

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Mesa 12 * 15 Miércoles-17:00 h.

Reg	Presentador/a	Título de la Comunicación
574	MARTIN BERTRAN CAROLINA	MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EN LA CONSULTA DE ESPIROMETRIAS
249	BARRA QUILEZ FERNANDO	HORARIO DE VISITAS ABIERTO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA. ¿QUÉ OPINAN LOS PROFESIONALES?
110	BENITO RUIZ EVA	PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD A CUIDADORES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS PEDIÁTRICAS
330	DEZA PEREZ CARMEN	EVOLUCION CLINICA Y SEGUIMIENTO AL AÑO DE PACIENTES DE EDAD AVANZADA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
641	FERNANDEZ MUR ANA CRISTINA	ESTANDARIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE URGENCIAS
137	FIGUEREDO CACACHO ANA LUCIA	MEJORA DEL RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO Y LA SEGURIDAD CLÍNICA EN LA TORACOCENTESIS CON ECOGRAFÍA EN LA UNIDAD DE PLEURA.
461	GARCES HORNA SILVIA	INDICADOR DE CALIDAD: ANALISIS DE REVISTAS EN 72H A URGENCIAS DE UN TRAUMA CENTER
367	GARCIA ERCE JOSE ANTONIO	PATIENT BLOOD MANAGEMENT: CHANGE OF BLOOD REDUCTION OF BLOOD WASTING AND ECONOMICAL SAVING
543	GASCON GIMENEZ IRENE	ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS DE DONANTES DE SANGRE SOBRE LA DONACIÓN DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS
604	GENZOR RIOS SIXTO JAVIER	MODIFICACIÓN TÉCNICA PARA LA APLICACIÓN DE RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA EN SITUACIONES COMPLEJAS PARA EL CÁNCER DE MAMA
514	GIL GOMEZ ANA VICTORIA	GESTIÓN Y COORDINACIÓN DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN. ESTUDIO EPIOSA.
618	JIMENEZ ALBERICIO JAVIER	PROGRAMA DE CÁLCULO PARALELO DE DOSIS PARA TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA EXTERNA CON ACELERADOR SIEMENS ONCOR
208	LAGUARTA ORTAS ANA ISABEL	KANBAN EN EL ALMACÉN DEL BLOQUE QUIRÚRGICO. HOSPITAL SAN JORGE
176	MORENO MATEO ROBERTO	IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTILOS DE APRENDIZAJE DE LOS PROFESIONALES QUE ROTAN POR UN ESAD
349	MORILLA MORALES ELENA	AMPLIACIÓN DEL ALCANCE DE ACREDITACIÓN SEGÚN NORMA ISO 15189 EN LA SECCIÓN DE EXUDADOS DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA
568	ORTEGA GARRIDO MARIA DOLORES	REVISION Y ACTUALIZACION DE CALENDARIO VACUNAL EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON INMUNOSUPRESORES DE C.S. BINEFAR
76	OSTABAL ARTIGAS ISABEL	INCIDENCIA DE SARCOPENIA AL INGRESO EN UCI
487	PUERTOLAS TENA ISABEL	PROYECTO DE TRAZABILIDAD EN EL USO SEGURO DE CITOSTÁTICOS Y MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS
303	ROY JIMENEZ MARIA	PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PC
576	SANAGUSTIN PIEDRAFITA PILAR	OPTIMIZACIÓN DE LAS CONDICIONES EN LAS QUE SE TOMAN LAS FOTOGRAFÍAS EN TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA SUPERFICIAL
590	URIARTE PINTO MOISES	IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE ALERTAS DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL *** Mesa 12

Nº Reg. 574

TÍTULO. MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EN LA CONSULTA DE ESPIROMETRIAS

Autores: MARTIN BERTRAN C, ALTEMIR CAMPO L, NAVASA DE SUS I, PULIDO SANCHEZ R E, IBAÑEZ CASTELLAR L, BAILAC COSTA J, ALQUEZAR GONZALEZ A, ALLUE CIUTAT M.

MARTIN BERTRAN CAROLINA . CS BINEFAR . ATENCION PRIMARIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

SITUACION INICIAL Y OBJETIVOS

- DISMINUCION DE LAS LISTAS DE ESPERA EN LA CONSULTA DE ESPIROMETRIAS.
- MEJORA EN LA FORMACION DE PROFESIONALES SOBRE LA REALIZACION E INTERPRETACION DE ESPIROMETRIAS.
- AUMENTO DEL Nº DE PROFESIONALES QUE REALIZAN ESPIROMETRIAS.
- AUMENTO DEL Nº DE ESPIROMETRIAS REALIZADAS CADA MES.
- EVITAR LA DEMORA EN PACIENTES PENDIENTES DE DIAGNOSTICO.

METODOLOGÍA

- REALIZAR SESIONES FORMATIVAS SOBRE INTERPRETACION DE ESPIROMETRIAS.
- REALIZAR SESIONES DE FORMACION SOBRE LA REALIZACION DE ESPIROMETRIAS.
- AUMENTAR LA AGENDA DE LA CONSULTA DE LA CONSULTA DE ESPIROMETRIAS.
- PRIORIZACION DE ESPIROMETRIAS SEGUN EL MOTIVO DE DERIVACION (PRIORIZACION PENDIENTES DE DIAGNOSTICO O/ Y EPOC)

RESULTADOS

- Nº de profesionales de enf. que realizan espirometrias/ nº de profesionales de enf. totales en el centro x 100 = $6/8 \times 100 = 75\%$
- Nº total de espirometrias realizadas/ Nº de pacientes derivados x 100 = $118/140 \times 100 = 84.2\%$
- Reducción de los días de demora: 37 días de demora (con 2 consultas de espirometrias) / 146 días de demora (con 1 consulta de espirometrias) x 100 = 25.3 %. Es decir que se ha reducido la demora en un 74.7 %

CONCLUSIONES

- El seguimiento y control del paciente fumador nos colapsó , en un primer lugar, las consultas de espirometrias, siendo, por otro lado el grupo de pacientes más numeroso y entre los que se ha detectado menor adherencia a esta prueba.
- Por ello se priorizan espirometrías según el motivo de derivación, dando mayor importancia al control de paciente EPOC y Diagnóstico diferencial.
- Disminuye el Nº de incomparecencias, cuando disminuye el tiempo de demora.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL *** Mesa 12

Nº Reg. 249

TÍTULO. HORARIO DE VISITAS ABIERTO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA. ¿QUÉ OPINAN LOS PROFESIONALES?

Autores: BARRA QUILEZ F, ALVAREZ HERNANDEZ AC, GARCIA GUILLEN L, RUIZ BELLOSO ORTIZ DE URBINA C, TRULLEN GRACIA MP, BERNAD PEREZ P

BARRA QUILEZ FERNANDO . MUTUA DE ACCIDENTES DE ZARAGOZA (MAZ) . UCI

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Conocer la opinión del personal de la UCI acerca del horario de visitas abierto.

METODOLOGÍA

Estudio realizado en el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital MAZ de Zaragoza. Desde enero del año 2015 se amplió el horario de visitas de 11 a 21h, permitiendo la presencia continuada de hasta dos familiares. Si bien de forma subjetiva la medida ha tenido una gran acogida tanto por familiares y pacientes como por el personal, queríamos conocer la opinión de los profesionales al respecto.

