

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Mesa 1 * 20M-18:00 h.

Reg	Apellidos y Nombre	Título de la Comunicación
296	ALONSO LEJ TORRES, ELENA	USO RACIONAL EN LA DISPENSACIÓN DE TIRAS REACTIVAS PARA LA REALIZACIÓN DE AUTOANÁLISIS EN EL CONTROL DE LA
77	ARMENDARIZ BUIL, IGNACIO	EVALUACIÓN DE LA ELABORACIÓN E IMPLANTACIÓN DE UNA LISTA DE VERIFICACIÓN O CHECKLIST EN EL ÁREA QUIRÚRGICA
197	CALVO CUELLO, BEATRIZ	ATENCION A LA MUJER INMIGRANTE EN URGENCIAS Y EN EL PARTO EN HUMS EN EL AÑO 2011.
267	GARCES ORTIGOSA, MARIA ANTONIA	MEJORA EN EL ABORDAJE DEL PACIENTE DEL AREA DE ICTUS DESDE EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL SAN JORGE
211	GASCON FERRER, ISABEL	CALIDAD DE VIDA EN LOS ENFERMOS DE CROHN. ¿CÓMO ESTAMOS?
319	GIMENO BALLESTER, VICENTE	IMPLANTACIÓN EN EL SERVICIO DE FARMACIA DEL CONTROL GRAVIMÉTRICO EN EL PROCESO DE ELABORACIÓN DE NUTRICIONES
152	HIJOS LARRAZ, LUIS ALFONSO	IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS DE MEJORA EN LA FORMACIÓN DE RESIDENTES EN ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA (AFYC).
137	ISLA, JORGE	ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE CRONICO DEPENDIENTE (PCD) : IMPLICACION ACTIVA DEL ENTORNO FAMILIAR Y USO
13	MODREGO AZNAR, FABIOLA	NO DEBEMOS OLVIDAR LA RELACIÓN BIDIRECCIONAL DE LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS Y EL CONSUMO DE TÓXICOS
230	MONTOYA ARENAS, JOSE JONATHAN	RESULTADOS DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HCU
280	ORDAS BITRIAN, MERCEDES	CONTROL DEL DOLOR EN PUNCIONES ARTERIALES PARA GASOMETRÍAS REALIZADAS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DESDE
308	ORTIZ DE SOLORZANO AURUSA, PILAR	COLABORACIÓN PACIENTE – ENFERMERA EN EL DISEÑO DE LA VISITA PREQUIRÚRGICA
171	TOYAS MIAZZA, CARLA	INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS POTENCIALES EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 1

Nº Reg. 296

TÍTULO. USO RACIONAL EN LA DISPENSACIÓN DE TIRAS REACTIVAS PARA LA REALIZACIÓN DE AUTOANÁLISIS EN EL CONTROL DE LA GLUCEMIA.

Autores: ALONSO-LEJ TORRES E, CEBRIAN-AGUADO O, CEBOLLA-GRACIA L, PELLEJERO-ALVAREZ C, MINGOTE-TIZNE T, LALANA-JOSA P

ALONSO-LEJ TORRES ELENA . CS OLIVER . ATENCION PRIMARIA (ealonso@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas con mayor prevalencia en nuestro medio y sus complicaciones implican un gran impacto sanitario de la enfermedad.

La eficacia del autocontrol de la glucemia capilar es un tema controvertido por lo que es necesario protocolizar su actuación en base a la evidencia científica.

Dada la percepción subjetiva de la no adecuación del consumo de tiras reactivas en relación al tratamiento farmacológico, se pretende adecuar el consumo de tiras reactivas de los pacientes diabéticos del CS Oliver a la evidencia científica, mejorando la eficiencia.

METODOLOGÍA

Se hizo un análisis de la situación de partida con población de CS Oliver > 14 años incluidos en cartera de servicio como diabéticos, siendo n=995 (71,52% de los casos esperados).

Se elaboró y consensó un protocolo de dispensación de tiras presentado al EAP y aceptado por todos los profesionales.

Personas implicadas en la aplicación del protocolo y encargadas de entregar el material para diabéticos (auxiliar de enfermería + responsable de enfermería) haciendo de forma individual con cada paciente:

- Revisión historia clínica + revisión tratamiento (dieta/ADO/ insulina) + explicación del número de tiras que le corresponden y periodo hasta nueva entrega (en meses).
- Registro en OMI en ficha "Material para diabéticos" haciendo constar: tipo de diabetes, tratamiento, clase de tiras y tiempo hasta la próxima entrega.

RESULTADOS

A lo largo del año 2010 se consumieron 177.572 tiras, lo que supuso un gasto de 53.911,16€. Durante 2011 en que se estuvo aplicando el protocolo el gasto fue de 121.863 tiras y que correspondió a 32.902,94€. El ahorro fue de 21.008,15€, un 39%.

