos, a 43 ya se les hizo episiotomía en el parto de estudio.

Analizados: dolor perineal residual, dolor con la micción, dolor con la deposición y dolor con el coito, no se hallaron diferencias con significación estadística.

Nuestras mujeres dan 6.93 meses de media de lactancia (máximo 48, DT 7,723)

**CONCLUSIONES.** En nuestro estudio no hubo diferencias significativas, en los grupos episiotomía restrictiva vs liberal, ni si consideramos episiotomía sí vs episiotomía no para las variables estudiadas.

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **221**

### **TÍTULO. PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL: SITUACIÓN EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA**

*Autores: BAGUENA GARCIA A, BAGUENA-GARCIA A, ESCRICHE-ROS R, PEMÁN-MUÑOZ T, PUEYO-SALAVERA C, LORBES-MACHIN T, SOBREVIELA-CELMA N, ORTEGA-RAPOSO T*

*BAGUENA GARCIA ALICIA . CS ALMOZARA . ATENCION PRIMARIA (aliba63@hotmail.com)*

**OBJETIVOS.** - Conocer la situación y las características epidemiológicas y clínicas del paciente en tratamiento anticoagulante oral en nuestro Centro de Salud.

- Conocer los eventos e interacciones farmacológicas asociadas en estos pacientes

**MÉTODO.** -Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo.

- **Ámbito:** Atención Primaria.
- **Sujetos:** Todos los pacientes en tratamiento anticoagulante oral a fecha 1 Enero de 2009.
- **Duración del Estudio:** 1 Enero 2009 a 1 Marzo 2009.
- **Variables estudiadas:** demográficas, INR, diagnósticos asociados, duración del tratamiento, pluripatología y polimedicación, asociación con antiagregantes, interacciones y complicaciones asociadas

**RESULTADOS.** - Tamaño muestral: 280 pacientes.

- 25% control capilar. 50%hombres, 50%mulieres.Edad Media: 74.69 años,rango de edad 42-91 años.
- Diagnósticos asociados: 65% ACXFA, 9.2% Prótesis valvulares, 8.2% Eventos trombóticos, 17.6% otros diagnósticos.
- El 79% de la muestra presenta más de dos enfermedades crónicas.
- Tiempo de tratamiento: 10.4% <1año, 14.7% 1-2años, 8.5% 2-3años, 65.4%>3años
- 56.4% pacientes plurimedicados. Asociación con antiagregantes: 14.6%
- Interacciones con fármacos: 51% de la muestra. Destacan: 32.3% omeprazol, 14.2% simvastatina, 11.7% AAS, 11.7%Amiodarona, 7.8% Levotiroxina, 4.4% Alopurinol, 17.9% otros.
- El 52.8% tienen INR dentro del rango.
- El 8.2% de la muestra relacionaba tratamiento agudo con alteración de INR.
- El 26% de los pacientes con interacciones farmacológicas por tratamientos crónicos presentaban INR alterado.
- En el 6% de la muestra se asociaron complicaciones específicas con los episodios de INR alterado (30% sangrados, 47% hospitalizaciones).

**CONCLUSIONES.** - Uno de cada cuatro pacientes con acenocumarol llevan control capilar.

- Más de la mitad de la muestra presenta algún tipo de interacción medicamentosa con acenocumarol. A pesar del alto porcentaje de pacientes con alteración del INR muy pocos de ellos presentan complicaciones.
- La presencia de polimedicación y pluripatología en este grupo, hace necesario diseñar actividades que incrementen la seguridad clínica de estos pacientes así como su nivel de implicación.
- La elevada frecuencia de interacciones medicamentosas halladas en este grupo, hace necesario plantear una intervención en el equipo de salud

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **224**

### TÍTULO. SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO EN EL PACIENTE ANCIANO POLIMEDICADO

*Autores: BAGUENA GARCIA A, BAGUENA-GARCIA A, ESCRICHE-ROS R, IGLESIA-ARA S, PUEYO-SALAVERA C, PEMÁN-MUÑOZ T, CACERES AM, ARQUILLUÉ-VARONA S*

*BAGUENA GARCIA ALICIA . CS ALMOZARA . ATENCIÓN PRIMARIA (cpueyos@salud.aragon.es)*

**OBJETIVOS.** Detectar el número de pacientes de 65 a 75 años polimedcados.  
Conocer su adherencia al tratamiento.  
Disminuir la medicación potencialmente no adecuada en ancianos.

