

MESA 4

Comunicaciones de tipo PÓSTER

Moderador/a:

JULIO COCA MORENO

Unidad de Calidad. Dirección de Atención Primaria. Sector Zaragoza II

SEGURIDAD DEL PACIENTE

SALA 103

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: **PÓSTER**

**TÍTULO. EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL HOSPITAL OBISPO
POLANCO**

Autores: Andres A, Camacho MA, Perez C*

**AURORA ANDRES SALIENTE. HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL (aadressa@salud.aragon.es)*

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS. Las caídas es un riesgo que afecta a la seguridad de los pacientes durante el ingreso

El índice de caídas es considerado como un indicador de calidad de los cuidados de enfermería

En la revisión bibliográfica, se han identificado factores que pueden influir en las mismas, clasificándose como nivel III de evidencia: edad, estado cognitivo, historial de caídas, necesidades de higiene

La Dirección de Enfermería dispone de un registro individualizado desde el año 2000 de todas las caídas que se han producido en el hospital, que analizamos con los siguientes objetivos:

- 1 Identificar el perfil de riesgo del paciente que sufre caídas
- 2 Valorar las consecuencias de las caídas
- 3 Analizar la influencia la intervención preventiva llevada a cabo a final de 2005: Cambio de mobiliario: camas, sillones y barras de agarre en baños
- 4 Comparar las características de nuestras caídas y factores asociados con los publicados

METODOLOGÍA. Estudio descriptivo longitudinal de los registros de caídas que se realizan en el HOP durante cinco años: 2003-2007

Hojas de registros de caídas

Base de datos de la Dirección de Enfermería de caídas

RESULTADOS. 1 N° total de caídas registradas 263 . En mañanas 82 (31,17%), en tardes 64 (24,33%) y 117 el 44,48% en la noche

2 El 43,72% (115), han sido desde la cama, 60 deambulando, 51 en el baño, 29 desde el sillón y otros, 8

3 De los 115 que se han caído desde la cama 84 no llevaba protecciones (barandillas)

4 El 40,30% (106) estaban acompañados en el momento de la caída

5 El 76,80% (202) estaban orientados y el 23,19% (61) estaban desorientados

6 Edad de los pacientes:

Entre 70-95: 160 pacientes, el 60,83%

Niños: 22

Resto : 81 pacientes

7 Las consecuencias han sido:

Ilesos: 168 pacientes (63,87%)

Hematomas: 48 pacientes (18,25%)

Heridas: 26 pacientes (9,88 %)

Fracturas: 2 pacientes (0,76%)

Hemorragia cerebral: 2 pacientes (0,76%)

Otros: 2 pacientes (6,46%)

8 Tras la intervención se han reducido las caídas de 80 a 43, es decir de 0,83% a 0,43%

CONCLUSIONES. 1 Perfil de paciente que sufre caídas: 70-95 años, que se cae desde la cama, durante la noche, a pesar de estar acompañado, consciente y orientado

2 Las consecuencias van desde ileso hasta hemorragia cerebral

3 El registro nos ha permitido la identificación del perfil de riesgo y la introducción de intervenciones preventivas con resultados eficaces

5 El estar orientado y acompañado por la familia no garantiza la ausencia de caídas. Los profesionales deben educar a la familia en el uso y mantenimiento de medidas preventivas

**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: **PÓSTER**

TÍTULO. ROTURA DEL TENDÓN EXTENSOR LARGO DEL PRIMER DEDO INDUCIDA POR QUINOLONAS

Autores: Gonzalez F, Navarro C, Esteban O, Palacios MV, Montesa C*

** FRANCISCA GONZALEZ RUBIO. CS DELICIAS SUR (DRONDA) (fgonzalez@salud.aragon.es)*

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS. Las quinolonas aportan buena absorción intestinal, penetración en los tejidos y un amplio espectro de acción antibacteriano. Sin embargo, presentan toxicidad tendinosa. Presentamos un caso en el que en un paciente joven, la toma de quinolonas ha provocado la rotura del extensor largo del primer dedo de la mano.

METODOLOGÍA. Varón de 48 años que precisa de hasta tres antibióticos sucesivos para la resolución de una otitis media: cefaclor, moxifloxacino y gentamicina.

A los diez días, tras reactivarse el proceso, se prescribe amoxicilina-clavulánico 1gr, mometasona tópica nasal y levocetirizina. Al no mejorar, se pauta ciprofloxacino 500mg/12h/10 días.

Al mes, presenta una nueva otitis y se prescribe por segunda vez ciprofloxacino 500mg/12h y, por dolor e inflamación, un vial de betametasona 6mg intramuscular.