Para ello se diseñó una encuesta específica, basada en encuestas publicadas previamente y adaptada a nuestra unidad. Ésta consta, además de datos de categoría profesional, rango de edad y experiencia en UCI, de 24 preguntas, unas para responder con un valor numérico (de 1 a 10), y otras con respuesta múltiple. Se entregaron a todo el personal que ha trabajado en la unidad desde la implantación del nuevo horario.

RESULTADOS

Se contestaron el 100% de las encuestas (30). Respecto al horario abierto, la mayoría de los profesionales consideraron que ayuda a la recuperación del paciente (media 8,37/10), contribuye a disminuir la ansiedad y estrés del paciente (9,13) y de la familia (9,07), aumenta la confianza en el equipo de la UCI (8,90), la satisfacción respecto al cuidado del paciente (8,90) y permite obtener más información sobre el estado del paciente (9,17).

La mayoría consideraron que alguna vez dificulta el descanso del paciente (27, 90%), y que alguna vez interfiere en su privacidad (25, 83%). También que alguna vez altera la organización de los cuidados (23, 76,7%) o que interrumpe el trabajo (25, 83%), aunque nunca interfiere negativamente en éste (19, 63%) ni provoca el retraso de pruebas o procedimientos (20, 66,7%). Casi la mitad del personal (14, 46,7%) dijo haberse sentido alguna vez incómodo por la presencia de familiares en la UCI, y en mayor medida (21, 70%) al examinar un paciente en su presencia, si bien la mayoría considera que no ha cambiado su forma de trabajar (20, 66,7%).

Para finalizar, cabe destacar que la práctica totalidad el personal (28, 93%) no modificaría el horario actual de visitas, y todos (30, 100%) preferirían una unidad con estos horarios en caso de que un familiar suyo tuviera que ingresar en la UCI.

CONCLUSIONES

Si bien en alguna ocasión puede dificultar el descanso del paciente o interferir en su privacidad, los profesionales prefieren un horario de visitas abierto, ya que consideran que disminuye la ansiedad y estrés de pacientes y familiares sin interferir en el trabajo de la unidad.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL *** Mesa 12

Nº Reg. 110

TÍTULO. PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD A CUIDADORES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS PEDIÁTRICAS

Autores: BENITO RUIZ E, CAMPOS CALLEJA C

BENITO RUIZ EVA . H MIGUEL SERVET . URGENCIAS

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Diseñar un programa de Educación para la Salud dirigido a cuidadores de población pediátrica del Servicio de Urgencias con el fin de mejorar conocimientos y habilidades en los principales problemas de salud de los niños así como disminuir su demanda.

METODOLOGÍA

Para la planificación del proyecto se elaboró un Diagrama de Gantt y se realizó una búsqueda bibliográfica a través de bases de datos (pubmed, dialnet, elsevier) y páginas web.

RESULTADOS

La oportunidad de mejora identificada se relaciona con la posibilidad de utilizar los tiempos de espera en el Servicio de Urgencias para desarrollar un programa de educación para la salud. Tras la descripción del problema, se plantean diferentes actividades de mejora y se recurre a la construcción de unos vídeos divulgativos que se proyectarán en la sala de espera que permitan adquirir información sobre problemas de salud de los niños. Así como la entrega a los cuidadores de recomendaciones al alta documentadas.

CONCLUSIONES

Este programa de educación para la salud se centra en mejorar los conocimientos sobre los principales problemas de salud que consultan los cuidadores en el Servicio de Urgencias Pediátricas. Como personal sanitario, debemos darle mucha más importancia a la educación para la salud. El trabajo multidisciplinar y utilizar guías prácticas de trabajo unificadas mejoraría la prevención y control de enfermedades.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL *** Mesa 12

Nº Reg. 330

TÍTULO. EVOLUCION CLINICA Y SEGUIMIENTO AL AÑO DE PACIENTES DE EDAD AVANZADA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Autores: DEZA PEREZ C, FERRANDO LACARTE I, GONZALEZ EIZAGUIRRE MM, CANOVAS PAREJA C, CORCHERO MARTIN JI, GARCIA ARILLA CALVO E

DEZA PEREZ CARMEN . H NTRA SRA DE GRACIA . GERIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Características de pacientes mayores de 80 años que ingresan en UCI y seguimiento de uso de recursos y mortalidad un año tras el alta.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo prospectivo en pacientes que ingresan en UCI entre los años 2012 y 2014. Evolución y seguimiento durante el primer año tras el alta.

RESULTADOS

142 pacientes, 8 mayores de 90 años (22.36% del total ingresos). Distribución por años: 2012: 19.32%, 2013: 22.54%, 2014: 25.90%

Varones 56.3%. Edad media: 83.65 años (80 – 93).

Apache II: 12.62 (4-38).

Estancia media: 6.57 días.

Procedencia: Urgencias 79.6%, hospitalización médica 11.3%, quirúrgica 4.2% otras UCIs 4.9%.

Motivo ingreso: Síndrome coronario agudo 41.9%, trastornos del ritmo 25,8%, I cardíaca 6.5%, I respiratoria 4.8%, PCR 4%, sepsis 4%, neumonía 3.2%, TEP 1.6%

Antecedentes: fibrilación auricular 19.7%, cardiopatía isquémica 26.8%, patología valvular 14.8%, HTA 79.6%, I cardíaca 18.3%, I renal crónica 12%, I respiratoria crónica 12.7%, ACV 16.9%, deterioro cognitivo 8.5%, DM 26.8%, EPOC 14.1%.

Complicaciones: Infección nosocomial 14.8%, delirium 17.6%.

Técnicas: Vía central 60.6%, IOT 22.5%, toracocentesis 1.4%, cateterismo cardíaco 44.4%, paracentesis 0.7%, BiPap 12.7%, traqueotomía 2.8%, coronariografía 19%, marcapasos 10.5%, ventilación mecánica 5.6%.

Número de fármacos: Ingreso media 6.17 (0-22). Alta media 7.18 (0-17).

Mortalidad en UCI: 22.5%, al año: 26.4%

Durante el año posterior acuden a urgencias 1 ó 2 veces el 41.8%, > de 3: 19.1%. (39.1% no precisan acudir a servicios de urgencias). El 40% requieren 1 ó 2 ingresos hospitalarios, >3: 10%. (50% no ingresan en el primer año). Un paciente reingresó en UCI (0.1%).

CONCLUSIONES

Elevada prevalencia de pacientes de edad avanzada que precisan tratamiento intensivo, con un número creciente de ingresos en años sucesivos. Patología predominante cardíaca que con independencia de su edad son candidatos a técnicas invasivas. Escaso deterioro cognitivo y delirium. Moderada mortalidad durante el ingreso y en el año posterior. Elevado uso de los Servicios de Urgencias, no precisando ingreso en la mitad de los casos.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL *** Mesa 12

Nº Reg. 641

TÍTULO. ESTANDARIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE URGENCIAS

Autores: FERNANDEZ MUR AC, DOMINGUEZ SANZ B, MARTELES CASAJUS S, BERNAL JULIAN D, MIGUEL GIMENO MC, FRANCO CASAL AC, LOPEZ ALBA C, AMORES ARRIAGA B

FERNANDEZ MUR ANA CRISTINA . H CLINICO UNIVERSITARIO . URGENCIAS

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Aplicar proceso enfermero, mediante las taxonomías NNN (NANDA I, NOC, NIC), en las urgencias hospitalarias.

