

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

MESA 8

Comunicaciones de tipo ORAL

Moderador/a:

Julio Coca Moreno

Coordinador de Calidad de Atención Primaria. Sector Zaragoza II

SALA 115

10 de JUNIO 11:30 horas

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **252**

TÍTULO. INFORMATIZACIÓN DE LAS ETAPAS CLÍNICAS DE UN SERVICIO DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA

Autores: MENDEZ VILLAMON A, LANZUELA-VALERO M, CUARTERO-CONEJERO E, VAZQUEZ-SANCHO C, IBAÑEZ-CARRERAS R, HERRERO-ALONSO A, SANCHEZ-AGUDO AB, TEJEDOR-GUTIERREZ M

MENDEZ VILLAMON AGUSTINA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . ONCOLOGIA RADIOTERAPICA (amendez@salud.aragon.es)

OBJETIVOS. Conocer desde cualquier ordenador del Servicio en qué etapa clínica se encuentra el paciente en el proceso de radioterapia.
Conocer de forma rápida y precisa los tiempos en cada etapa asistencial, para la detección de posibles demoras no asumibles en alguna de las etapas.
Permitir una mayor accesibilidad a la información de todos los profesionales responsables de las distintas etapas del Servicio de Oncología Radioterápica

MÉTODO. Se ha creado una base de datos Access con las distintas etapas que se desarrollan en el Servicio de Oncología Radioterápica:

- 1- Evaluación inicial (Responsable: Médico)
- 2- TAC de planificación (DUE/TER)
- 3- Delimitación de órganos de riesgo (DUE/TER)
- 4- Planificación Médica (Médico)
- 5- Planificación Física (Radiofísico)
- 6- Salida de Física (TER)
- 7- Puesta en marcha en ALE (Médico)
- 8- Inicio de tratamiento (TER)
- 9- Fin de tratamiento (Médico/DUE/TER)

Se han creado filtros que nos permiten analizar los pacientes que están en cada etapa, así como los que finalizan tratamiento cada semana. Permite el registro de toxicidad aguda durante el tratamiento por parte de enfermería facilitando la elaboración de los informes de enfermería de cuidados continuos tras finalizar el tratamiento

RESULTADOS. Mejora en la accesibilidad a la información de todos los responsables que participan en el proceso de radioterapia.

Se ha conseguido una disminución de tiempo de acceso a la información de cada paciente dentro de las distintas etapas del Servicio de Oncología Radioterápica.

Se ha conseguido poder informar al paciente desde cualquier punto de trabajo en que etapa se encuentra, y así poder aproximar la fecha de inicio de tratamiento.

Se ha mejorado la gestión de la lista de espera, agilizando el acceso de nuevos pacientes al acelerador.

Se ha facilitado la realización de los informes de continuidad de cuidados de enfermería

CONCLUSIONES. Se trata de una herramienta que permite gestionar y facilitar el proceso asistencial.

Permite coordinar el plan de cuidados por parte de enfermería asegurando en todo momento su continuidad.

Es una herramienta útil que puede ser utilizada por cada uno de los profesionales, favoreciendo el flujo de información

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **185**

TÍTULO. GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PARTO NORMAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Autores: MONSERRAT BLASCO MI

MONSERRAT BLASCO MARIA ISABEL . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . MATERNO INFANTIL/PARITORIO (isabelmb13@hotmail.com)

OBJETIVOS. 1.Conocer el grado de conocimiento que los profesionales sanitarios directamente implicados en la asistencia al parto tienen de “La Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud.
2.Saber cómo han conocido la existencia de dicha estrategia 3.Percepción de las dificultades para su implementación y puesta en marcha de la Estrategia

MÉTODO. Estudio descriptivo cualitativo.

Ámbito del estudio: muestra constituida por 148 profesionales de las áreas paritorio, urgencias maternidad y plantas de obstetricia del H U M S Zaragoza.

instrumento de medida:cuestionario

RESULTADOS. Reparto selectivo de encuestas en áreas de paritorio y obstetricia 148, fueron contestadas 87 Participación:58.78%

Conocimiento de la existencia de “Estrategia”: la conocen 51.72% de los profesionales que la han contestado.Es mayor su conocimiento en el área de paritorio y en las categorías directamente implicadas en el parto. Siendo muy bajo entre el personal de enfermería.

Su conocimiento ha sido a través de compañeras/os de trabajo solo o unido a otras fuentes un 73.33%, frente a los canales oficiales un 26.66%

A la pregunta de cómo se conoce la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud: 29 dan una respuesta adecuada, es decir un 64.28%.