CONCLUSIONES

- Ø Gran esfuerzo de las personas implicadas para hacer comprender a los pacientes la utilización adecuada de las tiras.
- Ø Es mejor que sean solo una o dos personas las que realicen el proyecto para ser lo más riguroso posible en el cumplimiento del protocolo de dispensación.
- Ø Sin embargo, es necesario que todo el equipo esté de acuerdo en la pauta de dispensación para que no existan discrepancias entre profesionales.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 1

Nº Reg. 77

TÍTULO. EVALUACIÓN DE LA ELABORACIÓN E IMPLANTACIÓN DE UNA LISTA DE VERIFICACIÓN O CHECKLIST EN EL ÁREA QUIRÚRGICA

Autores: ARMENDARIZ BUIL I, BERNUES-PEREZ A, VERA-BELLA J, RIGOPOULOU-BAKEROU A, VILLARROEL-PINO E, SAUCO J, ALAMILLO C, CARRION-PAREJA JC

ARMENDARIZ BUIL IGNACIO . HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA . ANESTESIA (nachoarm80@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

En los países industrializados, la incidencia de muerte en el período operatorio es del 0,4 al 0,8% y de complicaciones mayores es del 3 al 17% aproximadamente. La OMS propuso en 2008 introducir una lista de verificación o checklist en el área quirúrgica con 19 ítems con el objetivo de mejorar la seguridad. Nos propusimos implantar el checklist que propone la OMS adaptado a nuestro medio. Antes de su puesta en marcha, decidimos implantarlo en el quirófano 6 de nuestra área quirúrgica a modo de período de prueba durante 3 meses (del 20 de junio al 30 de septiembre de 2011).

METODOLOGÍA

Se desarrolló un checklist adaptado al HSJ a partir del documento original de la OMS. Pronto surgió la necesidad de crear una nueva hoja para la cirugía con anestesia local. Se escogió el quirófano 6 para el período de prueba de 3 meses. Pasado este tiempo, revisamos las historias de los pacientes intervenidos para comprobar: 1. Número y porcentaje de checklist incluidos en la historia en cirugías con anestesia general (con anestesista). 2. Cumplimentación del checklist por parte de cirujano, anestesista y enfermería en cirugías con anestesia general. 3. Número y porcentaje de checklist incluidos en la historia en intervenciones quirúrgicas con anestesia local. Además, se ofreció la posibilidad de rellenar una encuesta.

RESULTADOS

: De los 112 pacientes intervenidos con anestesia general en el quirófano 6 durante el período de prueba, se incluyó el checklist en la historia de 89 pacientes (79,4%). De las 89 hojas incluidas en las historias, 16 no estaban cumplimentadas por alguno de los profesionales del equipo quirúrgico: 10 por el cirujano, 4 por el anestesista y 2 por la enfermería. De los 31 pacientes intervenidos con anestesia local, se incluyó el checklist en la historia de 16 pacientes (51,6%). El número de encuestas recibidas fue escaso, pero su contenido resultó interesante.

CONCLUSIONES

El período de prueba fue muy satisfactorio. Se concluyó que era necesario hacer una campaña informativa en el área quirúrgica sobre la existencia del checklist y su cumplimentación. Su implantación definitiva comenzó el 1 de noviembre de 2012.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 1

Nº Reg. 197

TÍTULO. ATENCION A LA MUJER INMIGRANTE EN URGENCIAS Y EN EL PARTO EN HUMS EN EL AÑO 2011.

Autores: CALVO CUELLO B, COTAINA GRACIA, L, MOZOTA GRACIA, C, HERNÁNDEZ PIMENTA, J. V., GIL LAZARO, L, MIGDAN, C. M., MOLINAS LAFUENTE, M., GOTOR COLAS, S.

CALVO CUELLO BEATRIZ . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . UCI B (beacalvocuello@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Conocer el tipo de atención que se realiza en urgencias y en el parto a la mujer inmigrante, valorando la forma de actuación y la posibilidad de mejorar la calidad de la asistencia prestada.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo observacional, analizando urgencias y partos en 2011 en el HUMS, comparando los resultados con las mujeres españolas y contrastándolo con el padrón municipal.

Se estudiaron los siguientes datos: frecuentación, origen, tipo de atención, hospitalización, y tipo de parto.

RESULTADOS

URGENCIAS: Urgencias en extranjeras en 2011: 6514 (29,98% del total). Contribuyen al 27,17% de las consultas ginecológicas y al 31,10% de las consultas obstétricas. La tabla 1 muestra el nº de urgencias, altas e ingresos de las poblaciones estudiadas.

Españolas (21,73%) e inmigrantes (23,28%) ingresan por igual, siendo la proporción de ingresos: 4/100 visitas ginecológicas y 30/100 visitas tocológicas.

PARTOS: Partos en 2011: 4382. Partos en extranjeras 1166 (26,89%). La tabla 2 muestra la distribución por tipo de parto. No existe significación estadística en el tipo de parto con respecto a las autoctonas.

La tabla 3 analiza los países de origen de los grupos más numerosos, su frecuentación en urgencias y el número de partos.