METODOLOGÍA

1.- Formación de grupos de trabajo.

2.-Realización de talleres de metodología de trabajo de enfermería incluyendo el manejo de los libros NANDA I, NOC, NIC.

3.- Desarrollo de la estandarización de los cuidados con el uso de las Taxonomías NANADA, NOC, NIC.

4.- Incorporación en la aplicación informática Puesto Clínico Hospitalario (PCH), de una pestaña donde se pueda dejar registro, de las intervenciones y actividades realizadas con el paciente. Dichas intervenciones y actividades se derivaran de: diagnósticos de enfermería (DxE) reales, con sus características definitorias (NANDA I), y los resultados (NOC); DxE potenciales, con los factores de riesgo (NANDA I), y los resultados (NOC); de las complicaciones potenciales/problemas de colaboración derivados de la patología del paciente y del tratamiento aplicado; de los protocolos derivados de los cuidados de los dispositivos (catéter venoso periférico, catéter urinario, sonda nasogástrica...) y de las técnicas aplicadas: ECG, monitorización, analítica...

5.- Formación a la plantilla de la unidad en proceso enfermero y explicación del uso específico en la unidad, mediante la herramienta informática, a través de talleres teórico-prácticos.

6.- Implantación de la estandarización en PCH por parte del servicio de informática y actualización del informe de continuidad de cuidados a la salida de la unidad incluyendo la planificación de cuidados.

7.- Implementación con el apoyo en la unidad del grupo de trabajo implicado en el proyecto

RESULTADOS

Creación, aplicación e implementación de un registro estandarizado, en la historia clínica informatizada (PCH), de los cuidados de enfermería en el área de urgencias., para hacerlos visibles y facilitar la continuidad de los cuidados cuando el paciente ingresa en otra unidad.

CONCLUSIONES

Está sobradamente demostrado que el empleo del proceso enfermero en cualquier área implica una garantía científica, profesional y de calidad, que beneficia por encima de todo a nuestros pacientes

Las particulares características que acompañan a las asistencias con carácter de urgencia y/o emergencia nos obligan a adaptar el proceso enfermero a este campo.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL *** Mesa 12

Nº Reg. 137

TÍTULO. MEJORA DEL RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO Y LA SEGURIDAD CLÍNICA EN LA TORACOCENTESIS CON ECOGRAFÍA EN LA UNIDAD DE PLEURA.

Autores: FIGUEREDO CACACHO AL, POLANCO ALONSO D, MINCHOLE LAPUENTE E, ALBERICIO GIMENO A, GARCIA FAU P, MARTIN CARPI T, CHACON VALLES E, BELLO DRONDA S

FIGUEREDO CACACHO ANA LUCIA . H MIGUEL SERVET . NEUMOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El diagnóstico de la patología pleural encuentra en la Ecografía transtorácica un instrumento primordial. Su valor reside en su alta sensibilidad en caso de derrames pleurales, masas y neumotórax. Sirve de guía para la toracocentesis y biopsia pleural. Especialmente importante en caso de derrames pleurales loculados o de pequeña cuantía. Además, define, por las características de la imagen, el tipo de derrame. También lo diferencia de atelectasias o elevaciones del hemidiafragma. Las ventajas respecto a otras técnicas son la ausencia de radiación y la portabilidad.

Objetivo: Evaluación de las pruebas diagnósticas y resultados obtenidos durante el primer año de funcionamiento de la Unidad de Pleura en la Sección de Neumología Intervencionista.

METODOLOGÍA

El procedimiento se realiza en la sala de Broncoscopias, los días con sonda ecográfica disponible para el Servicio de Neumología. Se localiza el derrame pleural, se cuantifica y definen sus características. Se procede a la punción de una manera coordinada por todo el personal, con la eficiencia y seguridad que proporcionan la experiencia y adiestramiento.

RESULTADOS

Durante el año 2015 se han realizado 52 Ecografías transtorácicas para el abordaje de derrames de difícil acceso. Ha permitido localizar y puncionar (toracocentesis) 5 derrames loculados, hiperecóicos y con septos en su interior, con diagnóstico de empiema/ paraneumónico complicado. También, ha mejorado la rentabilidad en 17 derrames de pequeña cuantía, además objetiva la condensación parenquimatosa en estos casos. En 1 ocasión su práctica ha descartado la existencia de Neumotórax y en 1 paciente se han demostrado signos de Insuficiencia cardiaca. Se detectan 4 casos de engrosamiento pleural, en situaciones de derrame pleural de larga evolución. Se ha utilizado para biopsia pleural en 1 ocasión. No se han evidenciado complicaciones. El tratamiento necesario, en cada caso, se ha aplicado sin demoras.

CONCLUSIONES

La toracocentesis y biopsias pleurales, guiadas por Ecografía transtorácica, son altamente rentables en el diagnóstico de la patología pleural.

No se evidencian complicaciones durante el procedimiento.

La centralización en una Unidad específica permite mejorar el rendimiento de las técnicas invasivas.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL *** Mesa 12

Nº Reg. 461

TÍTULO. INDICADOR DE CALIDAD: ANALISIS DE REVISTAS EN 72H A URGENCIAS DE UN TRAUMA CENTER

Autores: GARCES HORNA S, SANMARTIN ALLUE H, RIOS PEREZ S, MUÑOZ GONZALEZ Y, GARCIA LANGOYO B, CORTES GRACIA MA, MORALES GONZALEZ O

GARCES HORNA SILVIA . H MIGUEL SERVET . URGENCIAS

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Conocer el índice de revisitas en urgencias traumatológicas.
Definir el perfil clínico-epidemiológico del paciente revisitado.
Objetivar los factores que influyen en estas revisitas.
Analizar los motivos de asistencia y la tasa de ingresos tras la revisita.

METODOLOGÍA

Durante 2 meses consecutivos, se incluyeron todos los pacientes que, después de ser dados de alta de la unidad de urgencias traumatológicas, regresaron al servicio antes de 72 horas, en un hospital Trauma Center con 45000 episodios anuales. Se recogieron datos clínicos y epidemiológicos, se identificaron la causa de la revisita, los motivos de consulta y niveles de prioridad, así como los ingresos tras la revisita.