**MÉTODO.** Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo.

Ámbito: Atención Primaria.

Sujetos: Pacientes polimedcados (seis o más fármacos) de 65 a 75 años a 1 de Enero de 2009 de los cupos participantes.

Duración del Estudio: 1 Enero 2009 a 1 Diciembre 2009.

Variables estudiadas: Tratamiento crónico, test de adherencia al tratamiento ( Morisky-Green- Levin), Medicación potencialmente inadecuada benzodiacepinas vida media larga, hipoglucemiantes vida media larga, AINES durante más de 6 meses).

**RESULTADOS.** Tamaño muestral: 447.

Tratamiento crónico con seis o más fármacos:22.8%.

Medicación potencialmente inadecuada:41.1%, de los que benzodiacepinas vida media larga 20.7%, antidiabéticos orales vida media larga 6.8% y AINES durante más de seis meses 6.8%.

Realización de test de adherencia al tratamiento: 100%

**CONCLUSIONES.** Existen muchos pacientes con pluripatología, la mayoría de ellos con enfermedades cardiovasculares, que requieren un número elevado de fármacos de mantenimiento, por lo que resulta difícil minimizar la prescripción en este grupo.

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **270**

### TÍTULO. LA COMUNICACIÓN NO VERBAL: EJE EN LOS CUIDADOS POSTOPERATORIOS

*Autores: BARA MACHIN G, BARRADO NARVION MJ, LOPEZ IBORT N, GONZALEZ DE LA CUESTA D*

*BARA MACHIN GLORIA . HOSPITAL ROYO VILLANOVA . UCI (dgonzalezd@salud.aragon.es)*

**OBJETIVOS.** Conocer los elementos de la comunicación no verbal.

Aplicar esos conocimientos en el postoperatorio inmediato, para mejorar la comunicación con el paciente recién intervenido.

Aumentar la satisfacción de los pacientes.

Mejorar la calidad de los cuidados.

Establecer un entorno seguro para el paciente

**MÉTODO.** Estudio descriptivo de los componentes de la CNV en los pacientes en el postoperatorio inmediato a través de los registros de enfermería establecidos para ello

**RESULTADOS.** Conocer las expresiones según patología quirúrgica

Comprender signos y síntomas

Relación próxima "prójimo"

Interacción con el medio

Aumento de la expresividad y sensibilidad

Sentimiento de satisfacción

Atenúa el dolor y aumento del bienestar

**CONCLUSIONES.** Mayor confortabilidad

Confianza del paciente hacia el equipo

Aumento de la calidad asistencial

Crecimiento personal, profesional y humano

Obtiene feed-back

Expresa emociones

Personaliza el cuidado

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **302**

### **TÍTULO. MEJORAR EL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS MÉDICOS QUE SOLICITAN NUESTRAS PRUEBAS CON LA RESPUESTA OBTENIDA**

*Autores: BARINGO FUENTES T, VELA-MARQUINA M, GONZALEZ-ESCALANTE M, LIEVANO-SEGUNDO P, DE LA CUEVA-BARRAO L, GUALLAR LABRADOR A, MUÑOZ SAENZ E, ABOS OLIVARES D*

*BARINGO FUENTES TERESA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MEDICINA NUCLEAR. (tbaringo@salud.aragon.es)*

**OBJETIVOS.** Sólo conocemos de forma intuitiva, por contacto diario y reuniones periódicas con los comités, las necesidades y expectativas de clientes internos con respecto a nuestros servicios. Pretendemos obtener indicadores reales de la situación actual con vistas a mejorar y cuantificar el resultado de las acciones correctoras implantadas.