Sumados quienes hablan de parto de bajo riesgo, parto natural y las combinaciones de ambos son 33,33% de profesionales encuestados quienes realmente no conocen como se denomina la Estrategia. Por categoría profesional quienes más la conocen son las matronas incluidas residentes

Sobre el contenido de La Estrategia sólo 18 de los encuestados lo conocen 12.17% y un 40% de los que respondieron si la conocían

Dificultades para su puesta en marcha e incorporación en nuestra práctica:En el hospital “Miguel Servet de Zaragoza” algunas de estas prácticas ya se vienen realizando, pero se detectan algunas dificultades para su implementación

Dificultades para su incorporación en nuestra práctica:

1º “Falta de apoyo” 47 (54%)

2º “desconocimiento de la Estrategia” 39 a estas se suman 6 de aquellos que si conocían lo que hace 51.72%.

3º “dificultades para cambiar hábitos adquiridos” 27 más 10 (42.50%),

4º “el espacio no reúne condiciones adecuadas” 28 a las que se añaden 2 (34.50%),

5º “Exceso de trabajo” 17 más 3 ó (23%)

6º “No formación adecuada para estas prácticas” 13 más 5 (20.68%)

CONCLUSIONES. 1.- El conocimiento de la existencia de una Estrategia como tal en el SNS es mayor entre los profesionales directamente implicados

2.- Los canales “Oficiales”de difusión no han sido los adecuados.

3.- Los profesionales perciben dificultades que dependen de ellos mismos como son dificultades para cambiar hábitos adquiridos y los derivados de los propios compañeros/a.

4.-La administración debería poner solución a algunos problemas:

Estructurales .

De difusión

De formación, que incluya a todos los profesionales. En este sentido se detectan cambios positivos, ya que se han venido organizando diferentes cursos formativos y rotaciones externas para la capacitación

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **76**

TÍTULO. CMBD COMO HERRAMIENTA PARA LA DETECCIÓN DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS EN ARAGÓN

Autores: NAVARRO PEMAN MC, COMPES DEA ML, MARTINEZ CUENCA S, BURRIEL PINA MC, AZNAR BRIEBA A, RODRIGO VAL P

NAVARRO PEMAN MARIA CRISTINA . DIRECCION GENERAL DE SALUD PUBLICA . SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA DE ARAGON (mcnavarro@aragon.es)

OBJETIVOS. Valorar la utilidad del CMBD en la detección de reacciones adversas a medicamentos (RAM) y comparar el sistema de registro de CMBD con la comunicación mediante la Tarjeta Amarilla

MÉTODO. Estudio retrospectivo utilizando las bases de datos CMBD y del Sistema Español de Farmacovigilancia (FEDRA).

CMBD: altas de todos los hospitales de Aragón del año 2008, seleccionando las que en cualquier diagnóstico aparece el código diagnóstico 995.2, (efectos adversos de medicamentos) y los códigos E930 a E949 (especifican los grupos de fármacos). Variables analizadas: edad, sexo, hospital, motivo de alta, diagnóstico, grupo farmacológico implicado y servicio hospitalario.

FEDRA: selección de las notificaciones espontáneas de Aragón, con criterio de gravedad ingreso hospitalario, origen intrahospitalario del notificador y fecha de inicio de la RAM 2008. Análisis del perfil profesional de los notificadores. Comparación de las altas cuyo diagnóstico principal sea el código 995.2 con los registros seleccionados de FEDRA, cotejando sexo, edad, centro hospitalario y grupo farmacológico

RESULTADOS. Total de altas 165.439. Altas con un código de RAM 3.870 (2,4%). RAM como diagnóstico principal 32 altas (0.002%), provocando en un caso la muerte del paciente. Hombres 51%, pacientes mayores de 65 años 67%. Grupos farmacológicos más frecuentes: Antineoplásicos e inmunosupresores 17%, y Hormonas y sustitutos sintéticos 15%. Servicios: medicina interna 38.3%, cardiología 9.3% y oncología 9.1%.

En FEDRA se hallan 16 notificaciones espontáneas, realizadas por 12 notificadores diferentes (razón de 1.33) (1 enfermero, 1 farmacéutico y 10 médicos).

Al comparar las altas producidas por reacción adversa con las notificaciones espontáneas se observa que tan solo una coincide

CONCLUSIONES. La información sobre reacciones adversas obtenida procedente de profesionales hospitalarios es escasa, tanto a nivel de registro del CMBD como de notificaciones espontáneas a farmacovigilancia y se realizan por pocos notificadores. Resaltar que el caso que desencadenó la muerte del paciente no fue notificado a través de la tarjeta amarilla.