A la semana de iniciar este tratamiento comienza con dolor espontáneo en la articulación metacarpofalángica del primer dedo de la mano derecha. Se le diagnostica de tendinitis por lo que se recomienda reposo, hielo y antiinflamatorios, manteniéndose el ciprofloxacino.

A los 15 días refiere que al transportar una bolsa notó un chasquido muy doloroso en el primer dedo e impotencia funcional. La exploración era compatible con una rotura del extensor largo del primer dedo de la mano derecha que precisó cirugía reparativa y rehabilitación posterior.

Se descartaron causas alternativas, como traumas o sobrecargas recientes.

El caso fue notificado al Centro Regional de Farmacovigilancia

RESULTADOS. -

CONCLUSIONES. Se trata de un caso de afectación musculotendinosa en probable relación con la toma de quinolonas, con las singularidades de la edad del paciente, más joven que la edad media de los casos revisados, y la localización, que no es el tendón de Aquiles, lugar más frecuentemente notificado, sino el extensor largo del primer dedo de la mano. Las quinolonas pueden llegar a producir hasta 20 casos de tendinopatías por cada 100.000 pacientes tratados, cifras que pueden ser mayores si existen factores concomitantes como: edad superior a 60 años, insuficiencia renal, uso de corticoides, sobrecarga muscular, gota u obesidad.

Queremos destacar que, una adecuada anamnesis farmacológica hubiera permitido al profesional darse cuenta de que en apenas un mes se le habían prescrito tres quinolonas y en la última, además, asociada a corticoides, por lo que la probabilidad de aparición de una lesión tendinosa era elevada.

**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: **PÓSTER**

TÍTULO. EFECTOS ADVERSOS: EL COMIENZO FUE UN ACCIDENTE LABORAL

Autores: Barrado MJ, Carrillo B, Del F, Lipe B, Gonzalez D*

**MARIA JESUS BARRADO NARVION. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (mjbarrado@terra.es)*

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS. Descripción de la situación inicial del paciente que sufrió un accidente laboral en Teruel y fue trasladado a la unidad de cuidados intensivos.

Objetivos: - Describir el efecto adverso y sus causas

- Aplicar el análisis de causa s raíz
- Describir la evolución de las circunstancias
- Definir las medidas a tomar
- Proponer un plan de mejora

METODOLOGÍA. Se utilizó la metodología del análisis causa raíz, para ello se establecieron las siguientes etapas:

- 1.- Identificar el accidente a investigar en base a criterios de severidad del daño causado y de recursos disponibles para realizar la investigación
- 2.- Recopilar la información a través de la información clínica, coordenadas temporo-espaciales, factores humanos
- 3.-Elaboración de un mapa de los hechos aplicando la parrilla de análisis
- 4.- Analizar la información (diagrama de Isikawa)
- 5.- Estudiar las barreras preventivas
- 6.- Desarrollar soluciones y plan de acción

RESULTADOS. Derivados del caso concreto

Implimentar medidas para reducir el riesgo
Determinar los profesionales implicados
Definir indicadores de medida

CONCLUSIONES. Siendo las unidades de cuidados críticos más propicias a errores debido a la multitud de farmacos y procedimientos, así como por la imposibilidad de participación de los pacientes por su estado inconsciente. Se hace necesario:

- Crear un registro de incidentes de fácil cumplimentación
- Establecer un grupo estable que revise de forma sistemática este registro, que determine los incidentes susceptibles de investigación
- Implementar las medidas tomadas derivadas de la investigación
- Medir a través de indicadores estos resultados
- Motivar a todos los profesionales implicados para conseguir el cambio de la cultura de la culpa a la cultura del conocimiento

**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: **PÓSTER**

TÍTULO. ENCEFALITIS INDUCIDA POR METOTREXATO ORAL Y SUBCUTÁNEO

Autores: Gonzalez F, Esteban O, Martinez-Raposo MC, Baile MG, Navarro C, Montesa C*

** OSCAR ESTEBAN JIMENEZ. CS VALDEFIERRO (oscarej@hotmail.com)*

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS. El metotrexato (MTX) es un antimetabolito de la familia de los folatos cuyo doble mecanismo de acción es la inhibición de la síntesis de ADN y la inhibición de la síntesis de proteínas. Ocasionalmente se han descrito episodios de disfunción cognitiva, alteraciones del estado de ánimo, leucoencefalopatías y encefalopatías, ligados a la administración de metotrexato intratecal o intravenoso y a dosis altas o intermedias. Presentamos un caso de encefalitis tras la administración de MTX por vía oral y subcutánea, a la dosis habitual.