RESULTADOS

Resultados:

Se registraron 115 revisitas, con n=111 supuso un índice de revisitas de 2,07%. El análisis multivariante demostró, como factor predictor positivo de revisita, una edad superior a 54,28 años, existiendo una diferencia significativa (p=0,00). Donde en varones la edad media fue 45,69 ±19,47 y en mujeres 61,02 ±21,32. El nivel de prioridad más frecuente fue el nivel III, suponiendo un 59,09% de los casos. Comparando el nivel de triaje entre visitas, en un 89,56% de los casos, el nivel de prioridad fue menor o igual a la primera visita. El 62,28% de las revisitas se debieron a factores relacionados con la enfermedad, el 29,82% con el enfermo, en el 5,26 % sin relación causal anterior, el 1,75% con el diagnóstico/tratamiento y el 0,88% con el sistema. El índice de ingresos en las revisitas fue del 4,34%

CONCLUSIONES

El índice revisitas fue bajo comparado con otros estudios consultados, siendo la mayoría de estas debidas a la evolución de la propia enfermedad o a criterio del paciente. La asociación de las variables ingreso y nivel de prioridad entre visitas, demostraron una baja complejidad de las mismas.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL *** Mesa 12

Nº Reg. 367

TÍTULO. PATIENT BLOOD MANAGEMENT: CHANGE OF BLOOD REDUCTION OF BLOOD WASTING AND ECONOMICAL SAVING

Autores: GARCIA ERCE JA, USON C, CEBOLLERO M, HOSPITAL ARA MP, MENENDEZ JANDULA B, BORREL RONCALES M, ZAZO ME, MUÑOZ M

GARCIA ERCE JOSE ANTONIO . H SAN JORGE . HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Introduction. Historically, up to one-half of hospital red blood cell transfusions (RBCT) were attributed to surgical departments (mostly orthopaedic, cardiac and general surgeries). However, the combination of increasing RBCT costs and possible shortage, as well as growing awareness of RBCT side-effects has prompted the interest in multidisciplinary, multimodal "Patient Blood Management" programs. At our centre, the new RBCT protocol includes: progressive replacement of cross-matching & save by type & screening, optimisation of sample validation, "restrictive" transfusion criteria, single-unit RBCT, prospective haemovigilance and management of perioperative anaemia. We reviewed RBCT data from 2008 to 2015, and the possible influences of anaemia management with iron carboxymaltose (since 2010), and a restrictive RBCT policy.

METODOLOGÍA

Methods. RBCT data were retrieved from the Regional Donation Centre management program and analysed according to departments of use: all surgical, critical care, emergencies, and all medical, except haematology and oncology. Results are expressed as RBCT per department both per year (units/year) and as percentage of total annual hospital RBTC (% of total).

RESULTADOS

From 2008 to 2015, we observed a 51.4% decrease in RBCT usage, without change in hospital activity. This decrease in RBCT use occurred in all hospital departments, except for haematology, and was accompanied by a reduction of outdate RBC unit wasting over 80% from 2013 till 2015. The blood consume reduction was observed in all components and in all activity's rate. We found a reduction over 1 day of median stay (14%). Also we have obtained a halved of annual Blood Component's budget. At 2008, the blood components bill was 578,583,45€; whilst at 2014, 262.206,61€ a -54,68% reduction. Since 2010, 1.271.051,10 € have been saved only in direct costs.

CONCLUSIONES

Conclusion. We halved RBTC use, while overall hospital activity remained unchanged. This reduction was almost uniform across departments, except for haematology (which could be attributed explained to complexity and severity of new patients and rHuEPO restrictions). In spite, Pharmacy Service restriction to new iv iron compounds and alpha-EPO use, we have obtained a halved of annual Blood Budget. Since 2010 more than 1.250.000 € have been saved, only in direct costs. We had safe and effectively eliminated the cross-matching & save policy, with significant decrease in both Blood Bank work load and rate of outdate RBC unit wasting, and hospital stays.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL *** Mesa 12

Nº Reg. 543

TÍTULO. ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS DE DONANTES DE SANGRE SOBRE LA DONACIÓN DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS

Autores: GASCON GIMENEZ I, HIJOS LARRAZ LA, GIMENEZ BURILLO AM

GASCON GIMENEZ IRENE . H SAN JORGE . HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Objetivos: Averiguar las actitudes y los conocimientos de los donantes de sangre sobre la donación de PH.

METODOLOGÍA

Metodología: Estudio descriptivo-observacional en donantes de sangre del Banco de Sangre del Hospital San Jorge de Huesca realizado en los meses de febrero y marzo de 2016. Mediante un cuestionario ad hoc se buscaba conocer si eran donantes de PH, su actitud y sus conocimientos frente a la donación de PH. La descripción de variables cuantitativas se realizó mediante media y moda como medida de tendencia central y desviación estándar como medida de dispersión. Mientras que las cualitativas se expresaron mediante porcentajes.

RESULTADOS

Resultados: El 95% de los participantes no era donante de PH. Un 77,5% de los donantes de sangre serían donantes de PH en un futuro, además de que el 85% indicó que no era dañino para el donante. Si no son donantes de PH los encuestados aluden que es por motivos como falta de información sobre la donación de TPH (90,0%) o no haber recibido petición expresa por parte de profesionales sanitarios (57,5%). Los donantes de sangre ponen al mismo nivel, como motivo para si donar PH, tanto la cercanía de n familiar como la solidaridad; siendo muy valorado también tener información. El nivel de conocimientos es escaso, no acertaron la edad mínima para hacerse donante de PH el 52,5% y la máxima el 97,5%. Respecto a los tiempos de donación, el 65,0% supo que se puede donar PH más de una vez y un 17,5% acertó el tiempo entre donaciones de PH. Por último, los centros sanitarios son los más valorados para recibir información acerca del proceso de donación de PH, en concreto el banco de sangre (45,0%).

CONCLUSIONES

Conclusión: Los donantes de sangre presentan las características idóneas para ser donantes de PH. Además se observa una actitud positiva y favorable hacia la donación, siendo lo único que les aleja la falta de información sobre la misma y la no petición de hacerse donante de PH. Por ello las campañas de educación para la salud deben ir encaminadas a reforzar estos aspectos en los bancos de sangre, lugares en los que el personal de enfermería tiene los conocimientos necesarios sobre la donación y es capaz de entablar una relación de confianza con el donante de sangre.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL *** Mesa 12

Nº Reg. 604

TÍTULO. MODIFICACIÓN TÉCNICA PARA LA APLICACIÓN DE RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA EN SITUACIONES COMPLEJAS PARA EL CÁNCER DE MAMA

Autores: GENZOR RIOS SJ, CASAMAYOR FRANCO MC, IBAÑEZ CARRERAS R, GARCIA MUR C, RODRIGUEZ ARTIGAS JM, VALLEJO BERNAD C, OLIVER GUILLEN JR, HERNANDO ALMUDI E

GENZOR RIOS SIXTO JAVIER . H MIGUEL SERVET . CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La aplicación de radioterapia intraoperatoria en cáncer de mama (RIO) proporciona la dosis de radiación precisa en el lecho tumoral bien oxigenado y sin pérdida geográfica, representando un tratamiento óptimo para aplicar en quirófano. El sistema de balón utilizado necesita un margen a piel de al menos 1 cm y según el tamaño de la mama o la localización de la lesión no es posible conseguir esta distancia. La utilización del sistema que presentamos permite la radiación de estos casos.

METODOLOGÍA

Mujer de 65 años que presenta lesión de 7,5mm en plano posterior ICS de mama izquierda. Biopsia positiva para CDI G2 SB6, RH+, Herb 2-. Cumple todos los criterios de inclusión acordados en el proceso de mama, para realización de RIO.

RESULTADOS

Practicamos tumorectomía con estudio intraoperatorio de bordes quirúrgicos libre y ganglio centinela con células aisladas. Se coloca balón en lecho de radiación de 30 ml y disco protector de 3cm retropectoral. Se realiza medición específica desde el lecho de radiación a la piel, con distancia máxima de 7,5mm. Se decide disección de plano subcutáneo, colocación de ganchos retractores a piel y gasas humedecidas, confirmando que la nueva distancia a piel supera 1 cm por control ecográfico. Se aplica la RIO y se concluye cirugía de la forma habitual.