El objetivo es conocer y mejorar el grado de satisfacción de nuestros clientes internos en las siguientes áreas: la información y comunicación con los profesionales del Servicio de Medicina Nuclear, la hoja de petición de pruebas, el tiempo transcurrido entre la petición de pruebas y la recepción del resultado, la claridad de los informes emitidos, el trato con los profesionales del Servicio, la participación de los médicos nucleares en procedimientos de cirugía radioguiada, la rapidez de respuesta ante quejas y reclamaciones, la satisfacción general con el servicio; Y que aspectos consideran más positivos o necesitan mejorar, así como la utilidad de la encuesta realizada.

**MÉTODO.** Se diseñó la encuesta con los criterios antes mencionados en formato electrónico, que permite una respuesta rápida y el envío automático de los datos por correo electrónico, lo que incrementa la tasa de respuesta y permite el tratamiento estadístico de los datos. Se realizó un pretest enviando la encuesta a 8 médicos elegidos al azar entre los que comúnmente nos remiten peticiones de pruebas. Se envió en segundo tiempo la encuesta a los coordinadores de Atención Primaria del Sector, pues a pesar de que son pocas las pruebas que nos remiten, nos parecía una forma de darnos a conocer e incrementar la colaboración. Se confeccionó en tercer lugar un listado obtenido del HP-DOCTOR con los médicos del Área Sanitaria de referencia del Sector II, que más frecuentemente solicitan nuestras pruebas y se envió la encuesta a los 100 primeros más demandantes.

**RESULTADOS.** De los 8 médicos elegidos al azar encuestados, contestaron 6. De los 21 Coordinadores del Sector, contestaron el 50%. Estamos pendientes de la respuesta de los 100 médicos especialistas. Como resultados preliminares, de las 111 preguntas contestadas, en el 81,98%, el grado de satisfacción fue bueno o muy bueno.

**CONCLUSIONES.** A pesar de que en este momento el nº de encuestas recibidas es escaso, el formato de encuesta y forma de envío, facilita la respuesta. En los resultados preliminares, el grado de conformidad de nuestros clientes con nuestros servicios es satisfactorio. De las preguntas abiertas, cabe destacar que nos permitirán diseñar áreas de mejora.

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **107**

### **TÍTULO. ACTIVIDAD Y GESTIÓN DE CAMAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI) DE UN HOSPITAL TERCIARIO**

*Autores: BARRA QUILEZ F, LAFUENTE-MATEO M, TEJADA-ARTIGAS A, UTANDE-VÁZQUEZ A, FERNÁNDEZ-SALVATIERRA L, OJUEL-GROS TE, GARRIDO-LÓPEZ DE MURILLAS R, FUERTES-SCHOTT C*

*BARRA QUILEZ FERNANDO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA (fernando\_happy@hotmail.com)*

**OBJETIVOS.** Observar la gestión y utilización de las camas de UCI en un hospital terciario, donde a menudo la demanda de camas supera a la oferta

**MÉTODO.** Estudio descriptivo, observacional prospectivo, realizado en el SMI del H.U. Miguel Servet de Zaragoza, entre los meses de enero y abril del 2010. Dicho servicio cuenta con un total de 46 camas, divididas en 4 unidades. Los datos se recogieron mediante un formulario rellenado por el residente de guardia. Se recogieron los datos de día, mes, si el día era laboral o festivo, camas libres a las 8:00 horas, ingresos programados y urgentes, camas disponibles al comienzo de una guardia, y traslados a otras unidades por falta de camas

