

## XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

### Mesa 2 \* 13J-18:00 h.

Reg	Presentador/a	Título de la Comunicación
255	ARAGON SANZ MARIA ANGELES	PLAN DE MEJORA EN EL SECTOR BARBASTRO PARA POTENCIAR LAS BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN AL PARTO NORMAL
163	ARAGON SANZ MARIA ANGELES	INSTAURACIÓN DE UN PROTOCOLO CONJUNTO GINECOLOGIA- HEMATOLOGÍA SOBRE LA ADMINISTRACIÓN DE HIERRO INTRAVENOSO EN LA ANEMIA POSTPARTO
207	ESCOLANO PUEYO ANGEL	EVOLUCIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE UNA UNIDAD DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES EXTERNOS
369	GIRALDO CASTELLANO PILAR	DISMINUCIÓN DEL TIEMPO DE ESPERA DE LOS PACIENTES CON TRATAMIENTO EN HOSPITAL DE DÍA E INCREMENTO EL TIEMPO ÚTIL DE CONSULTAS Y HOSPITAL DE DÍA MEDIANTE LA REINGENIERÍA DE PROCESOS
88	GONZALEZ IGLESIAS CARLOS	DETECCIÓN PRECOZ Y APOYO A LA MALNUTRICION PERIHOSPITALARIA
245	MAIRAL SALINAS ESTHER LORENA	MEJORA EN EL ABORDAJE DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA: OPTIMIZACIÓN DEL USO DE PRODUCTOS DE CURA
282	MENDEZ VILLAMON AGUSTINA	ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET: ¿QUÉ NOS HA APORTADO LA CERTIFICACIÓN UNE-EN ISO 9001?
122	MORENO MATEO ROBERTO	EVALUACIÓN, MEDIANTE ENCUESTAS, DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN DE RESIDENTES EN UN ESAD
330	PEREZ DIEZ CRISTINA	CONTROL MICROBIOLÓGICO DE LAS NUTRICIONES PARENTERALES ELABORADAS EN EL SERVICIO DE FARMACIA
217	REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL	VALORACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIA
400	ROYO DACHARY PABLO	PROGRAMA DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL EN CIRUGÍA COLORRECTAL COMO INICIATIVA DE MEJORA DE CALIDAD DEL SALUD
143	SANJUAN DOMINGO RAQUEL	ADELANTANDO EL DIAGNOSTICO: REALIZAR ECOGRAFIA EN LAS HEMATURIAS ATENDIDAS EN UN HOSPITAL COMARCAL
297	URIARTE PINTO MOISES	EVALUACIÓN DEL RIESGO DE DESARROLLO DE COMORBILIDADES ASOCIADAS A LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA
416	YAÑEZ RODRIGUEZ FELICIDAD	SEGURIDAD CLINICA EN URGENCIAS: EXPERIENCIA EN EQUIVALENCIA TERAPEUTICA EN ANTIHIPERTENSIVOS

## XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 2

Nº Reg. 255

### TÍTULO. PLAN DE MEJORA EN EL SECTOR BARBASTRO PARA POTENCIAR LAS BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN AL PARTO NORMAL

*Autores: ARAGON SANZ MA, ROJAS PEREZ EZQUERRA B, GUARDIA DODORICO L, REMACHA GARCIA MJ, ARRIBAS MARCO T, SATUE E, GONZALEZ ANIDO E, BALASCH TERES MJ*

ARAGON SANZ MARIA ANGELES . H BARBASTRO . GINECOLOGIA

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Mejorar la calidad asistencial.  
Considerar el parto como un proceso fisiológico.  
Favorecer la participación de las mujeres.  
Reorientar la formación del personal  
Prácticas clínicas basadas en la evidencia .  
No realizar episiotomía profiláctica.  
Favorecer el contacto piel con piel y la lactancia materna

#### METODOLOGÍA

Reuniones con las matronas de Primaria y especializada.  
Actualización protocolo conjunto primaria- especializada Embarazo normal  
Actualización del Protocolo de Atención al parto normal.  
Actualización Protocolo de lactancia materna.  
Monitorización de todos los partos, tipo, episiotomias, posición, tocurgia

#### RESULTADOS

La mujer de parto está acompañada por su pareja. Apoyo permanente de la matrona y personal sanitario.  
No realizamos rasurado ni el enema sistemáticamente. Postura elegida por al mujer. Permisos: Deambulacion, ingesta liquidos; contacto piel con piel, inclusive en las cesáreas.  
La cohabitación madre-hijo, es una práctica cotidiana.

El número de partos en 2012 ha sido 671.  
En los cinco años del Plan de Mejora han aumentado los partos sin episiotomía en un 29,51% En 2012 los partos sin episiotomía fueron del 68% y un 8.04% de partos instrumentados.  
Tasa de cesáreas ha disminuido un 2,79%.  
El 87,7% de los desgarros vaginales han sido de tipo I no precisan reparación.  
Estancia Media en el parto no complicado de 2,40 días ( 0,02menos que en 2011) y en el parto con CC en 2,42 días ( 0,3 días menos que en 2011).  
El 60,9% de las mujeres paren sin anestesia epidural.

#### CONCLUSIONES

La implicación de Atención Primaria y especializada en el seguimiento de las embarazadas y la mayor información a las mujeres favorecen la mejor atención en el parto.

## XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 2

Nº Reg. 163

### TÍTULO. INSTAURACIÓN DE UN PROTOCOLO CONJUNTO GINECOLOGIA- HEMATOLOGÍA SOBRE LA ADMINISTRACIÓN DE HIERRO INTRAVENOSO EN LA ANEMIA POSTPARTO

*Autores: ARAGON SANZ MA, ROJAS PEREZ EZQUERRA B, GUARDIA DODORICO L, ARRIBAS MARCO T, CARAZO HERNANDEZ B, LLINARES F, MARCO AMIGOT J, PERELLA ARNAL M*

ARAGON SANZ MARIA ANGELES . H BARBASTRO . Ginecología y Obstetricia

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La anemia posparto es frecuente. Se define habitualmente por un nivel de hemoglobina inferior a 10 g/dl y clásicamente se corrige con suplementos de hierro orales en el posparto.