CONCLUSIONES

Este sistema nos ha permitido aplicar la cirugía conservadora con RIO en una paciente que en otro momento habríamos desestimado para la técnica. Se trata de la aplicación de separadores del sistema LONE STAR asociando la colocación de gasas aprendida de la utilización de otros sistemas similares. La aplicación de este sistema permite ampliar la indicación independientemente del tamaño de la mama y de la localización tumoral.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL *** Mesa 12

Nº Reg. 514

TÍTULO. **GESTIÓN Y COORDINACIÓN DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN. ESTUDIO EPIOSA.**

Autores: GIL GOMEZ AV, CUBERO MARIN JP, FORNER VICENTE M, MARTINEZ MELERO M, SIMON ROBLES AL, MARTIN CARPI MT, MARIN TRIGO JM

GIL GOMEZ ANA VICTORIA . H MIGUEL SERVET . UNIDAD DE INVESTIGACION TRASLACIONAL (UIT)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

OBJETIVOS

Exposición de las diferentes fases del proyecto "Modificaciones Epigenéticas y Aterosclerosis subclínica en pacientes con Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (EPIOSA) (FISS12/02175) (Clinicaltrials.gov identifier:NCT02131610)

METODOLOGÍA

MATERIAL Y MÉTODOS

Pacientes reclutados con diagnóstico de Apnea Obstructiva de Sueño (AOS), informados y entregado el consentimiento informado (CI) por parte de medicina de la unidad de trastornos respiratorios del sueño. La coordinadora del Proyecto, de la Unidad de Investigación Traslacional, junto con los diferentes miembros del equipo, realiza las siguientes actividades: coordinación de las diferentes unidades técnicas: ecografía carotídea, citometría de flujo, análisis clínico, análisis genómico y epigenómico. Atención al paciente: visita en consulta, toma de constantes, extracción de muestras, previsión de sucesivas visitas y vigilancia de estado clínico del paciente. Análisis de muestras: procesamiento, gestión y crioconservación. Elaboración de bases de datos, exportación de los mismos y análisis estadístico.

RESULTADOS

RESULTADOS

La participación de los DUE en un PI clínico asegura un adecuado seguimiento interdisciplinar de los pacientes y de las pruebas complementarias a realizar. La consecución de las pruebas del paciente en el menor tiempo posible y la detección temprana de hallazgos patológicos produce satisfacción del paciente y minimización de pérdidas para siguientes visitas. La gestión de muestras según guías clínicas evita la pérdida de calidad de las mismas para su posterior análisis en laboratorios externos. El registro informático de datos arrojados resulta en orden y simplicidad de exportación a paquetes estadísticos; en los cuales se evaluarán las características de nuestra muestra, difusión de resultados y tesis doctoral.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

La coordinación de enfermería de las actividades desarrolladas en un Proyecto de Investigación de base clínica hospitalaria, es esencial para el cumplimiento de los objetivos planteados. Se requiere personal especializado en Investigación biosanitaria, ético-legal y estadística. La enfermería, poco presente hoy día en investigación clínica se evidencia necesaria para una correcta consecución de proyectos de investigación.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL *** Mesa 12

Nº Reg. 618

TÍTULO. PROGRAMA DE CÁLCULO PARALELO DE DOSIS PARA TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA EXTERNA CON ACELERADOR SIEMENS ONCOR

Autores: JIMENEZ ALBERICIO J, FONT JA, MENGUAL MA, LOZARES S, ANDRES MM, GANDIA A, YANGUAS E, SOLER D

JIMENEZ ALBERICIO JAVIER . H MIGUEL SERVET . FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El objetivo es desarrollar un programa independiente del sistema de planificación de tratamientos de radioterapia externa que permita realizar una verificación independiente del cálculo de unidades de monitor que este sistema realiza para tratamientos con el acelerador Siemens Oncor situado en el H. U. Miguel Servet.

METODOLOGÍA

El Servicio de Física y Protección Radiológica ha desarrollado un programa informático basado en Excel (Microsoft) y Visual Basic, que calcula las unidades de monitor a partir de los datos dosimétricos del estado de referencia inicial del acelerador y de los parámetros que caracterizan a un determinado campo de radiación impartido por el acelerador. Estos parámetros son: energía, distancia fuente-superficie, cuadrado equivalente, dosis por sesión y tipo de cuña. El programa realiza un cálculo sencillo considerando dosis en agua en el seno de un maniquí homogéneo de agua de superficie plana. Es válido para campos en los que el punto de normalización coincide con el isocentro. Además se ha desarrollado un procedimiento de control de calidad para el programa desarrollado.

RESULTADOS

El control de calidad del programa desarrollado realiza conforme a las periodicidades y tolerancias establecidas en el Anexo 2 del RD 1566/1998 de criterios de calidad en radioterapia.

La instalación del programa es posible en cualquier ordenador con Microsoft Office 2003 o superior. Tan solo se requiere habilitar las macros de Excel.

El usuario introduce los datos de cada campo a partir de una sencilla pantalla con menús desplegables para ciertas variables donde se indican las unidades de cada parámetro. El programa realiza inmediatamente el cálculo de las unidades de monitor. Éste se puede comparar con el que el planificador realiza. La comparación de cada campo sólo lleva unos segundos.

CONCLUSIONES

El Servicio de Física y Protección Radiológica del H. U. Miguel Servet ha desarrollado un programa informático, que permite realizar un cálculo independiente de unidades de monitor para verificar los cálculos del sistema de planificación de tratamientos de radioterapia externa con el acelerador lineal de electrones Siemens Oncor. Además se ha desarrollado un procedimiento de control de calidad del mismo.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL *** Mesa 12

Nº Reg. 208

TÍTULO. KANBAN EN EL ALMACÉN DEL BLOQUE QUIRÚRGICO. HOSPITAL SAN JORGE

Autores: LAGUARTA ORTAS AI, CHIC CIPRES SARA, GARCIA OTAL ELENA, JAUREGUI ANA CARMEN, SERRANO BITRIAN MERCEDES, AQUILUE ESCO LOURDES

LAGUARTA ORTAS ANA ISABEL . H SAN JORGE . QUIROFANO

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Explicar la implantación del sistema Kanban en el almacén del Bloque quirúrgico, y contar la experiencia secundaria a los cambios y mejoras de la Logística en el Hospital San Jorge. Este nuevo sistema de almacenaje, ha supuesto una mejora en la calidad del suministro del material fungible almacenable desde el Almacén del Sector. Con todo esto se ha logrado mejorar la eficiencia del suministro y dotar de toda la responsabilidad del material al personal de almacén, desde la recepción del transportista al suministro en el almacén del quirófano. Así el personal sanitario gana en tiempo para su labor asistencial, en lugar de la reposición y orden del fungible. Se realiza en este estudio una evaluación de la satisfacción del personal respecto a este sistema, con la comparación de dos encuestas, una realizada al inicio de la implantación y otra al año de su funcionamiento.

METODOLOGÍA

Es un estudio descriptivo, cualitativo y cuantitativo.

RESULTADOS

Tras la descripción del proceso, y evaluación de resultado del estudio, se aprecia un importante aumento en la satisfacción del personal, tras un año de implantación del sistema. Se ha planteado una pregunta abierta de opinión que recoge algunas sugerencias y se han aplicado cambios para mejorar.