El CMBD tiene un gran potencial para la obtención del perfil de efectos adversos de los medicamentos en un hospital, pero es precisa una mayor implicación de los profesionales tanto para la inclusión de las RAM en los informes de alta como para su codificación posterior.

El sistema de notificación de Tarjeta Amarilla debe potenciarse en el hospital

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **62**

TÍTULO. CRISIS EPILÉPTICAS INDUCIDAS POR MEDICAMENTOS

Autores: NAVARRO PEMAN MC, ESTEBAN-JIMENEZ O, GONZALEZ RUBIO F

NAVARRO PEMAN MARIA CRISTINA . DIRECCION GENERAL DE SALUD PUBLICA . SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA DE ARAGON (mcnavarro@aragon.es)

OBJETIVOS. Realizar un estudio descriptivo de las crisis epilépticas como reacción adversa a medicamentos en España

MÉTODO. Selección de las notificaciones espontáneas que constan en la base de datos del Sistema Español de Farmacovigilancia cuyas reacciones adversas corresponden a crisis epilépticas. Periodo de estudio: 1/1/1999 a 23/2/2009. Variables analizadas: edad, sexo, origen de la notificación, tipo de crisis, medicamentos sospechosos, gravedad, desenlace de la reacción y factores contribuyentes

RESULTADOS. Se hallaron 484 notificaciones. Edad mínima 3 días, máxima 95 años, mediana 42 años. El 52,1% correspondían a mujeres. Las notificaciones habían sido comunicadas por médicos de atención primaria 34,7%, médicos de atención especializada 32,4% y farmacéuticos hospitalarios 15,2%. Las reacciones correspondieron a crisis y trastornos convulsivos en el 79,5%, a crisis tónicoclónicas generalizadas en el 15,6%, ausencias 4,7% y 0,2% a crisis parciales complejas. Los medicamentos implicados fueron 706. Los grupos terapéuticos más numerosos fueron: terapia antiinfecciosa (48,4%) y sistema nervioso (21,4%). Los subgrupos terapéuticos más frecuentes fueron los correspondientes a vacunas (29,2%) y carbapenemes (7,8%, 3,2% de ellos correspondientes al principio activo imipenem). En el 12,2% de las ocasiones la reacción se produjo por interacción medicamentosa. En 50 casos había notificada como reacción adversa, además de la crisis epiléptica, fiebre (en el 90% el medicamento sospechoso eran vacunas). Reacciones graves 68,4%. Recuperación sin secuelas 85,8%. Factores contribuyentes 10,5%

CONCLUSIONES. -Las mujeres en edad adulta son el grupo más afectado.

-Los fármacos pertenecientes al grupo terapéutico antiinfecciosos son los más frecuentemente implicados y de ellos, los subgrupos terapéuticos correspondientes a vacunas.

-Destaca el alto número de notificaciones relacionadas con imipenem y que, casi todas, se hayan producido en pacientes sin factores de riesgo especificados y a las dosis recomendadas.

-La gran mayoría de las crisis febriles están relacionadas con vacunas, aunque sólo un pequeño porcentaje de las crisis notificadas por vacunas se acompañan de fiebre.

-En general, las crisis epilépticas de origen medicamentoso son reacciones adversas graves, conocidas y que suelen recuperarse sin secuelas tras la retirada del fármaco.

-Debería prestarse mayor atención a la presencia de factores contribuyentes que implican un mayor riesgo de desarrollar la reacción adversa y a las interacciones farmacológicas

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **75**

TÍTULO. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL REGISTRO DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: NAVARRO PEMAN MC, POBLADOR B, GONZALEZ F, CALDERON A, PRADOS A

NAVARRO PEMAN MARIA CRISTINA . DIRECCION GENERAL DE SALUD PUBLICA . SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA DE ARAGON (mcnavarro@aragon.es)

OBJETIVOS. La vigilancia de las Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM) nace de la necesidad de ofrecer una atención sanitaria segura y de calidad.