CONCLUSIONES

Las mujeres extranjeras en 2011 suponen el 14,23% (108.234) del total de mujeres de Zaragoza (356.932). La frecuentación en urgencias fue 29,98%. Este dato en tología (31,10%) no es valorable ya que contribuyen en un 26,89% a nuestros partos precisando un mayor número de consultas.

Sin embargo, por motivo ginecológico fue del 27,70% (el doble de lo que correspondería por población), probablemente por la precaria situación laboral que les obliga a buscar un dispositivo sanitario que no plantee problemas de horarios, y/o a una situación próxima a la ilegalidad que impulsa a buscar entradas en el sistema sanitario que no impliquen identificación previa.

COMENTARIO: Entre las dificultades que encontramos en su atención están la falta de formación de los profesionales en competencia cultural y las dificultades idiomáticas que la hacen más dificultosa y larga.

También creemos que deberían mejorar las estrategias enfocadas a la captación de la población inmigrante hacia la atención especializada, para disminuir la incidencia por motivos ginecológicos en el servicio de urgencias, dando valor a los aspectos preventivos que comporta un contacto programado y ambulatorio con los servicios sanitarios, y no solo cuando existen síntomas reales de enfermedad.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 1

Nº Reg. 267

TÍTULO. MEJORA EN EL ABORDAJE DEL PACIENTE DEL AREA DE ICTUS DESDE EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores: GARCES ORTIGOSA MA, GRACIA SEN MC, ELVIRA ANGUIA JM, MORALES BALIEN S, DE ARCE Y OSUNA C, VIDAL CORTES P, CASTAN GASQUET R

GARCES ORTIGOSA MARIA ANTONIA . HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA . REHABILITACION Y MEDICINA FISICA (magarceso@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

*Consolidar un protocolo de actuación en el Área de Ictus desde el servicio de rehabilitación.

*Mejorar la asistencia del paciente:

- Diseñar un plan de atención precoz con ictus en el hospital de San Jorge y las actividades pertinentes al mismo.
- Mejorar la comunicación con los pacientes, familiares y personal sanitario implicados en este área.
- Informar precozmente a los familiares sobre el correcto manejo y como influye la lesión en las actividades de la vida diaria.
- Mejorar los índices de satisfacción de los pacientes y sus familias.
- Asesorar sobre el modelo y la disposición del mobiliario en el Área de Ictus adecuado a las necesidades de este tipo de pacientes.
- Disminuir la morbi-mortalidad y mejorar la calidad de vida.

*Implantar una base de datos que sirva como seguimiento de estos pacientes y ayude en futuras investigaciones.

METODOLOGÍA

- Reserva de un horario diario de tres fisioterapeutas y dos terapeutas ocupacionales para el Área de Ictus.
- Elaboración de posters, tríptico, y guías informativas para los cuidadores-familiares y personal sanitario.
- Formación del personal de rehabilitación para mejorar la calidad de atención a estos pacientes.
- Charlas específicas formativas para el personal sanitario.
- Creación de base de datos para recogida de información sobre los pacientes atendidos.
- Elaboración de informe de rehabilitación, que acompañara al informe de alta de aquellos pacientes que precisen continuar con algún tipo de terapia en otro ámbito asistencial.
- Elaboración de hoja de evolución del Servicio de Rehabilitación común para el Hospital San Jorge y el Hospital Sagrado Corazón de Jesús, que sea posible acceder a ella a través del sistema informático.

RESULTADOS

*Resultados obtenidos hasta el momento:

- Rehabilitación en la fase precoz, realizando la intervención en las primeras 24-48 horas tras el ictus.
- Formación de profesionales sanitarios, habiendo realizado charlas informativas.
- Difusión de buenas prácticas en el abordaje de ictus para profesionales sanitarios y cuidadores/familiares, con la confección de posters informativos.
- Intervención en el Área de Ictus, que incluye al médico rehabilitador, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 1

Nº Reg. **267**

TÍTULO. **MEJORA EN EL ABORDAJE DEL PACIENTE DEL AREA DE ICTUS DESDE EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA**

Autores: GARCES ORTIGOSA MA, GRACIA SEN MC, ELVIRA ANGUIA JM, MORALES BALIEN S, DE ARCE Y OSUNA C, VIDAL CORTES P, CASTAN GASQUET R

GARCES ORTIGOSA MARIA ANTONIA . HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA . REHABILITACION Y MEDICINA FISICA (magarceso@salud.aragon.es)

- Trabajo de forma coordinada con el servicio de Neurología y Enfermería.
- Mejora en la asistencia al paciente y la eficiencia en la atención.
- Registro de pacientes atendidos desde el Servicio de Rehabilitación en el Área de Ictus.

*Resultados que se espera conseguir:

- Potenciar la formación de los profesionales del sistema sanitario para atender a estos pacientes.
- Realización de tripticos, guías .