CONCLUSIONES

Todos los cambios que se llevan a cabo en un Centro son difíciles. La implantación de los cambios en el servicio de Suministros de nuestro Hospital ha supuesto una mejora en la eficiencia del suministro de material. Este sistema Kanban, es un sistema dinámico y se va adaptando a las necesidades del Bloque quirúrgico, con ayuda de todos los usuarios del almacén del quirófano, se han disminuido las incidencias registradas desde el Almacén del sector, gracias a la colaboración de todos. Aun nos quedan cosas por mejorar, pero es positivo el cambio.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL *** Mesa 12

Nº Reg. 176

TÍTULO. IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTILOS DE APRENDIZAJE DE LOS PROFESIONALES QUE ROTAN POR UN ESAD

Autores: MORENO MATEO R, TORRUBIA ATIENZA MP, LAUROBA ALAGON MP, PEREZ ROSEL J, GARGALLO RANDO S, CEBOLLERO DE MIGUEL A, ANDREU GRACIA S, VILARIÑO ROMERO B

MORENO MATEO ROBERTO . ESAD ZARAGOZA 2 . ESAD

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El objetivo de este estudio ha sido identificar el estilo de aprendizaje de los profesionales que realizan una estancia por un ESAD y así optimizar la calidad de la enseñanza

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio transversal y prospectivo con una muestra de 19 personas que rotaron desde el 1 de Julio a 31 de Diciembre de 2015 y a quienes se aplicó el cuestionario de Estilos de Aprendizaje de David Kolb

RESULTADOS

Rotaron por nuestro servicio:

6 MIR de Familia: 1 asimilador, 2 divergentes, 1 convergente y 2 adaptadores

4 EIR de Familia: 1 asimilador, 1 divergente y 2 adaptadores.

6 Médicos de Familia: 1 asimilador, 3 divergentes, 2 adaptadores.

1 Psicólogo Interno Residente: Divergente

1 Enfermera: Divergente

Del total, el 42,3 % eran divergentes, 15,7% asimiladores, 5,2% convergentes y 31,5% adaptadores

CONCLUSIONES

Existen diferentes estilos de aprendizaje y cada persona posee uno predominante que influye en la forma en que percibe y procesa la información. El modelo elaborado por Kolb los clasifica en Convergente, Divergente, Adaptador y Asimilador. Surgen como una herramienta pedagógica tanto para el alumno como para el docente. Estos se encuentran estrechamente relacionados con la forma en que los alumnos (rotantes) aprenden así como con la forma en que los profesores (personal del ESAD) enseñan.

Aunque un gran porcentaje de los profesionales que han rotado por el ESAD tienen un estilo divergente, es importante que el docente conozca el estilo de cada uno de ellos para emplear estrategias metodológicas específicas y lograr así un mayor rendimiento de su estancia por dicho servicio.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL *** Mesa 12

Nº Reg. 349

TÍTULO. **AMPLIACIÓN DEL ALCANCE DE ACREDITACIÓN SEGÚN NORMA ISO 15189 EN LA SECCIÓN DE EXUDADOS DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA**

Autores: MORILLA MORALES E, FERRER I, LOPEZ CALLEJA AI, NUÑEZ R, MARCEN A, MARTINEZ E, CAPAPE MJ, CALVO S

MORILLA MORALES ELENA . H MIGUEL SERVET . MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El laboratorio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet está acreditado según Norma ISO 15189 desde 2009 en diferentes áreas. Progresivamente se han ido incorporando nuevos alcances. En el año 2013 se consiguió una gran ampliación, incluyendo la Bacteriología. Actualmente se plantea la ampliación a la totalidad de las secciones, incluyendo la Sección de Exudados.

En base al proyecto de mejora del Salud 2015 "Ampliación del alcance de acreditación según Norma ISO 15189 en la sección de exudados del Servicio de Microbiología", nuestro objetivo es describir las acciones realizadas para la ampliación del alcance.

METODOLOGÍA

Realización de los procedimientos técnicos de análisis (PTA), donde se describe el procesamiento de las muestras de la sección de exudados según distintas recomendaciones de las sociedades científicas de la especialidad.

Formación y cualificación del personal implicado en la acreditación. Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad (mantenimiento de equipos, registros primarios) Implantación del control de calidad interno mensual con cepas ATCC y el control externo con cepas enviadas por la SEIMC periódicamente.

RESULTADOS

En diciembre de 2015, se realizó una evaluación semestral de los indicadores descritos en el proyecto, todos con resultado satisfactorio: Realización de los PTA e implantación de las actividades descritas en ellos (PTA 60 "Diagnóstico microbiológico de infección osteoarticular e intraabdominal" y PTA 61 "Diagnóstico de infección de tejidos superficiales"); formación y cualificación del 100% del personal adscrito a la sección; cumplimentación >90% de los registros de calidad y técnicos; y realización y evaluación del 100% de controles de calidad interno.

CONCLUSIONES

Con todo el trabajo realizado se pretende conseguir la acreditación de la Sección de Exudados por ENAC en junio de 2016. Esto es importante porque la acreditación reconoce nuestra competencia técnica para la realización de los análisis incluidos en el alcance y la fiabilidad de los resultados emitidos. Además, permite la gestión del riesgo y la mejora en la seguridad del paciente, existiendo compromiso de todo el personal con el cumplimiento de los requisitos y necesidades de los pacientes.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL *** Mesa 12

Nº Reg. 568

TÍTULO. REVISION Y ACTUALIZACION DE CALENDARIO VACUNAL EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON INMUNOSUPRESORES DE C.S. BINEFAR

Autores: ORTEGA GARRIDO MD, LAPRESTA MOROS C, NAVASA DE SUS I, ALTEMIR J, BUISAN MJ, ALQUEZAR A, MARTIN BERTRAN C, PULIDO R E.

ORTEGA GARRIDO MARIA DOLORES . CS BINEFAR . ATENCION PRIMARIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Unificar criterios de actuación en cuanto a las vacunas dosis y pautas a administrar a los pacientes en tto. con inmunosupresores.
- Identificar pacientes que pese a llevar terapias inmunosupresoras no han sido inmunizados adecuadamente
- Actualizar los calendarios vacunales de dichos pacientes

METODOLOGÍA

Se establecieron varias fases para la consecución de objetivos:

- Fase 1: elaboración de un protocolo consensuado de vacunación a paciente con tto. inmunosupresores.
- Fase 2: definición de paciente diana seleccionando los fármacos que se podían considerar de riesgo. Para ello se cuenta con especialista de Medicina Preventiva, Reumatología, Digestivo y Farmacia.
- Fase 3: Identificación de los pacientes diana a través de la base de datos de prescripciones con receta electrónica de Binéfar y de lo dispensado a pacientes externos en el H. Barbastro
- Fase 4: revisión de H.Clinicas de los pacientes diana identificados en la F. 3 para evaluar si es adecuada su selección en el proyecto, y si así fuera evaluar la necesidad de analíticay/o inmunizaciones de acuerdo al protocolo elaborado
- Fase 5: contactar con los pacientes para iniciar las actividades.