Desde la aparición en el mercado de la formulación para la administración de hierro endovenoso (un complejo de hidróxido de hierro (III) y sacarosa), han aparecido algunas publicaciones que exploran su utilidad en la anemia del embarazo.

Con la incorporación de estos preparados a la Farmacia hospitalaria comenzamos a administrarlos sin un criterio claro por lo que se decidió realizar un protocolo conjunto con Hematología para unificar criterios de administración.

#### METODOLOGÍA

El objetivo primero es conseguir que las pacientes embarazadas lleguen al momento del parto en las mejores condiciones posibles, realizando estudio de ferropenia en la analítica de segundo trimestre, repitiendo hemograma a las 34-36 semanas, cuando todavía estamos a tiempo en la mayoría de los casos de recuperar una posible anemia ferropénica.

Se define como "déficit de hierro" o "ferropenia", cuando los niveles de ferritina sean inferiores a 13mg/L y saturación de transferrina <20%. El tratamiento de la ferropenia se inicia vía oral con hierro 100mg (ferroglicina sulfato) 1 comp/12-24 h o sulfato ferroso 1/24h. En caso ferropenia o anemia ferropénica grave, falta de tiempo, intolerancia o contraindicación a ferrotterapia oral se pauta hierro sacarato i.v. (Venofer) al menos 200 mg iv por sesión (máximo 600 mg/semana). El ritmo de infusión programado de hierro sacarato variará en función de las cifras de Hb iniciales, la urgencia de la recuperación y de la tolerancia a la anemia. Pueden administrarse a razón de 1-3 ampollas/1-3 veces por semana, con máximo de 600 mg por semana.

Otra opción de tratamiento, a priori más ventajosa por la comodidad de la administración en dosis única de hasta 1000mg es la administración de carboximaltosa de hierro (Ferinject), sólo una vez a la semana.

Tras el parto se realiza hemograma en el primer día a todas las pacientes, según vía clínica de cesárea y parto normal. De acuerdo con los hematólogos se establecerá unas pautas de actuación según los valores de hemoglobina y situación clínica de la paciente. Se pretende disminuir el número de concentrados de hemáties que consumimos posparto en la hospitalización de Obstetricia.

#### RESULTADOS

- 1.-Fomentar la información sobre la importancia de la prevención de la anemia durante el embarazo en matronas y ginecólogos.
- 2.-Fomentar la información sobre la importancia de la anemia en las embarazadas, recomendando la ingesta de alimentos ricos en hierro y alimentos que favorezcan su absorción (entrega de documento informativo en primera visita de embarazo).
- 3.-Se ha creado un protocolo en conjunto con Hematología y Medicina Interna sobre anemia en el embarazo y postparto.
- 4.-Sesión clínica con Hematología para instauración del protocolo.
- 5.-Unificar criterios entre los miembros del servicio para valorar con qué nivel de hemoglobina y situación clínica se decide transfusión, hierro intravenoso u oral.
- 6.-Incorporación a la vía clínica del parto normal y cesárea de las indicaciones de hierro intravenoso.
- 7.-Creación de una base de datos que recoja las anemias graves postparto, su relación con el tipo de parto, y el control con hemograma al mes según con el tipo de tratamiento recibido.

#### CONCLUSIONES

La administración de hierro intravenoso supone una alternativa respecto a la transfusión de concentrados de hemáties y una manera de disminuir las dosis de concentrados de hemáties a administrar en pacientes con indicación de transfusión.

Otras ventajas del hierro intravenoso con respecto al tratamiento clásico con hierro oral durante un mes son:

- Menor estancia hospitalaria por recuperación más rápida de los síntomas de anemia que con el hierro oral.
- Reduce el tiempo de enfermería por su rápida administración.
- Mayor seguridad de administración que la transfusión sanguínea.

El plan por todo ello, es establecer unos criterios claros de administración de hierro intravenoso.

## XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 2

Nº Reg. **207**

### TÍTULO. **EVOLUCIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE UNA UNIDAD DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES EXTERNOS**

*Autores: ESCOLANO PUEYO A, NAVARRO H, REAL JM, URIARTE M, PEREZ C, PASCUAL O, DE LA LLAMA N, ABAD SAZATORNIL MR*

*ESCOLANO PUEYO ANGEL . H MIGUEL SERVET . FARMACIA*

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Conocer la satisfacción con la unidad de pacientes externos y comparar los resultados de tres encuestas en los años 2010, 2011 y 2012. Valorar los cambios realizados en este periodo e identificar los puntos de mejora.

#### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal realizado por encuesta a los pacientes de la unidad de pacientes externos, realizada anualmente, comparando los resultados de los años 2010, 2011 y 2012. La encuesta recogía: datos demográficos, opinión sobre aspectos estructurales, tiempo de espera, trato recibido, satisfacción general y preferencias del lugar de dispensación. Se incluía una pregunta abierta donde señalar observaciones y sugerencias. Se entregó a los usuarios excluyendo aquellos con deterioro cognitivo y desconocimiento del idioma. En el año 2011 se traslada el área, mejorando aspectos como mayor sala de espera y confidencialidad y se amplía media hora el horario.