**RESULTADOS.** Se recogieron datos de 119 días (99,16%; 65,5% laborales y 34,5% festivos). La media de camas libres a las 8:00 fue de 1,29 camas (0-8). Hubo 0 camas libres el 47,9% de los días (n: 57), 1 el 21% de los días (n: 25), 2 el 12,6% (n: 15) y 3 o más el 18,5% (n: 22). La media de ingresos programados fue de 2,22 (0-7), existiendo diferencias estadísticamente significativas entre los días laborales (3,29) y festivos (0,17) ( $p < 0,001$ ). La media de ingresos urgentes fue de 3,25 (0-8). La media de camas disponibles al comienzo de la guardia fue de 3,81 (0-11). En el período estudiado se realizaron un total de 102 traslados a otras unidades de la misma o distinta ciudad por falta de camas. La media de traslados por día fue de 0,86 (0-6). En ninguno de estos tres últimos casos se encontraron diferencias significativas entre los días laborales y festivos. De los pacientes trasladados, un 62,7% (n: 64) se encontraban en el servicio de Urgencias; un 25,5% (n: 26) procedían de otro hospital, y un 11,7% (n: 12) eran pacientes ingresados en nuestro hospital

**CONCLUSIONES.** Observando los resultados, llama la atención que en un servicio como el nuestro, con 46 camas de intensivos, casi la mitad de los días no existan camas libres a las 8:00 horas, quedando una media de sólo 4 camas disponibles al comienzo de la guardia. Esto nos lleva a ser muy restrictivos con los criterios de ingreso, y a menudo a trasladar pacientes críticos a otros hospitales, con el riesgo que ello supone. Esta desproporción entre la oferta de camas para críticos que existe en nuestra comunidad y su necesidad imperiosa nos obliga a realizar una gestión muy cuidadosa de camas, aunando efectividad y eficiencia

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **105**

### TÍTULO. LABOR ASISTENCIAL DEL RESIDENTE DE MEDICINA INTENSIVA FUERA DE LA UCI

*Autores: BARRA QUILEZ F, LAFUENTE-MATEO M, TEJADA-ARTIGAS A, UTANDE-VÁZQUEZ A, GUTIÉRREZ-IBAÑES P, SANCHO-VAL I, JIMÉNEZ-RÍOS M, SANZ DE GALDEANO-DELGADO S*

*BARRA QUILEZ FERNANDO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA (fernando\_happy@hotmail.com)*

**OBJETIVOS.** La labor de la Medicina Intensiva como especialidad no debe centrarse exclusivamente en el interior de la UCI. Debe estar donde está el enfermo crítico. Y así ocurre, desde siempre, con la labor del residente. Así, nuestro objetivo es conocer y valorar la labor de éste fuera de las UCIs

**MÉTODO.** Estudio descriptivo, observacional prospectivo, realizado entre los meses de enero y abril del año 2010 en el Hospital U. Miguel Servet de Zaragoza. Los datos se obtuvieron mediante un formulario rellenado por el residente de guardia. Se recogieron como variables el día, mes, si era día laboral o festivo, el número de residentes de guardia, el número de avisos urgentes y su procedencia, el número de ingresos urgentes, y el número de marcapasos provisionales colocados. Se incluyeron en el estudio todas las llamadas urgentes al busca del residente, así como los pacientes atendidos por éste fuera de la UCI. No se incluyeron las técnicas realizadas o la asistencia de pacientes que ya estaban previamente ingresados en la UCI

**RESULTADOS.** Durante el período señalado se recogieron los formularios correspondientes a 119 días de guardia (99,16%), 78 de los cuales fueron laborales (65,5%) y 41 festivos (34,5%). Hubo un único residente de guardia 91 días (76,5%), y dos residentes 28 días (23,5%). Se produjeron un total de 623 avisos urgentes. La media de avisos por día fue de 5,24 (1-13). No hubo diferencias significativas entre laborales (5,47) y festivos (4,74) (p: 0,12). Atendiendo a su procedencia, 58,4% eran avisos procedentes del servicio de Urgencias (n: 364), 26% de otra planta de hospitalización (n: 162) y 15,5% de otro hospital (n: 97). El número de ingresos urgentes en la UCI fue 387. La media ingresos por día fue 3,25 (0-8). Se colocaron un total de 20 marcapasos transitorios, con una media de 0,17 al día (0-1)