RESULTADOS

- las fases 1 y 2 se completaron satisfactoriamente dando como resultado un protocolo y un listado de fármacos que se considera inmunosupresores.
- El resultado de la fase 3 fue la detección de un total de 185 pacientes que inicialmente se beneficiarían de actividades de -inmunización
- De los 185 pacientes detectados se descartaron 21 (11,35%) por diversas razones que no los hacían candidatos a inmunización. quedaron 164 pacientes de los que 130 (79,3%) requieren realización de serología; 161 (98,2%) requieren alguna vacuna y 125 (76,2%) no habían recibido ninguna vacuna
- Actualmente se está comenzando la fase 5, sin embargo, ante los problemas de desabastecimiento de vacunas desde Salud Pública a los Centros de Salud del Sector Barbastro se están produciendo retrasos en esta fase.

CONCLUSIONES

Con las actividades del proyecto se detectaron un total de 164 pacientes a partir de los datos obtenidos de la información de farmacia. todos ellos se beneficiarán en mayor o menor medida de este proyecto, ya que en ninguno están realizadas todas las actividades incluidas en el protocolo.
Es importante la concienciación de las autoridades sanitarias de la importancia de la vacunación a grupos de riesgo.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL *** Mesa 12

Nº Reg. 76

TÍTULO. INCIDENCIA DE SARCOPENIA AL INGRESO EN UCI

Autores: OSTABAL ARTIGAS I, GARCIA POLIDURA M, MIÑANA A, RUEDA B, LORA N, ANDRES E, ANDRES N, PEREZ C

OSTABAL ARTIGAS ISABEL . H MIGUEL SERVET . UCI POLIVALENTE

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Determinar la incidencia de sarcopenia en el momento del ingreso en UCI

METODOLOGÍA

Realizamos un estudio descriptivo de la incidencia de sarcopenia en UCI durante 4 meses. Al ingreso se mide circunferencia brazo, pantorrilla y se hace dinamometría manual de ambas manos, peak-flow junto con la capacidad de hacer 5 flexiones rodilla y pinza dedos, en menos de 5 segundos. Se analiza edad, IMC y pérdida de peso en los últimos meses. Para ser incluido en el estudio se exigía no necesitar intubación en el momento del ingreso, estar consciente y poder hablar

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio ingresaron 120 pacientes de ellos 98 cumplían los criterios. De estos 98 presentaron sarcopenia al ingreso 26. Eran: Estancias prolongadas en el hospital 8 casos, pacientes oncológicos con quimioterapia coadyuvante previa 15 y EPOC severos con IMC < 18,5 en 3 casos. De los pacientes que presentan sarcopenia mueren 12 vs 2 de los que no la presentan. La estancia hospitalaria fue más larga en los sarcopenicos 12,9 días vs 3,1 días ($p < 0,05$) y el 62% de los enfermos sarcopenicos necesitaron intubación vs el 12% de los no sarcopenicos

CONCLUSIONES

Muchos pacientes presenten sarcopenia al ingreso suelen ser oncológicos con tratamientos quimioterapicos previos o de larga estancia hospitalaria y/o EPOC. Un programa nutricional y con ejercicios isométricos prescritos por fisioterapeutas podría mejorar la sarcopenia y disminuir la morbimortalidad.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL *** Mesa 12

Nº Reg. 487

TÍTULO. PROYECTO DE TRAZABILIDAD EN EL USO SEGURO DE CITOSTÁTICOS Y MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS

Autores: PUERTOLAS TENA I, GALAN CERRATO N, ALCACERA LOPEZ MA, SALVADOR GOMEZ T, ISLA CASADO D, NAVARRO JULVEZ OP, TORRES SAIZ A, PALOMERA BERNAL L

PUERTOLAS TENA ISABEL . H CLINICO UNIVERSITARIO . FARMACIA HOSPITALARIA (FH)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

En los últimos años, se ha observado un aumento exponencial del número de tratamientos citostáticos y medicamentos biológicos intravenosos administrados en el hospital de día. La correcta gestión del proceso y la trazabilidad de dichos fármacos son fundamentales para maximizar la seguridad del paciente y personal sanitario involucrado en el circuito.

Objetivos:

- Registro prospectivo de EM potenciales y reales producidos en el sistema de prescripción-preparación-administración de citostáticos y medicamentos biológicos.
- Evaluación de los EM a través de indicadores de calidad.
- Analizar el flujo de procesos, evaluar los resultados del estudio y aplicar medidas de mejora del circuito.

METODOLOGÍA

Metodología. Estudio prospectivo, unicéntrico, multidisciplinar realizado en 3 fases

- Difusión del proyecto al equipo multidisciplinar: oncólogos, farmacéuticos, personal de enfermería y auxiliar de los Servicios de Farmacia y Hospital de Día (diciembre de 2015).
- 1ª Fase: Registro de EM (febrero-mayo 2016)
 - o Registro anónimo de EM potenciales y reales asociados a la prescripción, preparación y administración de citostáticos y medicamentos biológicos. Se utilizará para dicho fin el cuestionario validado (Gramage Caro et al).
 - o Cualquier persona implicada en el proceso y formada en el procedimiento de recogida de datos podrá realizar dicho registro.
- 2ª Fase: Análisis de EM (en curso)
 - o Evaluación del sistema mediante indicadores de calidad: Cálculo de la relación porcentual de EM respecto a las oportunidades de error de cada proceso. (Font Noguera I et al)
- 3ª Fase: Implantación de medidas correctivas (pendiente calendario).
 - o Propuesta de incorporación de medidas correctivas y estudio de implantación de una nueva herramienta informática de uso multidisciplinar que mejore la seguridad y trazabilidad del sistema.

RESULTADOS

Resultados. Se registraron un total de 33 EM (14 de prescripción, 13 de preparación y 6 de administración). Actualmente en proceso de análisis.

Difusión de resultados del primer análisis al equipo multidisciplinar a través de sesión clínica (junio de 2016).

Consideraciones éticas.

Proyecto aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (2/12/ 2015)

CONCLUSIONES

Un estudio del sistema actual de gestión y trazabilidad de citostáticos y medicamentos biológicos ayuda a conocer los puntos débiles del circuito, para posteriormente aplicar medidas de mejora que minimicen los errores de medicación (EM) aumentando la seguridad del paciente y del personal sanitario.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL *** Mesa 12

Nº Reg. 303

TÍTULO. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PC

Autores: ROY JIMENEZ M, RODRIGUEZ LONGARES MC, ROYO MARTINEZ M

ROY JIMENEZ MARIA . H MIGUEL SERVET . UCI POST CARDIACA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

GENERAL:

Adquirir la formación para la implementación de actividades sistematizadas y coordinadas para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos mediante la sensibilización y motivación al personal de enfermería.

ESPECÍFICOS:

Estar sensibilizados en la importancia de la prevención de las úlceras por presión (UPP).

Aplicar correctamente la valoración del riesgo según la escala Norton modificada.

Conocer las bases de prevención de las UPP- Presentación de "Algoritmo de Actuación UPP Zero"

Conocer la etiopatogenia, grados, diagnóstico diferencial de las úlceras por presión y concepto TIME.

Manejar la escala PUSH como instrumento para monitorizar estado de cicatrización de las UPP.

Conocer las bases de tratamiento de las UPP.

Aplicar correctamente el tratamiento.

Conocer el material disponible para la prevención y tratamiento de las lesiones por presión.

Realizar los registros correspondientes, en las hojas que existen en el programa informático, para sistematizar cuidados y unificar tratamientos.