Analizar las diferencias entre las tasas de detección y de notificación de RAM en Atención Primaria (AP)

MÉTODO. Estudio descriptivo retrospectivo (2005). Se cruzaron los registros de las historias clínicas electrónicas (HCE) de 6 centros de AP (OMI-AP, n=128.077) con la base de datos del Sistema Español de Farmacovigilancia, a través del Centro de Farmacovigilancia de Aragón (CFV), para los mismos centros y año. Para cada registro de RAM se extrajo el perfil demográfico (sexo y edad del paciente), anatómico (aparato afectado por la RAM) y farmacológico (código ATC) y un identificador anónimo de centro. Se analizaron las diferencias en las características de las RAM entre los grupos de notificadas al CFV y las no notificadas

RESULTADOS. Se registraron 543 RAM en OMI-AP de las que 34,3% no fueron notificadas al CFV. Estratificando por centro, el volumen de RAM no notificadas oscila entre 28,6% y 88,2%, habiendo sólo 2 centros con un volumen de notificación inferior al 50%. Perfil demográfico: se encontraron diferencias significativas respecto a la edad media de los pacientes, siendo menores los pacientes cuyas RAM no se notificaron (53,9 vs. 60,7). No se encontraron diferencias entre hombres y mujeres. Perfil anatómico: no existen diferencias en cuanto a los sistemas anatómicos más frecuentemente afectados (gastrointestinal, piel y tejido subcutáneo, y sistema nervioso, $p > 0,05$). Perfil farmacológico: el grupo de los ATCs más prevalentes es similar para las RAM notificadas y las no notificadas (i.e. antibióticos, antiinflamatorios, inhibidores de la ECA). Sin embargo, entre las RAM no notificadas, existen grupos farmacológicos que no figuran en las reacciones notificadas (i.e. vacunas antivirales, descongestivos y antialérgicos, inhalatorios para uso sistémico)

CONCLUSIONES. La informatización de las historias clínicas de AP ha permitido determinar que, del total de las RAM registradas en ellas, en torno al 35% no llegan al CFV. El conocimiento en profundidad de los grupos farmacológicos involucrados en las RAM resulta necesario para su detección precoz en las consultas de AP, evitando potenciales pruebas innecesarias, hiperfrecuentación e hiperconsumo de fármacos y mejorando así la calidad asistencial y la seguridad del paciente. Para ello, resulta necesario arbitrar mecanismos que faciliten el flujo de información entre la HCE de AP y de los CFV

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **218**

TÍTULO. VALORACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Autores: REAL CAMPAÑA JM, NAVARRO H, CAÑAMARES I, SOLER E, SERRANO MN, LAPRESTA C, ABAD R

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

OBJETIVOS. Conocer la adherencia de los pacientes VIH al tratamiento antirretroviral (TAR) y la relación existente entre diferentes factores y el grado de adherencia

MÉTODO. Se realizó el cuestionario de adherencia SMAQ (C- SMAQ) a pacientes VIH que acudieron al Servicio de Farmacia desde 12/01/2009 hasta 16/01/2009. La adherencia se calcula mediante dos métodos indirectos de medida: Los registros de dispensación (RD) desde el Servicio de Farmacia (paciente adherente: dispensación > 95% del TAR en los últimos cuatro meses) y C- SMAQ (paciente adherente: según la valoración del propio cuestionario). Se recogieron: Carga viral (CV), edad, sexo, nacionalidad, tipo de TAR, número de tomas/día y número de comprimidos/día. Para el análisis estadístico se usaron los test Chi cuadrado de Pearson, Fisher, "t" de Student e índice Kappa.

RESULTADOS. Se incluyeron 100 pacientes, edad media 44 ± 9 años, 72% hombres y 28% mujeres, 83% españoles y 17% extranjeros. Los TAR más frecuentes fueron: tenofovir+emtricitabina+efavirenz un 23%, tenofovir+emtricitabina+lopinavir/ritonavir un 9% y tenofovir+emtricitabina+atazanavir/ritonavir el 8%; incluyeron en el TAR un inhibidor de la proteasa (IP) un 56% y un inhibidor de la transcriptasa no análogo (NN) un 42%. El número de tomas/día fue de dos veces/día (BID) en un 56% y de una toma/día (QD) un 44%. El número medio de comprimidos/día fue 3,9. El 85,6% de los pacientes presentaban CV indetectable (< 40 copias/ml). La medida de la adherencia fue de un 80% de adherentes según el RD y de un 71% según C- SMAQ. La concordancia entre los métodos fue moderada, con un valor de 0,49 ($p < 0,05$). Se encontró una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre la adherencia y la obtención de CV indetectable, tanto por RD, como por C- SMAQ. Adherentes según RD: hombres 83% versus mujeres 71% ($p = 0,18$); españoles 82% versus extranjeros 71% ($p = 0,29$); TAR con IP 75% versus sin IP 86% ($p = 0,16$); TAR con NN 86% versus sin NN 76% ($p = 0,22$); TAR en QD 80% versus BID 80% ($p = 0,92$); TAR en QD con < 3 comprimidos/día 88% versus el resto 78% ($p = 0,29$); edad media adherentes 44 años versus 43 de no adherentes ($p = 0,52$); número medio de comprimidos/día adherentes 3,8 versus 4,5 de no adherentes ($p = 0,21$). Adherentes según C- SMAQ: hombres 75% versus mujeres 61% ($p = 0,16$); españoles 72% versus extranjeros 65% ($p = 0,53$); TAR con IP 66% versus sin IP 77% ($p = 0,22$); TAR con NN 74% versus sin NN 69% ($p = 0,60$); TAR en QD 73% versus BID 70% ($p = 0,74$); TAR en QD con < 3 comprimidos/día 79% versus QD sin < 3 comprimidos/día 68% ($p = 0,31$); edad media adherentes 44 años versus 42 de no adherentes ($p = 0,29$); número medio de comprimidos/día adherentes 3,7 versus 4,4 de no adherentes ($p = 0,13$)