CONCLUSIONES

- .Al estar integrados en el equipo de trabajo del Área de Ictus, el comienzo del tratamiento del servicio de rehabilitación es inmediato.
- . Concienciación y adiestramiento de los cuidados posturales de todo el personal. El correcto manejo hacia el paciente (cambios posturales, colocación en la cama, sillón, etc) es conocido por todo el equipo que está trabajando en el Area de Ictus.
- . El contacto tan temprano con los familiares-cuidadores nos permite informarles sobre la lesión, el como se han de relacionar con el paciente y les ayudamos a entender las dificultades en las actividades de la vida diaria.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 1

Nº Reg. 211

TÍTULO. CALIDAD DE VIDA EN LOS ENFERMOS DE CROHN. ¿CÓMO ESTAMOS?

Autores: Gascón Ferrer I, BARRANCO DOMÍNGUEZ, J.I, MARTÍNEZ BERNARD, J., SÁNCHEZ FUENTES, M.N, GRACIA ROCHE, C., PATERNA LÓPEZ, S., GUTIERREZ DÍEZ, M, ESARTE MUNIAIN, J.M

GASCÓN FERRER ISABEL . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . CIRUGIA GENERAL (isabelgasconf@gmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La Enfermedad de Crohn es una patología de origen incierto, de evolución crónica y con una incidencia en aumento, siendo la misma en nuestra Comunidad Autónoma de 0.3 %/año. Los brotes, las complicaciones alteran de forma importante la calidad de vida de estos pacientes.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes que han requerido ingreso hospitalario entre los años 2004-2007 por su Enfermedad de Crohn, valorando datos demográficos, evolución, tratamiento médico-quirúrgico y complicaciones de los mismos.

RESULTADOS

Se han obtenido un total de 88 pacientes ingresados, con edades entre 12-84 años, siendo el 51% mujeres. La localización más frecuente es la región ileal (56%), seguida por afectación ileocólica (23%), y afectación coloanal (21%).

El motivo de ingreso más repetido ha sido por dolor abdominal (45%), por brote de tipo moderado en un 80% de las ocasiones.

Un 32% de los pacientes estudiados han requerido de intervención quirúrgica a lo largo de su período de enfermedad, de las cuales el 58% se ha realizado de manera programada, objetivándose un aumento de la misma en detrimento de la intervención con carácter urgente en los últimos años. La indicación quirúrgica se ha asentado por motivos de persistencia de fístulas enterales (33%) y oclusión (30%), entre otras. El tipo de intervención más frecuente ha sido la resección ileocecal (40%).

La media de reingresos hospitalarios por reagudización de la enfermedad es de 2.3 (1-9 reingresos), en un promedio de intervalo de seguimiento de la enfermedad de 9.5 años (1 a 27 años), siendo el patrón de enfermedad de Crohn fistulizante el que ha requerido de más ingresos. Del total de pacientes, el 8.7% de los mismos presentaron la solicitud de incapacidad laboral.

Como complicaciones, presentaron recidiva endoscópica el 5.7% de los pacientes, que no han precisado de reintervención ; y 7 casos de éxitus, siendo de origen séptico el 43%.

CONCLUSIONES

La Enfermedad de Crohn se trata de una patología crónica, con requerimiento de ingresos repetidos, y tratamiento multidisciplinar, ya que en el 32% de las ocasiones es precisa la intervención quirúrgica. Es por eso necesario el conocer la situación actual de la enfermedad en nuestro medio laboral para mejorar el tratamiento de la misma. El número de complicaciones, de los tratamientos médico-quirúrgicos y la frecuente necesidad de reintervenciones lastran de forma importante la calidad de vida de los pacientes.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 1

Nº Reg. 319

TÍTULO. IMPLANTACIÓN EN EL SERVICIO DE FARMACIA DEL CONTROL GRAVIMÉTRICO EN EL PROCESO DE ELABORACIÓN DE NUTRICIONES

Autores: GIMENO BALLESTER V, LARRODE I, REAL JM, URIARTE M, PASCUAL O, AGUSTIN MJ, PALOMO P, ABAD MR

GIMENO BALLESTER VICENTE . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . FARMACIA (vgimenob@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Exponer el proceso de control gravimétrico de pesada de las unidades de nutrición parenteral (UNP) para su futura implantación en el servicio de farmacia (SF) y aumentar la calidad y seguridad en la preparación de las UNP elaboradas por el mismo.

METODOLOGÍA

Para la implantación del proceso de control de pesada de UNP en el laboratorio del SF se comenzó solicitando las densidades de los componentes de las UNP a los laboratorios y se actualizó el maestro del programa de gestión de nutriciones parenterales. Se solicitó una balanza electrónica para realizar la pesada. Se elaboraron unas tablas de referencia en las que se recogió el peso de las UNP protocolizadas con el fin de utilizarlas como peso teórico con el cual comparar el peso real obtenido. Se modificaron las etiquetas de las UNP para que automáticamente nos mostraran el peso real de la UNP y el resultado de la evaluación del error gravimétrico de pesada (EGP) de las preparaciones (diferencia en % entre el peso experimental y el teórico). Con el fin de normalizar el proceso del control gravimétrico de las UNP elaboradas por el servicio y su documentación, se diseñó un protocolo normalizado de trabajo (PNT) para la unidad de nutrición, que está pendiente de validar y aplicar. La calidad de la preparación de las UNP se estableció mediante el cálculo de la exactitud (media del EGP) y la precisión (raíz cuadrada de la media del cuadrado de los EGP), y se definieron los límites de $\pm 5\%$ de alerta e invalidación de estos parámetros.