METODOLOGÍA

Creación de un grupo de trabajo encargado de la vigilancia de la instauración de medidas preventivas, la unificación de los tratamientos establecidos y la realización de los registros.

Elaboración de un diagrama de flujo " Algoritmo de actuación UPPZERO"

Formación del personal de enfermería de la unidad

RESULTADOS

Se observa una gran mejoría en cuanto a la disminución del número de úlceras por presión y, cuando éstas aparecen, son de bajo grado.

También se percibe la unificación de los tratamientos seguidos para curar las lesiones.

Resultados con cifras objetivas, aún por determinar. Se presentarán en otra comunicación al año que viene

CONCLUSIONES

Hemos observado de gran utilidad la creación de un grupo de trabajo para la vigilancia y sistematización de cuidados.

Ha sido sorprendente la disminución de aparición de UPP en la unidad.

Hemos aprendido que con trabajo y empeño, es fácil mejorar la calidad de los cuidados enfermeros que reciben nuestros pacientes.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL *** Mesa 12

Nº Reg. 576

TÍTULO. OPTIMIZACIÓN DE LAS CONDICIONES EN LAS QUE SE TOMAN LAS FOTOGRAFÍAS EN TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA SUPERFICIAL

Autores: SANAGUSTIN PIEDRAFITA P, JIMENEZ ALBERICIO J, MENDEZ A, AZNAR M, PUERTAS MM, CUARTERO E, VAZQUEZ C, MUÑOZ E

SANAGUSTIN PIEDRAFITA PILAR . H MIGUEL SERVET . FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Los objetivos de este trabajo son:

- ?
a) Analizar los problemas de calidad y reproducibilidad que presentan las fotografías que se toman a los pacientes en tratamiento de radioterapia superficial.
- ?
b) Identificar las causas que pueden degradar la calidad y reproducibilidad de las imágenes.
- ?
c) Realizar un procedimiento que asegure la calidad y reproducibilidad de las imágenes.

METODOLOGÍA

Los pacientes a los que se les aplica radioterapia superficial son fotografiados al inicio y al final del tratamiento, y durante sucesivas revisiones posteriores al tratamiento. Las imágenes se utilizan para evaluar la evolución de las lesiones del paciente, por eso es necesario que tengan un grado de calidad suficiente para registrar las características de las lesiones en cada fase del tratamiento y una reproducibilidad que permita determinar la evolución de las lesiones de forma objetiva a partir de la secuencia de imágenes adquiridas durante tratamiento y las revisiones posteriores. En este trabajo se ha realizado una revisión de las fotografías de pacientes en tratamiento de radioterapia superficial de los últimos tres años, y se han analizado las causas por las que hay imágenes que no alcanzan los mínimos de calidad y reproducibilidad.

RESULTADOS

Tras la revisión de fotografías se ha puesto de manifiesto la falta de calidad y reproducibilidad de algunas de ellas y se han identificado como causas principales:

- ?
-Encuadre incorrecto de las lesiones en la imagen
- ?
-Enfoque incorrecto
- ?
-Enfoque lejano

- ?
-Luz inapropiada que distorsiona los colores y tonos de piel
- ?
-Fondo inapropiado
- ?
-Elementos no pertinentes en la imagen (personal, instrumental, paredes,...)

- ?-Variabilidad en las fotos de un mismo paciente

Para eliminar las causas que degradan la calidad y reproducibilidad de las fotografías se han tomado las siguientes medidas:

- ?
-Realización de pruebas de imagen
- ?
-Establecimiento y señalización del lugar óptimo para realizar las fotografías
- ?
-Elaboración de un procedimiento de toma de fotografías

CONCLUSIONES

Las fotografías de los pacientes en tratamiento de radioterapia superficial deben alcanzar unos mínimos de calidad y reproducibilidad para ser útiles en la valoración de la

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL *** Mesa 12

Nº Reg. 576

TÍTULO. OPTIMIZACIÓN DE LAS CONDICIONES EN LAS QUE SE TOMAN LAS FOTOGRAFÍAS EN TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA SUPERFICIAL

Autores: SANAGUSTIN PIEDRAFITA P, JIMENEZ ALBERICIO J, MENDEZ A, AZNAR M, PUERTAS MM, CUARTERO E, VAZQUEZ C, MUÑOZ E
[SANAGUSTIN PIEDRAFITA PILAR . H MIGUEL SERVET . FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA](#)

evolución de las lesiones tratadas.

El Sº de Oncología Radioterápica ha elaborado un procedimiento que recoge las recomendaciones para garantizar los mínimos de calidad y reproducibilidad.

XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL *** Mesa 12

Nº Reg. 590

TÍTULO. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE ALERTAS DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Autores: URIARTE PINTO M, IZUEL RAMI M, LORENTE BAIGORRI A, LARRODE LECIÑENA I, GIMENO BALLESTER V, CASTIELLA GARCIA M, ABAD SAZATORNIL MR

URIARTE PINTO MOISES . H MIGUEL SERVET . FARMACIA HOSPITALARIA (FH)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Tradicionalmente la validación de la prescripción médica en pacientes hospitalizados se realizaba por un farmacéutico analizando los tratamientos prescritos según su criterio profesional. Actualmente, en nuestro hospital disponemos del programa FarmaTools® de prescripción electrónica asistida con ayuda a la prescripción por sistema de alertas en caso de interacción, duplicidad terapéutica, alergia y duración del tratamiento.

La implantación de herramientas electrónicas como la prescripción electrónica permite disminuir la tasa de errores, aunque siguen siendo frecuentes con tasas que pueden llegar hasta el 13%, por lo que es necesario seguir implementando nuevas medidas destinadas a minimizar estos errores. En los últimos años se han desarrollado nuevos sistemas automatizados de alertas basados en datos clínicos del paciente con la finalidad de disminuir los errores. El programa ALTO®, analiza las prescripciones médicas y genera alertas por días alarmantes, vía de administración incoherente, alertas de dosis por insuficiencia renal y hepática, dosis mínima y máxima, interacciones, duplicidades y avisos por terapia secuencial.

METODOLOGÍA

Durante los meses de abril-mayo de 2016, se llevó a cabo la validación de las alertas generadas por el programa Alto® en los pacientes ingresados en el Servicio de Cardiología de nuestro hospital en ordenes médicas ya validadas por el Servicio de Farmacia. Se ha valorado el número de alertas, su tipo y relevancia como paso previo a su implantación en el resto de plantas con prescripción electrónica asistida.

RESULTADOS

Se han valorado 401 alertas, en 5 días distintos, con una media de 34 camas/día, de las cuales aproximadamente un 30% fueron consideradas clínicamente relevantes. Las más relevantes fueron las relacionadas con vías de administración inadecuada (100% de las alertas detectadas fueron relevantes), dosificación potencialmente inadecuada en insuficiencia renal (93%) y posibilidad de terapia secuencial (57%).

La revisión de la dosis fue la alerta más frecuente sin embargo solo un 5% de esas alertas fueron relevantes.

CONCLUSIONES

El pilotaje de la herramienta de validación automática de prescripciones y generación de alertas se ha considerado satisfactoria al haber permitido la detección de un número relevante de posibles PRM no detectados en la validación manual previa de las ordenes médicas.

Sin embargo la herramienta requiere la validación inicial de las alertas generadas por parte del farmacéutico para determinar la relevancia clínica de éstas.