CONCLUSIONES. El porcentaje de pacientes adherentes es alto. Se evidencia una asociación estadísticamente significativa entre la adherencia y la obtención de CV indetectable. Se observa con los dos métodos una mayor adherencia sin ser significativa en hombres, españoles, TAR sin IP, TAR en QD con < 3 comprimidos/día y TAR con menor número de comprimidos/día

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **40**

TÍTULO. VALORACIÓN DE LA CALIDAD DEL PROCESO ASISTENCIAL DEL CÁNCER COLORRECTAL EN EL SECTOR TERUEL

Autores: THOMSON LLISTERRI C, BOTELLA MT, ALCALÁ MJ, GARZA E, YUBERO A, MUNIESA JA, LOPEZ-PERIS P, MARTINEZ G

THOMSON LLISTERRI CONCHA . HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL . DIGESTIVO (cthomson@salud.aragon.es)

OBJETIVOS. El cáncer colorrectal (CCR) es el tumor maligno más prevalente en España y constituye la 2ª causa más frecuente de mortalidad por cáncer. Para un diagnóstico y tratamiento precoz surge el proceso asistencial del CCR en Aragón en 2008.

Objetivo: El objetivo general del proceso es asegurar la equidad en la atención sanitaria de las personas afectadas con CCR y mejorar la calidad del proceso asistencial

MÉTODO. Estudio descriptivo de los pacientes diagnosticados de CCR durante el 2009. Se han evaluado indicadores de calidad de los subprocesos diagnóstico, quirúrgico y postquirúrgico

RESULTADOS. Se incluyeron un total de 70 pacientes, edad media 71,1 años (R 35-92), 64,3% hombres y 35,7% mujeres. El 92,8%, fueron diagnosticados por colonoscopia. El TC de estadiaje se realizó en una media de 10,2 días. Tras el diagnóstico fueron comentados en el Comité de Tumores el 83%. Se intervinieron quirúrgicamente 62 pacientes (88,6%), 5 de forma urgente. Estadiaje: 0 el 3%; I el 15,4%; II el 38,5%; III el 15,4% y IV el 27,7%. Recibieron tratamiento oncológico 27 pacientes (38,5%): paliativo en 12 casos, adyuvante en 12 y neoadyuvante en 3. Éxitus 7 pacientes (10%). Los resultados de los indicadores de calidad (tiempos de demora) fueron: Desde solicitud a realización colonoscopia, media 6,7 días, el 86,7% < 15 días. De la realización de la biopsia al informe AP, media 4,3 días, en 100% < 7 días. Desde consulta médica al DG cáncer, media 9,7 días. 91% < 21 días. Desde confirmación AP a evaluación por Comité de Tumores, media 2,1 días, el 94,6% < 7 días. Desde pieza quirúrgica a informe AP, media 4,6 días, el 100% < 10 días. Desde la confirmación diagnóstica al primer tratamiento, media 16,8 días, el 85,7% < 28 días. Tto oncológico, media 8,5 días, en 100% < 4 semanas

CONCLUSIONES. El diseño y la implantación del proceso asistencial del CCR ha permitido reducir las demoras en el itinerario de los pacientes, asegurando la continuidad asistencial. Gracias a la colaboración de todos los servicios implicados nuestros resultados cumplen con los estándares definidos en los distintos subprocesos. Para las siguientes fases es prioritario implantar indicadores de calidad científico-técnica, de efectividad y de satisfacción