**CONCLUSIONES.** A la vista de los resultados, la labor asistencial del residente de medicina intensiva resulta fundamental para un hospital terciario. Además del trabajo realizado dentro de la propia unidad, el residente juega un papel vital y a menudo poco valorado fuera de la UCI, gestionando todas las llamadas urgentes, centralizadas en un único número, atendiendo los pacientes críticos desde el aviso hasta su ingreso en la unidad de cuidados intensivos y, aunque en menor número, realizando técnicas complejas, como la colocación de marcapasos transitorios

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **130**

### **TÍTULO. APLICACIÓN DE UNA HERRAMIENTA WEB, PARA LA COORDINACIÓN, INFORMACIÓN, Y GESTIÓN DE LA FORMACIÓN DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN UNA UNIDAD**

*Autores: BARTOLOME MORENO C, MELUS-PALAZON E, GARCIA-GARCIA I, CLERENCIA-CASORRAN C, LAFUENTE-LAFUENTE A, BARTOLOME-MORENO CB*

*BARTOLOME MORENO CRUZ . UNIDAD DOCENTE MFYC ZARAGOZA 1 . UNIDAD DOCENTE SECTOR ZARAGOZA I (cbartolomem@hotmail.com)*

**OBJETIVOS.** Una UD de MF y C, tiene entre sus competencias la gestión completa de las actividades de residentes y tutores, y es responsable de un gran número de tareas de coordinación, información, orientación, supervisión formativas y de evaluación. El compromiso de calidad de la UD requiere realizar estas tareas de forma eficiente, con accesibilidad y la mayor satisfacción posible. Este objetivo justifica el diseño de un espacio en entorno Web

**MÉTODO.** Marzo 2009: Identificación, priorización y selección de contenidos. Responsables: Jefe Estudios UD, Técnico de Salud UD, Médicos de familia.

Mayo 2009: Diseño, desarrollo y publicación de la aplicación. Responsables: Equipo de Diseño. Web master supervisor.

Septiembre 2009: Establecimiento de monitor de satisfacción. Responsables Web master supervisor.

Diciembre 2009: Evaluación puesta en marcha, detección de problemas, resolución de sugerencias. Responsables Jefe Estudios UD, Técnico de Salud UD.

Febrero 2010: Resolución problemas detectados. Responsables Jefe Estudios UD, Técnico de Salud UD. Se instala contador de visitas y de descargas

**RESULTADOS.** Indicadores monitorizados (Mayo 2010):

Objetivo: Página web funcional para residentes

Indicador 1: % residentes que se convocan para realizar cursos mediante página web: 100%. Indicador 2: autocontador de descargas de objetivos generales de cursos: 773 descargas. Indicador 3: autocontador de página principal: 449 descargas.

Objetivo: Página web funcional para los tutores

Indicador 4: % tutores que utilizan la pagina para inscribirse a cursos: 70%

Objetivo: Página web funcional para los sanitarios:

Indicador 5: autocontador de visitas: 11443 visitas/3 meses. Indicador 6: autocontador de descargas de la sección encuentros AP y H: 415 descargas. Indicador 7: autocontador de descargas de la sección Jornadas y congresos: 306 descargas. Indicador 8: autocontador de la sección últimas noticias: 330 descargas. Indicador 9: autocontador de descargas de la sección webteca: 306 descargas. Indicador 10: autocontador de descargas de la sección para la consulta: 268 descargas. Indicador 11: autocontador de descargas de la sección biblioteca virtual: 206 descargas.