#### RESULTADOS

El número de encuestas fue de 385 (240 en 2010, 95 en 2011 y 50 en 2012). Datos demográficos según el año 2010, 2011 y 2012: mujeres 57%, 38% y 47%, edad media 43, 45 y 47 años, estudios primarios 30%, 38% y 24%, bachiller 36%, 29% y 33%, universitarios 28%, 31% y 37%, sin estudios 4%, 1% y 0%. Opinión sobre aspectos estructurales, consideran regular, malo o muy malo: ubicación de la farmacia en un 60%, 4% y 6%, comodidad de sala de espera en un 76%, 5% y 14%, horario de dispensación en un 49%, 29% y 10%, tiempo de espera regular, excesivo o muy excesivo un 76%, 62% y 10%. Según año consultado, opinan que es buena o muy buena la información dada un 87%, 90% y 96%, trato con los profesionales un 95%, 100% y 96% respectivamente. Están satisfechos con la atención recibida un 85%, 94% y 100%. Respecto a la posibilidad de recoger la medicación en la oficina de farmacia o la farmacia de hospital, un 50% prefieren el hospital en 2010, 76% en 2011 y 77% en 2012. En la pregunta abierta destaca en 2010 la solicitud de una sala de espera mayor, ampliación del horario, en 2011 solicitan ampliación de horario y un sistema de turnos de atención, repitiéndose en 2012.

#### CONCLUSIONES

Satisfacción global favorable en los tres años aumentando en 15 puntos de 2010 a 2012, alcanzando el 100% de pacientes satisfechos. Aspectos positivos en los tres años, trato y atención; en cuanto a los negativos confortabilidad de la sala y tiempo de espera en el año 2010, aumentando significativamente la satisfacción después de la mejora estructural aplicada en 2011. Propuesta para un futuro: establecimiento de un sistema de turnos.

## XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 2

Nº Reg. 369

### TÍTULO. **DISMINUCIÓN DEL TIEMPO DE ESPERA DE LOS PACIENTES CON TRATAMIENTO EN HOSPITAL DE DÍA E INCREMENTO EL TIEMPO ÚTIL DE CONSULTAS Y HOSPITAL DE DÍA MEDIANTE LA REINGENIERÍA DE PROCESOS**

*Autores: GIRALDO CASTELLANO P, GRASA ULRICH JOSE MARIA, SORO ALCUBIERRE GLORIA, SORIANO GIL ZORAIDA*

*GIRALDO CASTELLANO PILAR . H MIGUEL SERVET . HEMATOLOGIA/HEMOTERAPIA*

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Reducción del tiempo de estancia de los pacientes en el hospital. IMPACTO EN: reducción de molestias y de probabilidades de contraer infección.
- Optimización del horario de consultas y de la sala 110. IMPACTO EN: eficiencia del servicio.

#### METODOLOGÍA

El incremento en la incidencia de enfermedades oncohematológicas la cronificación producto de los nuevos fármacos y el incremento en la oferta de tratamientos ambulatorizados, está suponiendo aumentos en el número de pacientes que se atienden en las consultas y el hospital de día de en torno a un 45% en los últimos cinco años.

A la mayoría de estos pacientes se les extraía sangre en Hospital de Día a las 8,30 de la mañana y se les veía en consulta por el especialista a partir de las 11,00, cuando la disponibilidad de los análisis permitía evaluar si el paciente admitía tratamiento. Posteriormente, se encargaba este tratamiento a farmacia y el paciente acudía de nuevo a Hospital de Día a tratarse. Es decir, se seguía la ruta Extracción sanguínea/ análisis / evaluación de resultados/ solicitud de tratamiento/ administración de tratamiento.

Se ha puesto en marcha un programa según el cual, los pacientes se realizan la extracción sanguínea EL DÍA ANTERIOR en su centro de salud. Esto reduce al menos en 1,30 horas la estancia de esos pacientes en el hospital para ser tratados.

Además, permite adelantar las consultas a las 8,30 con garantía de que el médico dispone de los análisis para evaluar la prescripción de tratamiento. De este modo, se optimiza el tiempo útil de las consultas y el de la administración de tratamientos hospital de día, con molestias mínimas para los pacientes.

Quedaron excluidos del programa los pacientes procedentes de fuera de la ciudad o los que tienen accesos venosos complicados, así como las transfusiones y los pacientes de estudio.

#### RESULTADOS

Un descenso en el número de pacientes que acuden a la extracción mide cuantos de ellos se están beneficiando de la reducción de 1,30 h de estancia en el hospital. Se midieron las extracciones que se venían realizando en el primer semestre de 2012 y se compararon con las que se realizaron en el segundo semestre encontrándose que la media mensual del primer trimestre era de 267 pacientes, mientras que la del segundo semestre era de 180, es decir se habían beneficiado de la medida una media del 32% de pacientes.

Actualmente se está a la espera de evaluar nuevamente los resultados teniendo en cuenta datos de una serie anual, con el fin de evitar el sesgo estacional.

#### CONCLUSIONES

El replanteamiento de las sistemáticas de trabajo heredadas, redundará en mejoras en la calidad de los servicios prestados a los pacientes y en el funcionamiento del propio servicio.

## XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 2

Nº Reg. 88

### TÍTULO. DETECCIÓN PRECOZ Y APOYO A LA MALNUTRICION PERIHOSPITALARIA

*Autores: GONZALEZ IGLESIAS C, PALACIN ELTORO B, ALLUE FANTOVA N, VALLES NOGUERO J, BURGASE ESTALLO I, PALACIN ARIÑO C, TORIBIO VELAMAZAN B, PERALES MARTINEZ JI*

GONZALEZ IGLESIAS CARLOS . H BARBASTRO . COMISION DE NUTRICION

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Valorar estado nutricional al ingreso hospitalario, detectar riesgo de malnutrición y comprobar pautas nutricionales al alta.

#### METODOLOGÍA

Estudio prospectivo observacional, 3 meses (abril-junio 2012), población con potencial riesgo de desnutrición: pacientes geriátricos (>75 años) ingresados por fractura de cadera aguda. Recogida: antecedentes, medicación habitual, ambiente sociosanitario...