RESULTADOS

Las recomendaciones efectuadas por la Sociedad Americana de Farmacéuticos de Hospital (ASHP) y la Sociedad Americana de Nutrición Parenteral y Enteral (ASPEN), responsabilizan al farmacéutico de optimizar el proceso de elaboración de UNP. Una de las estrategias establecidas para el control de calidad del producto final es el análisis gravimétrico o comparación del peso real del producto con el calculado según volumen y densidades específicas de cada componente. El control gravimétrico puede ser útil en la identificación de errores potenciales de medicación en el proceso de elaboración de UNP y la incorporación rutinaria del mismo en la unidad de nutrición resulta necesaria.

CONCLUSIONES

En definitiva, el control gravimétrico surge como una estrategia que permite controlar la exactitud y precisión en el proceso de elaboración de nutriciones y que de forma conjunta a otros métodos, complementa los procesos de garantía de calidad definidos para mejorar la preparación de las mismas.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 1

Nº Reg. 152

TÍTULO. IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS DE MEJORA EN LA FORMACIÓN DE RESIDENTES EN ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA (AFYC).

Autores: HIJOS LARRAZ LA, MONCLUS-MURO A., BADIA-PLAYAN C, NAVAL-SALAS P, BLECUA-PORTA C, EIZAGUERRI-MANAU M, AGON SARMENTO O., BALLABRIGA-GONZÁLEZ M
HIJOS LARRAZ LUIS ALFONSO . UNIDAD DOCENTE AFYC . HUESCA (lhijos@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

En España el sistema de formación especializada en las profesiones sanitarias se inició en Medicina mediante el sistema MIR, llegando posteriormente a abarcar otras profesiones, entre ellas algunas especialidades de Enfermería (Ginecoobstétricas, Salud Mental...). Hasta ser aprobado el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (Orden SAS/1729/2010), indicando los conocimientos, habilidades y responsabilidades necesarios para ejercer eficazmente la especialidad, mediante la práctica profesional programada y supervisada. A pesar de que nadie pone en duda la eficacia del sistema MIR durante las últimas décadas y que ha contribuido de forma importante al desarrollo del nivel sanitario. La implantación de la formación en Atención Familiar y Comunitaria de Enfermeras en el sector de Barbastro, nos hemos planteado los siguientes objetivos: explorar la opinión de los tutores respecto a las expectativas, necesidades y responsabilidades que implica la tutoría de la formación de residentes; y en segundo lugar, la identificación y priorización de las necesidades identificadas.

METODOLOGÍA

Se empleó una técnica grupal (grupo focal) utilizando una entrevista semiestructurada con la finalidad de facilitar la identificación del perfil de tutor y la identificación de puntos fuertes y débiles.

RESULTADOS

Se identificaron las características, capacidades personales, habilidades docentes y conocimientos que debe tener el tutor y las actividades que debe realizar. Se identificaron los puntos fuertes de la formación de residentes (Fuente de aprendizaje personal y profesional, Fuente de automotivación, Reconocimiento institucional...etc.) y los puntos débiles (Responsabilidades, Dificultades de la planificación, Carencias en Investigación, trabajo en la comunidad...etc.)

CONCLUSIONES

La formación de Enfermeras especialistas en AFyC supone un proceso de enriquecimiento mutuo para los profesionales implicados, tanto para los tutores como para los residentes ("ambos se nutren uno del otro"). Las Tutoras indican el carácter humanista de su profesión para la realización de las tutorías, resaltando las capacidades personales y los aspectos emocionales que son necesarios para el perfil del tutor. La realización de la formación EIR aporta y clarifica nuestras actividades, así como, la identificación de necesidades formativas que deberían subsanarse para la adecuada docencia.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 1

Nº Reg. 137

TÍTULO. ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE CRONICO DEPENDIENTE (PCD) : IMPLICACION ACTIVA DEL ENTORNO FAMILIAR Y USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

Autores: Isla J, Lorbes T, Simon B, Uta C, Blanco C, Diamanti M, Pueyo C, Peman T

ISLA JORGE . CS ALMOZARA . MEDICINA DE FAMILIA (jisladue@gmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

arantizar la seguridad clínica del PCD , minimizar ingresos hospitalarios, optimizar la implicación de la familia en la adherencia al tratamiento así como sus conocimientos en PCD , reducir la utilización de Fármacos Potencialmente Inadecuados (FPI) y facilitar la formación farmacológica entre los sanitarios.