Objetivo: Página web funcional para los pacientes

Indicador 12: autocontador de descargas de la sección contactos de interés: 221 descargas

**CONCLUSIONES.** Se ha creado una página web funcional tanto para residentes como para tutores. Su fin es amplio, soporte tanto para la consulta, como para la investigación, todo tipo de documentación, formularios y enlaces a páginas de interés

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **151**

### **TÍTULO. INTENTANDO MEJORAR LA ASISTENCIA GLOBAL DEL PACIENTE EPOC: ¿DE QUE/QUIEN DEPENDE QUE EL PROGRAMA PROGRESE?**

*Autores: LUEZA LAMPURLANES C, TORRES- CLEMENTE E, ALLUE-CIUTAD M, IBAÑEZ-CASTELLAR L*

*LUEZA LAMPURLANES CRISTINA . CS BINEFAR . EAP (clueza@salud.aragon.es)*

**OBJETIVOS.** La EPOC es la primera causa de muerte evitable(SEPAR).

Detectamos un infradiagnostico en esta patología en atención primaria debido al poco uso del espirómetro, a la dificultad en la realización de espirometrías y a su interpretación.

Detectamos baja cobertura en deshabituación tabaquica.

**OBJETIVO:**

Aumentar la cobertura de EPOC.

Diagnostico precoz en esta patología.

Intervención sobre el abandono del habito tabaquito.

Seguimiento y tratamiento adecuado, así como vacunación antigripal y antineumococica

**MÉTODO.** Técnica correcta en la realización de espirometrías.

Agenda especifica en admisión, en programa OMI. para realización de espirometrías: 2 días a la semana 2 horas. Las realizaran dos profesionales adiestrados de enfermería.

5 espirometrías/semana por 40 semanas= 200espirometrías/año.

Interpretación adecuada de resultados

**RESULTADOS.** Se adquirió un espirómetro, SPIROLAB II. En marzo de 2009.

Se realizo formación en el servicio de neumología del hospital por todos los profesionales de enfermería.

Se realizo formación para los profesionales de medicina, en el Centro de Salud, para interpretación de espirometrías.

**EVALUACIÓN DE INDICADORES:**

- Nº pacientes con EPOC y fumadores con consejo antitabaco: 100%

- Nº pacientes con EPOC vacunados de la gripe: 90%

- Nº pacientes en cartera de servicios EPOC/ Nº de casos esperados 480pacientes.

Objetivo: 80%: 2008: 7,7%. 2009: 11,25% 2010: enero-mayo:14%( 67/480)

-Nº de espirometrías realizadas en un año/ 100 espirometrías como objetivo al año.

Objetivo 80% =8%

-Nº pacientes en cartera de servicios en deshabituación tabaquica/Nº de casos esperados (3390) objetivo 80%  
2008: 19%. 2009:14%.2010:17%(581/3390)

-Proyección audiovisual sobre educación a pacientes EPOC.

Proyección audiovisual de deshabituación tabaquica.

**Dificultades encontradas:**

Avería en dos ocasiones del espirómetro a lo largo de este año.

Sigue sin crearse la agenda en OMI específica de espirometrías (salas), esto produce perdida de informacion.

Desconocimiento de lista de espera, para la realizacionde la espirometría(analisis)

**CONCLUSIONES.** Dificultades encontradas:

Avería en dos ocasiones del espirómetro a lo largo de este año.

Sigue sin crearse la agenda en OMI específica de espirometrías (salas).

Desconocimiento de lista de espera.

Perdida de información entre la petición y la realización de la prueba.

**Conclusiones:**

LA EPOC es la enfermedad crónica mas prevalerte en atención primaria.

Disminuye calidad de vida e incrementa gasto sanitario. Se observa un discreto aumento en las coberturas de EPOC y deshabituación tabáquica, aunque estamos muy lejos de objetivo, seguimos con dificultades en el diagnostico de la EPOC, principalmente porque no se relizan las Espirometrías necesarias. Esto provoca una baja cobertura para realizar el seguimiento adecuado