Cuestionario Mini Nutricional Assessment (MNA®): cribado (MINIMNA) a todos y evaluación completa si puntuación <12.

Hemograma y Perfil Nutricional (glucosa, función renal, hepática, colesterol, albúmina, prealbúmina...), eligiendo 4 parámetros indicativos de malnutrición: Albúmina, Prealbúmina, Transferrina y Linfocitos.

Comparamos resultados de ambos (cuestionario y analítica): ver correlación y comprobar pautas al alta.

#### RESULTADOS

A 26 pacientes se les realiza el MNA® (muestra final): 18 mujeres (69%) y 8 varones (31%). Edad media: 86'1 años (DE: 5'2; Rango: 76-97). Estancia media: 11'8 días (DE: 4'1; Rango: 5-19). Con el MINIMNA: 11 (42%) tuvieron resultado <12 puntos (sospecha malnutrición): 9 valores indicativos de riesgo y 2 (<8): indicativos de malnutrición. A los 11 se les pasa el cuestionario completo: los 2 con MINIMNA de malnutrición mantienen resultado. De los pacientes con riesgo (9): en 4 cambia a malnutrición y el resto mantiene el riesgo. El 23% los cataloga como con malnutrición; el 19% en riesgo y el 58% como normal.

Analíticas: 85% (22) tuvieron =3 parámetros patológicos: 54% con 4; 31% con 3 y 15% con =2.

Comparando resultados (MNA® con analíticas): de los 6 pacientes clasificados como malnutrición 5 tenían 4 parámetros analíticos alterados y 1, sólo 2. Pacientes con riesgo (5): 3 tenían 3 parámetros afectados, sólo 1 con los 4. Pacientes normales (15): 8 tenían 4 parámetros y 5 pacientes 3.

Observamos que el MINIMNA sólo detecta el 41 % de los pacientes que tienen = 3 parámetros afectados.

A los pacientes que el MNA® completo clasifica como con malnutrición o riesgo, el 83 % confirman esta situación en analíticas (= 3 parámetros).

Pacientes catalogados normales: 80% tiene = 3 parámetros analíticos indicativos de malnutrición.

Al 27% se le pautan suplementos nutricionales al alta.

#### CONCLUSIONES

A los pacientes que el MNA® detecta como malnutrición o riesgo no sería necesario realizarles Perfil Nutricional. A los pacientes que cataloga con estado nutricional normal, realizar estudio analítico y con ambos datos prescribir recomendaciones nutricionales y seguimiento.

Estudiar otras poblaciones y ver si los resultados obtenidos son extrapolables para establecer unas pautas generales para el centro sobre solicitud de analítica, cuestionarios nutricionales a realizar y recomendaciones al alta.

## XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 2

Nº Reg. **245**

### TÍTULO. **MEJORA EN EL ABORDAJE DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA: OPTIMIZACIÓN DEL USO DE PRODUCTOS DE CURA**

*Autores: MAIRAL SALINAS EL, HIJOS LA, GARUZ S, CEBOLLERO L, CANCER P, RUIZ J*

*MAIRAL SALINAS ESTHER LORENA . CS PIRINEOS . ENFERMERA DE ENLACE*

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

**Final:**  
Establecer pautas estandarizadas de actuación para el abordaje de upp en AP

**Específicos:**  
Disponer de una herramienta ágil que facilite la toma de decisiones a los profesionales de enfermería de AP en el abordaje de las úlceras.  
Mejorar el conocimiento de las enfermeras sobre los productos de cura de úlceras.  
Utilizar racionalmente éstos productos atendiendo a criterios de indicación y uso correcto.

#### METODOLOGÍA

Las úlceras por presión (upp) y otras heridas crónicas son un problema frecuente entre los pacientes atendidos en Atención Primaria (AP). Entre los profesionales de enfermería se observa un nivel de conocimientos desigual sobre el tema. Por otra parte, existe una abundante oferta de recursos materiales para la cura de úlceras. Se ha revisado la documentación existente en el sector y las guías acreditadas. Se ha recopilado información sobre los recursos materiales para cura de úlceras. Se ha diseñado una estrategia de difusión de la información a los profesionales del Sector.

#### RESULTADOS

Elaboración del documento: “Tratamiento de las úlceras por presión en Atención Primaria Sector Huesca”, estando incluido ya en la documentación oficial de los centros con certificación de calidad UNE EN ISO9001:2008.  
Elaboración del póster con el algoritmo de actuación en cuidados locales y los recursos materiales disponibles.  
Presentación del proyecto en la comisión técnico asistencial del Sector. Distribución del material a todos los Centros de Salud.  
Presentación del proyecto a varias Residencias.

#### CONCLUSIONES

La acogida inicial del proyecto ha sido positiva, pero es necesario continuar con una estrategia de difusión que garantice que la información llegue a los profesionales. Los documentos deberán revisarse conforme cambien las pautas de actuación y los recursos materiales con los que se cuenta.

## XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 2

Nº Reg. **282**

### TÍTULO. **ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET: ¿QUÉ NOS HA APORTADO LA CERTIFICACIÓN UNE-EN ISO 9001?**

*Autores: MENDEZ VILLAMON A, IBAÑEZ R, LANZUELA M, PUERTAS MM, PONCE JM, HERRERO A, AGUAVIVA P, TEJEDOR M*

*MENDEZ VILLAMON AGUSTINA . H MIGUEL SERVET . ONCOLOGIA RADIOTERAPICA*

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Presentar las modificaciones realizadas en la práctica de nuestro trabajo diario, desde que asumimos un nuevo SGC según la norma UNE-EN ISO 9001

Dar a conocer la implicación de todo el Sº de Oncología Radioterápica.

Gestión de incidencias como fuente de mejora continua.

#### METODOLOGÍA

Presentamos el mapa de procesos del Sº de Oncología Radioterápica.

La trazabilidad de la actividad desarrollada en el Sº de Oncología Radioterápica desarrollada a través de los procedimientos operativos.