METODOLOGÍA

Diseño: Estudio Descriptivo transversa.

Duración: 1 Enero 2011- 20 Diciembre 2011.

Desarrollo: Centro de Salud Urbano con una población a estudio de 13500 habitantes.

Sujetos a estudio: 75 Pacientes Crónico Dependientes, 78 Pacientes Inmovilizados y 14 Pacientes Terminales, en los que se analizó:

Adherencia al tratamiento a través del test de Morisky-Green-Levine.

Detección precoz de FPI, consenso Unidad Uso Racional Medicamento de nuestro sector, (Benzodiazepinas vida media larga, antidiabéticos orales vida media larga, y AINEs más de 6 meses de tratamiento).

Nº Ingresos en el año anterior al estudio.

Taller dirigido a cuidadores del PCD.

Formación sobre Uso Racional del Medicamento a impartir por la farmacéutica del sector.

RESULTADOS

Total PCD:182.

25 PCD se les realizó el test de Morisky 13.73%.

32 PCD seguían tratamiento con FPI 17.58%.

53 PCD requirieron ingreso hospitalario 29.12%.

Formación por farmacéutica del sector 0.0%.

Realización talleres 0.0%.

CONCLUSIONES

Es complicado el control del PCD en un medio de gran presión asistencial, la poca unidad de criterios en los test a realizar (Morisky 13,73%), la gran comorbilidad de estos pacientes (Expresada en un 29,12% de ingresos y el 17,58% de FPI) hacen necesarias medidas, para el control continuado de la seguridad clínica del PCD, encaminadas a protocolizar su atención y la de sus cuidadores.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 1

Nº Reg. 13

TÍTULO. NO DEBEMOS OLVIDAR LA RELACIÓN BIDIRECCIONAL DE LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS Y EL CONSUMO DE TÓXICOS

Autores: MODREGO-AZNAR MF, DE LA CÁMARA-IZQUIERDO C., RIVEROS TEJADA G

MODREGO-AZNAR Mª FABIOLA . HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA . PSIQUIATRIA (fmodrego2@gmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Conocer la frecuencia de consumo de tóxicos (lícitos e ilícitos) en los pacientes con trastorno psicótico crónico que acuden a la administración periódica de antipsicótico inyectable

METODOLOGÍA

Recogida de datos desde el 15 de abril de 2012 al 15 de mayo de 2012. Muestra: Se invitó a participar a todos los pacientes que acuden a la Consulta de Enfermería de las Consultas Externas de Psiquiatría a recibir el tratamiento inyectable (cada 14, 21 o cada 28 días). Entre los datos sociodemográficos se incluyeron: sexo, edad, nacionalidad, consumo de drogas anterior y en la actualidad.

Dentro de la intervención clínica habitual, se realiza además, en los pacientes que así lo aceptaron:

1. Administración de la Escala de Consumo de Tóxicos (FAD Madrid), autoaplicada.

2. Recogida de muestra de orina para determinación toxicológica (opiáceos, cocaína, cannabis, benzodiazepinas, Anfetaminas, metadona, alcohol).

A la llegada de los resultados, se informa al psiquiatra responsable del seguimiento del paciente y se realiza entrevista motivacional, por parte de enfermería y en la primera cita médica, con todos los pacientes en los que se ha detectado consumo actual

RESULTADOS

Se completaron 89 Escalas de Consumo (54 hombres y 35 mujeres). La edad media fue de 44,6 años. Se recogió muestra de orina en 76 pacientes.

El 61,8% (47 pacientes) presentaron resultados negativos a tóxicos. El 13,1% presentó resultado positivo a cannabis (en contraste con un reconocimiento de consumo anterior en el 49,4% de los encuestados). El 6,5% fueron positivos a cocaína. Solo un paciente presentó consumo de Anfetaminas. El 18,4% presentaron resultado positivo a benzodiazepinas. Un paciente fue positivo a metadona (en seguimiento en centro específico).

Sesenta y dos pacientes (69,6%) son fumadores de tabaco, y de ellos, el 56,4% han intentado abandonarlo. Treinta y seis pacientes (40,4%) consumen alcohol en la actualidad

CONCLUSIONES

El control periódico de tóxicos en pacientes con trastornos psicóticos puede mejorar su abordaje clínico

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 1

Nº Reg. 230

TÍTULO. RESULTADOS DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HCU LOZANO BLESA

Autores: MONTOYA ARENAS JJ, MARTINEZ-MARIN M, MORENO-LOPEZ R, JUDEZ-LEGARISTI D, REVILLA-MARTI P, CUEVA-RECALDE JF, DEL RIO-LIGORIT A, LACAMBRA-BLASCO I

MONTOYA ARENAS JOSE JONATHAN . HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA . CARDIOLOGIA (miguelmartinezmarin@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Valorar la calidad percibida por los usuarios hospitalizados en el Servicio de Cardiología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza) y detectar aquellos aspectos susceptibles de mejora.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo, basado en la realización de un cuestionario de satisfacción. A los pacientes hospitalizados se les entregó al alta una encuesta de cumplimentación anónima y voluntaria, modelo SERVQHOS al que se le añadieron ítems adicionales. Se recogieron variables demográficas, así como vía y motivo de hospitalización.