METODOLOGÍA. Mujer de 50 años de edad, con artropatía psoriásica en tratamiento con MTX oral a dosis de 7,5 mg/semanal, que a los dos meses, por intolerancia digestiva, es sustituido por MTX inyectable a dosis de 15 mg subcutánea/semanal.

Dos meses después acude a consulta comentando que de forma progresiva ha comenzado con dificultad para leer y entender lo que lee, problemas de memoria de acontecimientos recientes, cefalea, hipotensión, bradipsiquia y disminución de la coordinación motora de extremidades superiores e inferiores.

La resonancia magnética, el hemograma completo con serologías y la ecografía de troncos supraaórticos, resultaron compatibles con la normalidad.

Dado el diagnóstico de neurología, de encefalopatía difusa asociada a la toma de MTX, el tratamiento fue suspendido.

La paciente fue experimentando una lenta pero constante mejoría y al mes de retirar la medicación pudo reintegrarse con normalidad a su puesto de trabajo.

El caso fue notificado al Centro Regional de Farmacovigilancia.

RESULTADOS. -

CONCLUSIONES. Clásicamente el MTX se relaciona con daño hepático, gastrointestinal y medular, sin embargo también produce toxicidad neurológica.

Por tanto, creemos que, además de valorar la función renal, hepática y el hemograma del paciente antes y durante la toma de este inmunomodulador, tal y como consta en las fichas técnicas, deberíamos valorar el estado cognitivo y realizar una exploración neurológica, independientemente de la dosis y de la vía de administración utilizada.

**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: **PÓSTER**

TÍTULO. TRATAMIENTO CON BENZODIACEPINAS EN PACIENTES ANCIANOS CON DEMENCIA

Autores: Gonzalez F, Esteban O, Navarro C, Baile MG, Montesa C*

** OSCAR ESTEBAN JIMENEZ. CS VALDEFIERRO (oscarej@hotmail.com)*

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS. La demencia es un síndrome en el que el uso de benzodiazepinas (BZD) puede resultar útil en aquellos pacientes que presenten síntomas de ansiedad o insomnio asociados a sus trastornos de conducta.

Sin embargo, las BZD pueden producir reacciones adversas como ataxia, confusión, sedación excesiva o ansiedad paradójica, cuadros que contribuyen a un menor rendimiento cognitivo del paciente con demencia y a la posibilidad de aumentar el riesgo de caídas en ancianos, por lo que está indicado prescribirlas a la menor dosis eficaz y el menor tiempo necesario.

Evaluar el uso de BZD en pacientes mayores de 75 años con demencia en Atención Primaria.

METODOLOGÍA. Estudio descriptivo retrospectivo de las historias de 3 cupos de Medicina de Familia, elegidos al azar, de dos Centros de Salud, con diagnóstico de demencia vascular, tipo Alzheimer, senil o alcohólica (CIAP P15 y P70) mayores de 75 años. Periodo de estudio 2001-2009.

Variables analizadas: Sexo, uso de BZD, principio activo prescrito, dosis, duración, motivo de la prescripción, y presencia de caídas no atribuibles a otras causas.

Se utilizó el programa OMI-AP en sus versiones historia clínica, estadística y PROSA.

RESULTADOS. Del total de 4556 pacientes, se hallaron 34 que cumplían los criterios de inclusión. 27 mujeres y 7 hombres. 17 de ellos (50%) en tratamiento con BZD. Principios activos prescritos: lorazepam 6, lorazepam 6, bromazepam 2, loperazolam 1, ketazolam 1, clorazepato dipotásico 1.

Dosis: ajustadas a las recomendadas en todos los pacientes.

Duración media: 3 años y 10 meses (min: 1 mes; max >9 años).

Motivo de la prescripción: depresión, ansiedad, insomnio, ludopatía-trastorno adaptativo del tipo depresivo, alucinaciones y psicosis maniaco-depresiva.

12 de los 17 pacientes tratados con BZD habían sufrido caídas durante el tratamiento y sólo 5 de los 14 que no estaban tratados.

CONCLUSIONES. -La duración del tratamiento con BZD en nuestros pacientes sobrepasa notablemente la duración máxima indicada en las fichas técnicas, que oscila entre 4 y 12 semanas.

-Los síntomas por los que se prescriben más frecuentemente las BZD son la ansiedad y el insomnio, si bien se siguen utilizando para cuadros en los que no está recomendado su uso.

-Los pacientes mayores de 75 años con algún tipo de demencia, en tratamiento con BZD sufren más caídas que aquéllos que no las toman.