El sistema de registro de incidencias y no conformidades como herramienta básica de un SGC

#### RESULTADOS

Actualmente trabajamos en base a 10 procedimientos operativos, que dan la estructura a nuestro trabajo diario. Cada procedimiento operativo dispone de un indicador, mediante el cual vamos analizando si alcanzamos el estándar propuesto.

Análisis de incidencias semestral, a través del cual se generan nuevas propuestas de cambio.

#### CONCLUSIONES

Asumir un SGC según la norma UNE-EN ISO 9001, ha requerido un esfuerzo, por parte de todos los profesionales que integran el Sº de Oncología Radioterápica.

El registro de incidencias constituye un pilar fundamental en la mejora continua.

## XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 2

Nº Reg. **122**

### TÍTULO. **EVALUACIÓN, MEDIANTE ENCUESTAS, DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN DE RESIDENTES EN UN ESAD**

*Autores: MORENO MATEO R, ENCISO ANGULO MP, FORCE BLASCO A, RODELES DEL POZO R, SANZ RECIO JL, TORRUBIA ATIENZA MP, ARIZA ORTIN R, GIL ORNA P*

MORENO MATEO ROBERTO . ESAD ZARAGOZA 2 . EQUIPO SOPORTE ATENCION DOMICILIARIO

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Evaluar, por áreas de conocimiento, puntos fuertes y debilidades en los conocimientos teóricos adquiridos por los Médicos Internos Residentes (MIR) de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) en su rotación con el ESAD Zaragoza-2

#### METODOLOGÍA

Estudio analítico descriptivo: datos de una encuesta realizada a residentes de MFyC antes y después de su rotación en un ESAD.

Entre Julio 2011 a Diciembre 2012 se pidió a los residentes de MFyC que rotaron por nuestro equipo que cumplimentaran una encuesta de conocimientos sobre cuidados paliativos antes y después de su rotación mensual. El cuestionario constaba de 20 preguntas: 19 cerradas (con cuatro respuestas; solo una correcta) y una, con cuatro subpreguntas abiertas breves, que trataba sobre rotación de opioides. Las preguntas, seleccionadas de cuestionarios de evaluación validados (Masters, Seminarios, etc) se agrupaban en cuatro áreas de conocimiento: Conocimiento Científico (8 preguntas); Ético (7 preguntas); Comunicación (4 preguntas); y del Programa de CP de Aragón (1 pregunta). El aprobado -descontando los aciertos debidos al azar- se cifró en 11,5/20.

Análisis estadístico: estadística básica; T de Student para medias apareadas homogéneas de pequeño tamaño

#### RESULTADOS

Muestra: 27 residentes que rotaron un mes por nuestro equipo, participando en todas las actividades. En la encuesta inicial 22 residentes obtuvieron = 11,5 puntos, con media = 11,95. En la final todos los residentes obtuvieron puntuación > 11,5 puntos, y media = 15,95 (Diferencia Significativa  $p < 0,001$ ) Resultados por áreas: Conocimientos Científicos: media 4,25 a 6,21, D.S.  $p < 0,001$ ; Ética: media 4,3 a 5,48, D.S.  $p < 0,01$  %; Comunicación: media 3,44 a 3,52, NDS  $p > 5\%$ ; Programa CP: media 0,15 a 0,67, DS  $p < 0,01$

#### CONCLUSIONES

La formación impartida por el ESAD fue efectiva para mejorar los conocimientos de los MIR de MFyC que rotaron por el servicio. Los resultados fueron significativos en todas las áreas excepto en comunicación (quizás porque se partía ya de un buen resultado inicial).

## XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 2

Nº Reg. 330

### TÍTULO. CONTROL MICROBIOLÓGICO DE LAS NUTRICIONES PARENTERALES ELABORADAS EN EL SERVICIO DE FARMACIA

*Autores: PEREZ DIEZ C, GIMENO BALLESTER V, ESCOLANO PUEYO A, AGUSTIN FERRANDEZ MJ, LARRODE LECIÑENA I, REZUSTA LOPEZ A, REVILLO PINILLA MJ, PALOMO PALOMO P*

PEREZ DIEZ CRISTINA · H MIGUEL SERVET · SERVICIO DE FARMACIA

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Para garantizar que las formulaciones estériles elaboradas por el Servicio de Farmacia (SF) sean seguras y eficaces, se deben realizar controles de calidad físicos-químicos y microbiológicos.

El objetivo de este trabajo es evaluar los resultados de los controles microbiológicos de las nutriciones parenterales (NP) durante el año 2012, con el fin de asegurar su correcta elaboración.

#### METODOLOGÍA

Aleatoriamente, se selecciona cada jueves, una de las NP elaboradas en las cabinas de flujo laminar horizontal (CFLH) del SF. Se extraen 55 ml de la NP elegida y adicionan 12,5 ml a cada uno de los 4 frascos de cultivo, 2 para bacterias anaerobias y 2 para aerobias, y 5 ml para un frasco control.

Posteriormente, se llevan las muestras al servicio de Microbiología Clínica donde se realiza el análisis microbiológico mediante el sistema BD BACTEC™ FX (detecta el crecimiento microbiano, midiendo la liberación de CO<sub>2</sub>).

Si se detecta un crecimiento positivo se aísla y se identifica el microorganismo contaminante.

Se registran los resultados de los controles microbiológicos incluyendo: fecha de entrada de la muestra al laboratorio de microbiología y de finalización del análisis, número de identificación (ID) de las muestras y los resultados del cultivo de aerobios y de anaerobios.