RESULTADOS

Se recogieron 112 encuestas. El ingreso de los pacientes se produjo por vía de Urgencias en el 80,4% [90 pacientes] y de forma programada en el 19,6% [22 pacientes]. En función de quien responde la encuesta observamos que cuando el que contesta es el paciente, el 98,3% de los mismos se encuentran muy satisfechos o satisfechos y el 1,7% poco satisfecho. Mientras que cuando el que contesta la encuesta es el cuidador o acompañante, el 94% de los mismos se encuentran muy satisfechos o satisfecho y el 6% poco satisfecho. ($p = 0,002$). En función del motivo de ingreso, cuando el motivo de ingreso es por arritmia, el 77,8% de los pacientes ingresados por este motivo se encuentran muy satisfechos. Cuando el motivo de ingreso es por cardiopatía isquémica, observamos que el 45,9% de los pacientes ingresados por este motivo se encuentran muy satisfechos. Cuando el motivo de ingreso es por cateterismo cardíaco, el 27,3% de los pacientes ingresados por este motivo se encuentran muy satisfechos. Cuando el motivo de ingreso es por insuficiencia cardíaca, el 16,7% de los pacientes ingresados por este motivo se encuentran muy satisfechos ($p = 0,034$).

CONCLUSIONES

Los datos reflejan que 9 de cada 10 pacientes tienen una impresión positiva de la hospitalización en nuestro de Servicio de Cardiología.

Destacan las diferencias significativas en la calidad percibida según quien conteste la encuesta, objetivándose una mayor satisfacción cuando la encuesta es cumplimentada por el propio paciente. Existen diferencias significativas según el motivo de ingreso, mostrándose más satisfechos los pacientes ingresados por arritmias que los ingresados por insuficiencia cardíaca, se observa un mayor nivel de satisfacción cuando la estancia media es más corta y cuando la tasa de mortalidad es menor.

No se han observado diferencias estadísticamente significativas en la calidad percibida según la vía de ingreso, el sexo o el nivel de estudios de los pacientes.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 1

Nº Reg. **280**

TÍTULO. CONTROL DEL DOLOR EN PUNCIONES ARTERIALES PARA GASOMETRÍAS REALIZADAS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DESDE ABRIL 2011

Autores: Ordas Bitrian M, Allue Gracia Ana

ORDAS BITRIAN MERCEDES . HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA . MARIA INTERNA (mordasb@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Es bien conocido en nuestra practica diaria y también a través de bibliografía que la punción de la gasometría arterial es una técnica muy dolorosa
Tras revisión bibliográfica se sabe que la anestesia local para esta técnica es muy eficaz pero sin embargo no se utiliza normalmente
En nuestra unidad nos hemos propuesto eliminar este dolor, para lo cual, hemos valorado las diferentes anestesis posibles que están a nuestro alcance como enfermeras
Las anestesis utilizadas son : Punción de Lidocaina, Parche de Lidocaina y Emla Crema
Estos procedimientos se difunden a las enfermeras de la unidad
Desde Abril del año 2011, pinchamos todas las gasometrias con anestesia local
alternando cada puncion con una anestesia diferente
Nuestro objetivo es saber que anestesia es la mas adecuada

METODOLOGÍA

Estudio prospectivo en el que se valora el dolor que se ha producido en todas las punciones arteriales realizadas en la unidad desde Abril 2011
El dolor se valora con la escala EVA
También se incluyen en este estudio aquellas gasometrias que se han realizado en otras unidades sin anestesia
Criterios de exclusión , todos los pacientes que por su nivel de conciencia no son capaces de hacer la escala EVA
Se recogen otras variables: edad y sexo
Se recogen los datos en una grafica de excel y se analizan con programa spss

RESULTADOS

Todos los pacientes con punciones sin anestesia refieren EVA>7
Todos los pacientes a los que se les puso anestesia refieren EVA<3-4
Las tres técnicas anestésicas empleadas son eficaces

No podemos presentar los datos estadísticos porque todavía estamos recogiendo datos, en la presentación oral se darán resultados obtenidos hasta el momento

CONCLUSIONES

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 1

Nº Reg. **280**

TÍTULO. **CONTROL DEL DOLOR EN PUNCIONES ARTERIALES PARA GASOMETRÍAS REALIZADAS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DESDE ABRIL 2011**

Autores: Ordas Bitrian M, Allue Gracia Ana

[ORDAS BITRIAN MERCEDES](#) · [HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA](#) · [MARIA INTERNA \(mordasb@salud.aragon.es\)](#)

Es necesario sensibilizar a la enfermería de el dolor de la punción arterial se debe disminuir ya que existen técnicas anestésicas muy sencillas de practicar

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 1

Nº Reg. **308**

TÍTULO. COLABORACIÓN PACIENTE – ENFERMERA EN EL DISEÑO DE LA VISITA PREQUIRÚRGICA

Autores: Ortiz de Solorzano Aurusa P, GALILEA SAÉNZ-LAGUNA E, ROSÉS-MONFORT E, PÉREZ-TORRALBA V, BONA-ARIELLA A, CALVO-LATORRE A, SANTANDREU-LACASA S, DE LA ROSA-IGLESIAS A

ORTIZ DE SOLORZANO AURUSA PILAR . HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ . BLOQUE QUIRURGICO (eroses@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Identificar las necesidades del paciente quirúrgico.