#### RESULTADOS

De los 34 controles microbiológicos de NP que se realizaron, 2 fueron positivos. El resto fueron negativos para aerobios y anaerobios. En el control realizado el 1 de Marzo de 2012 se aisló *Staphylococcus epidermidis* y en el del 20 de Diciembre de 2012 se detectó *Staphylococcus capitis*. En ambos casos se atribuyeron los aislamientos a contaminación durante la manipulación en la elaboración (contaminación extrínseca). Tras el análisis de los resultados de los controles microbiológico, se difundieron las normas de elaboración de mezclas intravenosas estériles, recordando aspectos básicos de higiene y de indumentaria.

#### CONCLUSIONES

El análisis de los resultados del control microbiológico es una herramienta que permite establecer medidas para disminuir la contaminación extrínseca, incrementando así la eficiencia del proceso de elaboración de fórmulas intravenosas estériles.

## XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 2

Nº Reg. 217

### TÍTULO. VALORACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIA

*Autores: REAL CAMPAÑA JM, DE LA LLAMA N, ANDRES F, CARCELEN J, PERRINO MJ, POVAR J, ABAD SAZATORNIL MR*

*REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL . H MIGUEL SERVET . FARMACIA*

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Optimizar la gestión de los depósitos de medicamentos en un Servicio de Urgencias(SU) de un hospital de tercer nivel mediante la implantación de sistemas automatizados de dispensación tipo Pyxis®

#### METODOLOGÍA

Se realiza un análisis comparativo de los depósitos de medicamentos, existentes en el SU antes y después de la implantación de Pyxis valorando: nº de unidades, nº de especialidades distintas y valor del stock de medicamentos. También se analiza el impacto de la actuación del farmacéutico en el SU, en el periodo 2010- 1º trimestre 2013, en la mejora de la conservación de medicamentos mediante la tasa de especialidades caducadas y en el consumo mediante la evaluación económica de los medicamentos dispensados

#### RESULTADOS

En 2010 se detectó una tasa de especialidades de medicamentos con al menos una unidad desechada por caducidad o mala conservación del 47%, con un importe de 4.032€, además se realizó una devolución por valor de 11.159€ por exceso de stock. Tras la incorporación de un farmacéutico a media jornada en el Servicio de Urgencias, se redujo la tasa al 14% en 2011 y al 1% en 2012 tras la implantación de Pyxis. Previa implantación de Pyxis, el botiquín de urgencias tenía un importe de 39.474€, 44.923 unidades y 729 especialidades. Tras la implantación de los Pyxis se redujo el importe un 63%, valorándose en 14.796€, el número de especialidades se redujo un 29% y un 70,0% el número de unidades. Durante el 2012, se consiguió un ahorro del 18, 13 y 18% en los tres primeros trimestres respectivamente, siendo en el cuarto trimestre del 25% (sin tener en cuenta el importe por la devolución del stock, ya que se considera un ahorro puntual). Si no se hubiera realizado la implantación se estima que el consumo anual se habría reducido un 16%, por un valor de 107.244€ en 2012. Extrapolando el ahorro del cuarto trimestre a todo el 2012, se habría ahorrado 137257€. En el 1º trimestre de 2013 se consiguió un ahorro con respecto al mismo periodo de 2012 del 20% y del 2011 del 34€ estimándose un ahorro anual durante 2013 de 102550€ y de 220908€ con respecto al 2012 y 2011 respectivamente

#### CONCLUSIONES

Es necesario implantar medidas de optimización en los depósitos de medicamentos de los Servicios de Urgencias, dada la diversidad y complejidad de los pacientes. La incorporación del farmacéutico, colaborando en la gestión de los botiquines ayuda a la optimización de los recursos. Los sistemas automatizados de dispensación han demostrado ser una herramienta útil en el control del gasto en medicamentos, amortizándose la inversión a corto plazo

## XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 2

Nº Reg. **400**

### TÍTULO. **PROGRAMA DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL EN CIRUGÍA COLORRECTAL COMO INICIATIVA DE MEJORA DE CALIDAD DEL SALUD**

*Autores: ROYO DACHARY P, REDONO VILLAHOZ E, RAMIREZ RODRIGUEZ JM, CALVO CATALA B, FERNANDEZ PERA D, GRACIA SOLANAS JA, ELIA GUEDEA M, AGUILELLA DIAGO V*

ROYO DACHARY PABLO . H CLINICO UNIVERSITARIO . CIRUGIA GENERAL

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Los programas de rehabilitación multimodal (RM), descritos por Kehlet hace ya más de 10 años, forman parte habitual del manejo de pacientes sometidos a distintos tipos de cirugía en países europeos, incluida la cirugía colorrectal.

Estos programas, avalados por un elevado nivel de evidencias disponibles, disminuyen la estancia hospitalaria y las complicaciones postoperatorias sin comprometer la seguridad del paciente.

El programa de RM en cirugía Colorrectal del HCU Lozano Blesa, desarrollado por un equipo multidisciplinar donde intervienen cirujanos, anestelistas y personal de enfermería, recibió recientemente una dotación económica del SALUD como Iniciativa de Mejora de Calidad.

El objetivo de nuestro estudio es valorar los resultados del programada multidisciplinar de RM en cirugía colorrectal en el HCU Lozano Blesa, en cuanto a estancia hospitalaria y complicaciones postoperatorias.

#### METODOLOGÍA

Fueron incluidos todos los pacientes mayores de edad intervenidos de resección colorrectal electiva durante 18 meses consecutivos (entre Septiembre de 2011 y Febrero de 2013). Se excluyeron los pacientes no colaboradores, ASA IV y/o decisión propia de su cirujano de no inclusión en el programa.

De cada paciente, fueron registrados en una base de datos prospectiva, datos de filiación, preoperatorios, cirugía y postoperatorios hasta los 30 días posteriores al alta hospitalaria. Posteriormente fueron analizados en búsqueda de significación estadística.