Integrar al paciente en el proceso de elaboración del contenido de la visita prequirúrgica enfermera.

Elaborar la documentación necesaria para la visita prequirúrgica enfermera.

METODOLOGÍA

Se elaboró una encuesta ad hoc para pasarla a los pacientes 1 hora antes de la intervención quirúrgica, La muestra de pacientes a los que se les pasó la encuesta fue de 100. Las preguntas, en número de 12, eran abiertas, lo que permitió obtener más información sobre sus necesidades, inquietudes y punto de vista. Se analizaron las respuestas clasificándolas en categorías y atendiendo a las respuestas se elaboró la documentación necesaria para dar respuesta a sus necesidades/demandas.

RESULTADOS

Elaboración del registro de la visita prequirúrgica de enfermería, recogiendo aquellos aspectos identificados como más importantes tanto por el propio paciente como por el profesional enfermero.

Elaboración de un folleto informativo sobre el proceso quirúrgico a entregar a pacientes y familiares en la visita.

CONCLUSIONES

Trabajar conjuntamente pacientes y profesionales resulta muy satisfactorio para ambos.

Incluir al paciente en el proceso de trabajo, conlleva un proceso de aprendizaje para el profesional enfermero que obliga a romper con viejos esquemas como “el conocimiento es exclusivo del profesional”.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 1

Nº Reg. 171

TÍTULO. INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS POTENCIALES EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Autores: TOYAS MIAZZA C, HORNA O, VICENTE C, MOCIN C, MARÍNEZ R

TOYAS MIAZZA CARLA . HOSPITAL ROYO VILLANOVA . UNIDAD ENFERMEDADES INFECCIOSAS MEDICINA INTERNA (ctoyasm@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Conocer la frecuencia de interacciones medicamentosas potenciales en los pacientes con infección por VIH en tratamiento antirretroviral (TARV), atendidos en una consulta de enfermedades infecciosas y su relevancia para identificar una oportunidad de mejora. Las interacciones del TARV con otros medicamentos son un problema poco reconocido por pacientes y médicos.

METODOLOGÍA

Se incluyeron los adultos que acudieron a la Farmacia del hospital a recoger su TARV durante 5 semanas. Fuentes de información de medicación concomitante: entrevista al paciente y base de datos de facturación de recetas de medicamentos desde noviembre de 2010 a febrero de 2011. La valoración de las posibles interacciones se realizó a través de dos páginas web: “hiv-druginteractions.org” y “interaccioneshiv.com”. Las interacciones buscadas son entre inhibidores de la proteasa (IP) o no análogos (ITINN) y otras terapias; y se analizan las consideradas como moderadas o graves. Además se recoge: sexo, edad, coinfección por virus C, última determinación de CD4 y carga viral.

RESULTADOS

Se obtuvieron datos de 36 pacientes. 13 (36.1%) tenían un TARV basado en IP, 22 (61.1%) en ITINN y 1 paciente llevaba otro régimen. La edad media fue de 42.9 años (rango 26-71), eran varones 22 (61.1%), tenían coinfección por el virus C 15 (41.2%), la media de CD4 fue de 413/mm³ y la carga viral indetectable (< 20 copias) en 27 (75%). Se encontraron 31 interacciones, en 13 pacientes (36.1%). 6 interacciones fueron potencialmente graves en 4 pacientes (11.1% de los 36). El resto fueron moderadas (25). Las interacciones aparecieron en el 27.3% de los TARV basados en ITINN (6 de 22); y en el 46.2% de los TARV basados en IP (6 de 13). Las interacciones con fármacos de acción sobre sistema nervioso central fueron 10 (32.3%), con opiáceos fueron 8 (25.8%) y con otras 13 (41.9%) correspondiente a fármacos con otras acciones dispares.

CONCLUSIONES

Las interacciones medicamentosas potenciales ocurren en un número no despreciable de pacientes, por lo que constituye una oportunidad de mejora. La efectividad del tratamiento antirretroviral no se ha visto afectada en nuestra serie. Los fármacos que más interacciones ocasionan son los que actúan sobre el sistema nervioso central. Las interacciones fueron mayores en el grupo de pacientes que recibía regímenes basados en IP. Los resultados obtenidos son similares con los descritos en la literatura.