#### RESULTADOS

Fueron intervenidos un total 156 de pacientes, de los cuales 95 fueron incluidos dentro del programa de RM. Edad media 68 (rango 40-88) años, 60% hombres y riesgo ASA II-III (62%-35%). La cirugía laparoscópica representó el 46% de las intervenciones. Estancia postoperatoria 8 (mediana 9) días. Elevado cumplimiento de los ítems del programa. El 84% inició tolerancia oral el mismo día de la intervención. El 96% había iniciado la sedestación en el primer día postoperatorio. Reintervenciones 9% (3% por dehiscencia anastomótica). Íleo paralítico 15%. Reingresos 18%. Mortalidad 0%.

Resultados estadísticamente significativos en cuanto a disminución de la estancia postoperatoria y de complicaciones no quirúrgicas durante el postoperatorio.

#### CONCLUSIONES

Nuestra experiencia en un programa de RM en cirugía colorrectal se asemeja a los resultados publicados por otros grupos en cuanto a disminución de la estancia hospitalaria y la morbilidad perioperatoria sin compromiso de la seguridad del paciente.

Proponemos la implantación de este tipo de programas tras la correcta selección e información de pacientes. Incluso, otros tipos de patologías quirúrgicas pudieran beneficiarse de este tipo de programas.

## XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 2

Nº Reg. 143

### TÍTULO. ADELANTANDO EL DIAGNOSTICO: REALIZAR ECOGRAFIA EN LAS HEMATURIAS ATENDIDAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

Autores: SANJUAN DOMINGO R, URDAZ HERNANDEZ M, ALONSO ALCAÑIZ M, MUÑOZ JACOBO S, YAÑEZ RODRIGUEZ F, MONTESA LOU C, CATALAN LADRON ML, RODRIGO PEREZ MM

SANJUAN DOMINGO RAQUEL . H ERNEST LLUCH . URGENCIAS

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La hematuria macroscópica es una de las causas más frecuentes de consulta en urgencias, creando además una gran alarma en el paciente. Es una patología que debe ser siempre investigada ya que su origen puede ser una neoplasia de vejiga, por eso consideramos importante solicitar una ecografía. El objetivo fue evaluar las ecografías que se solicitaron en las hematurias atendidas en un servicio de urgencias de un hospital comarcal.

#### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo en el que se ha incluido a los pacientes que han sido diagnosticados de hematuria macroscópica, entre enero y diciembre del año 2012. Se revisaron las historias clínicas con ayuda del programa informativo PCH. Se revisaron variables socio-demográficas, síntomas que presentó el paciente, pruebas complementarias que se solicitaron, fundamentalmente una ecografía abdominal. Así mismo se revisó si habían sido valorados por el urólogo de guardia y si permanecieron en la Sala de observación para control evolutivo o ingresaron. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v.15.0.

#### RESULTADOS

La población a estudio fueron 60 pacientes, que representa un 25,46% de la patología urológica que se atendió en el año 2012 en nuestro servicio. La edad media fue de 77,90 años, el 91,66% eran hombres y el resto mujeres. Los síntomas que presentaron fueron hematuria (100%), dolor lumbar (20%) y síndrome miccional (18,33%). De las pruebas complementarias solicitadas en el 97% de los sedimentos de orina que se solicitaron se observaron hematíes abundantes, al 56,66% de los pacientes se les solicitó una ecografía abdominal, de las cuáles en el 38% se diagnosticó una neoplasia de vejiga. Al 90% se les solicitó colaboración con el urólogo de guardia, y al 56,66% se les colocó una sonda urinaria de tres vías. Ingresaron en la Sala de Observación para control evolutivo el 81,66%, ingresando finalmente el 56,66 (n= 34), (33 pacientes (97%) en Urología y el resto en Medicina Interna).

#### CONCLUSIONES

La hematuria es una causa frecuente de consulta, siendo más frecuente en hombres de edad avanzada. A más de la mitad de los pacientes se les solicitó una ecografía abdominal, donde en casi un 40% se diagnosticó de una neoplasia de vejiga. Al realizar la ecografía en el servicio de urgencias hemos conseguido acortar el tiempo diagnóstico de la causa de la hematuria, disminuir la ansiedad del paciente, agilizar la realización de una prueba diagnóstica necesaria, así como acortar el tiempo para la toma de decisiones.

## XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 2

Nº Reg. 297

### TÍTULO. EVALUACIÓN DEL RIESGO DE DESARROLLO DE COMORBILIDADES ASOCIADAS A LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

*Autores: URIARTE PINTO M, VILLAR I, NEBOT MJ, PASCUAL O, LARRODE I, ABAD MR, BELLO S, MARIN JM*

*URIARTE PINTO MOISES . H MIGUEL SERVET . FARMACIA*

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Los pacientes con EPOC presentan mayor prevalencia de comorbilidades de tipo cardiovascular, diabetes mellitus, anemia, etc.  
Objetivo: evaluar si la EPOC influye en un mayor consumo de fármacos para tratar estas comorbilidades.

#### METODOLOGÍA

Sub-estudio observacional retrospectivo sobre una cohorte de fumadores sin comorbilidad asociada, seguidos en consultas de neumología, reclutados prospectivamente para el estudio internacional BODE.  
Se evaluó el consumo diferencial de fármacos de enero 2011 a diciembre 2012 entre los fumadores sin y con EPOC, como estimador de comorbilidad.

Fuentes de datos: historia clínica electrónica, base de datos de facturación farmacéutica del SALUD.

Variable principal: consumo crónico de fármacos definido, como la prescripción continuada de un medicamento –u otro del mismo grupo ATC– para un periodo de tratamiento mayor a un año.

Otras variables: sexo, edad y consumo acumulado de tabaco.

Ambos grupos se compararon mediante Chi cuadrado y por regresión logística para controlar el efecto de las otras variables con SPSS® Versión 19.

#### RESULTADOS

295 fumadores sin EPOC (72,5% hombres) con edad media de  $61,3 \pm 11,3$  años y 288 fumadores con EPOC (90,3% hombres) con  $71,7 \pm 9,3$  años de media.

El grupo de fumadores sin EPOC consumía de media  $2,1 \pm 1,9$  fármacos frente a  $4,0 \pm 1,9$  fármacos los sujetos con EPOC ( $p < 0,001$ ).

De los participantes sin EPOC el 47,5% era fumador activo (consumo acumulado de tabaco:  $34,2 \pm 20,9$  paquetes/año) frente al 68,4% en los fumadores con EPOC ( $48,4 \pm 25,3$  paquetes/año) ( $p < 0,001$ ).

El grupo de fumadores con EPOC presentó más riesgo de consumir antihipertensivos (OR:3,73; IC95%:2,6-5,1), antiagregantes plaquetarios (OR:2,21; IC95%:1,5-3,3), nitratos (OR:2,36; IC95%:1,1-5,1), anticoagulantes orales (OR:2,54; IC95%:1,3-5,1) y antianémicos (OR:3,33; IC95%:1,7-6,3). No se encontraron diferencias en consumo de beta-bloqueantes, hipolipemiantes, hipoglucemiantes, antiosteoporóticos, ansiolíticos y antidepresivos.

El análisis de regresión, mostró mayor riesgo de consumir antihipertensivos en el grupo con EPOC (OR:2,20; IC95%:1,5-3,3) así como antianémicos (OR:2,79; IC95%:1,3-5,6) respecto a aquellos sin EPOC. El consumo de fármacos para la patología cardiovascular (variable agregada: antihipertensivos, beta-bloqueantes, hipolipemiantes, antiagregantes, anticoagulantes orales y nitratos) mostró un OR:1,56 (IC95%:1,02-2,4) en el grupo de fumadores con EPOC.

#### CONCLUSIONES

Los fumadores que han desarrollado EPOC están más polimedicados y presentan mayor riesgo de consumir fármacos para comorbilidades cardiovasculares.

## XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 2

Nº Reg. **416**

### TÍTULO. **SEGURIDAD CLINICA EN URGENCIAS: EXPERIENCIA EN EQUIVALENCIA TERAPEUTICA EN ANTIHIPERTENSIVOS**

*Autores: YAÑEZ RODRIGUEZ F, URDAZ HERNANDEZ M, SAZ SIMON L, VARELA I, SALVADOR V, CATALAN LADRON ML*

*YAÑEZ RODRIGUEZ FELICIDAD · H ERNEST LLUCH · URGENCIAS*

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Establecer un protocolo de equivalencia terapéutica (PET) ó guía farmacológica en el uso de antihipertensivos en nuestro servicio de urgencias.

#### METODOLOGÍA

El PET consiste en un documento consensuado para la prescripción y dispensación de fármacos considerados equivalentes terapéuticos según la información científica disponible y basado en un procedimiento previamente establecido.

La guía ha sido elaborado por el Servicio de Farmacia conjuntamente con el servicio de Urgencias, y ha sido revisado y aprobado por la Comisión de Farmacia y Terapéutica del Hospital.

Se entiende por Equivalente Terapéutico aquel fármaco que difiere en su composición o entidad química del original, pero que se considera con actividad farmacológica y terapéutica similar. Medicamentos Homólogos son aquellos equivalentes terapéuticos que se utilizan indistintamente en función de su disponibilidad en el Hospital.

El documento se ha concebido como ayuda a la prescripción, que sirva al médico para seleccionar el medicamento más adecuado incluido en la Guía Farmacoterapéutica. Para cada fármaco descrito se aconseja la actitud terapéutica a seguir: continuar con el tratamiento, suspenderlo o sustituirlo por un equivalente, haciendo constar la dosis y pauta aconsejada.

El PET se basa en la idea de lista positiva, es decir, sólo se aplicará en aquellos medicamentos que se detallan en el mismo; ante cualquier medicamento no contemplado de forma explícita, se recomienda continuar el mismo tratamiento.

#### RESULTADOS

##### 1. INHIBIDORES DE LA ANGIOTENSINA CONVERTASA.

La dosis de sustitución se elige en función de la equivalencia de la dosis de mantenimiento. La sustitución se hará por Enalapril salvo:

" Nefropatía diabética: se sustituirá por Captopril o Lisinopril.

" Post-infarto de miocardio: Enalapril no tiene esta indicación. Se sustituirá por Captopril o Lisinopril.

##### 2. ANTAGONISTAS DE ANGIOTENSINA II, SOLOS (ARA-II)

En los antagonistas de angiotensina -II solos ARA-II, se recomienda las dosis inferiores por el riesgo de hipotensión de los ARA II.

En las tablas (comunicación definitiva) se mostrarán las equivalencias entre los ARA - II pero en pacientes hospitalizados se recomienda utilizar las dosis bajas.

#### CONCLUSIONES

Si el médico considera que en un paciente determinado no debe realizarse alguna de las actuaciones que aquí se proponen se debe especificar en la orden de tratamiento, para que pueda ser tenido en cuenta en Farmacia. En cualquier caso, los medicamentos que el paciente tiene prescritos durante la estancia hospitalaria deben ser conocidos por el personal sanitario, y se deben suministrar por Farmacia, evitando que el paciente traiga sus medicamentos de casa.

La prescripción de un fármaco no incluido en la Guía Farmacoterapéutica sin justificación expresa, implicará que el Servicio de Farmacia actúe según lo especificado en el presente PET, informando al médico prescriptor a través de la hoja de unidosis del día siguiente.

En cualquier caso, este protocolo no exime de la responsabilidad profesional de prescripción y dispensación, ante la situación clínica de un paciente en concreto.

Esperamos que este Protocolo de Equivalentes Terapéuticos ayude a la selección de los equivalentes más adecuados dentro de la Guía Farmacoterapéutica del Hospital y contribuya a proporcionar la mejor terapia a nuestros pacientes.