

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Mesa 3 * 13J-18:00 h.

Reg	Presentador/a	Título de la Comunicación
283	APESTEGUI GARMENDIA ANE	ESTUDIO PILOTO DE IMPLANTACIÓN DEL PROCESO PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO DEL SECTOR ZARAGOZA II EN ATENCIÓN PRIMARIA
164	ARAGON SANZ MARIA ANGELES	DISMINUCIÓN DEL NÚMERO DE AMNIOCENTESIS TRAS LA INSTAURACIÓN DEL CRIBADO COMBINADO DE CROMOSOMOPATÍAS DEL PRIMER TRIMESTRE
123	CASTRO VILELA MARIA ELENA	PLAN DE ACTUACIÓN MULTIDISCIPLINAR FRENTE AL DELIRIUM
306	CLERENCIA SIERRA MERCEDES	VALORACIÓN SOCIOSANITARIA DE PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE NEUMOLOGÍA
209	COLL CLAVERO JUAN	HOSPITAL DEL MUNDO: MACROPLATAFORMA TECNOLÓGICA PARA PRESTACIÓN TELESERVICIOS SOCIO-SANITARIOS
370	CUBERO MARIN JOSE PABLO	MEJORA DE LA CALIDAD EN EL PROCESAMIENTO Y TRANSFERENCIA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS PARA LA UNIDAD DE NEUMOLOGIA DE LA UIT
256	EZPELETA ASCASO IGNACIO	PROGRAMA DE CALIDAD:INMUNIZACIÓN DEL SARAMPIÓN EN TRABAJADORES DEL SECTOR I. RESULTADOS 2011-2012
144	GRACIA COLERA DANIEL	PROCEDIMIENTO DE PÉRDIDA GESTACIONAL PRECOZ
332	LARRODE ITZIAR	PROYECTO DE EVALUACION DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES MONOINFECTADOS CON HEPATITIS C CRÓNICA
402	LASIERRA MONCLUS ANA BELEN	MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE AMBULANTE MEDIANTE UNA SISTEMÁTICA DE COMUNICACIÓN DE RESULTADOS A TRAVÉS DEL S.I.L.
89	LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA	CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE. ENFERMERÍA POR LA CALIDAD Y LA INVESTIGACIÓN, TRABAJANDO CON ADULTOS
51	MATARREDONA PAREJA ANA MARIA	HERIDAS CRÓNICAS 2.0
220	REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL	EVALUACIÓN DE UN PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA TRAS TRAUMATISMOS DE MIEMBROS INFERIORES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS
420	VASQUEZ MARTINEZ MARIA ALEJANDRA	MICROBIOLOGÍA ANTICIPATORIA: UTILIDAD DE LOS MÉTODOS DE SCREENING EN LA UCI NEONATAL

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 3

Nº Reg. **283**

TÍTULO. **ESTUDIO PILOTO DE IMPLANTACIÓN DEL PROCESO PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO DEL SECTOR ZARAGOZA II EN ATENCIÓN PRIMARIA**

Autores: APESTEGUI GARMENDIA A, PUEYO SALAVERA C, DIAMANTI M, DIEZ VELASCO JI, BLANCO TORRECILLA C, PUYOL PEIRO MD, MARTINEZ DURAN S, GARAYOA IRIGOYEN B

APESTEGUI GARMENDIA ANE . CS LA ALMOZARA . MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

1. Estratificar a los pacientes crónicos complejos (PCC) de nuestro centro de salud según los criterios elaborados por la comisión del sector para tal fin.
2. Registrar el número de PCC de nuestro centro de salud.
3. Conocer el número de ingresos no programados en estos pacientes.
4. Valorar su frecuentación en nuestras consultas.
5. Contabilizar el número de PCC con plan de actuación.

METODOLOGÍA

Tabla excel dónde se incluyen las siguientes variables: Nombre. Edad. Sexo. Médico de atención primaria. Criterios de fragilidad y riesgo de dependencia funcional (enfermedad crónica discapacitante, polipatología, polifarmacia, ingresos hospitalarios repetidos y visitas a urgencias). Criterios de riesgo social (vive solo, convive con persona mayor de 75 años o minusválidos, apoyo en domicilio insuficiente). Paciente inmovilizado. Paciente dependiente según test Barthel. Frecuentación consultas de enfermería. Frecuentación médica.

Captación de los pacientes crónicos que acuden a consulta de enfermería y de pacientes crónicos con tarjetas de largo tratamiento.

Registro de los pacientes en la tabla excel.

Valorar en OMI el número de ingresos hospitalarios no programados.

Valorar en intranet el número de ingresos hospitalarios no programados.

RESULTADOS

Registro de pacientes crónicos con tarjetas de largo tratamiento en un cupo de Medicina Familiar y Comunitaria.

46 pacientes crónicos han sido captados.

11 (24%) cumplen criterios de PCC

2 pacientes de los 11 (18,2%) han precisado ingreso.

CONCLUSIONES

El desarrollo de otro proyecto de calidad en este mismo año y la elevada presión asistencial, han contribuido a dificultar la inclusión de más pacientes.

A pesar de que nuestra muestra es excasa, el 24% de los pacientes evaluados son PCC.

La elevada comorbilidad y fragilidad de estos pacientes nos animó a plantear en el próximo proyecto de calidad, continuar con su análisis y diseñar un plan de actuación.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 3

Nº Reg. 164

TÍTULO. DISMINUCIÓN DEL NÚMERO DE AMNIOCENTESIS TRAS LA INSTAURACIÓN DEL CRIBADO COMBINADO DE CROMOSOMOPATÍAS DEL PRIMER TRIMESTRE

Autores: ARAGON SANZ MA, ROJAS PEREZ EZQUERRA B, ARRIBAS MARCO T, GUARDIA DODORICO L, TABUENCA VICEN C, CARAZO HERNANDEZ B, TAPIA A, CAMPO BROTO P

ARAGON SANZ MARIA ANGELES . H BARBASTRO . Ginecología y Obstetricia

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

En Junio del 2008, se inició en nuestro Servicio el cribado combinado de cromosomopatías del primer trimestre. De todas las estrategias de screening bioquímico de las que disponemos actualmente el screening combinado del primer trimestre es el que mayores ventajas ofrece. Consiste en la aplicación sistemática de una prueba para identificar entre la población general de gestantes aparentemente sanas aquellas que tienen un mayor riesgo de que el feto porte una cromosomopatía, en este caso la medición conjunta de la edad materna, la translucencia nucal a las 11-14s, la beta-HCG y la PAPP-A. Tiene una sensibilidad del 70-90% para una tasa de falsos positivos del 5%.

Esto se complementa con el denominado "sonograma genético" o exploración ecográfica que se realiza con el objeto de detectar marcadores de cromosomopatías en el segundo trimestre.

El objetivo es disminuir el número de amniocentesis aumentando las tasas de detección de aneuploidías.

METODOLOGÍA

En 2011 se protocolizó el screening de primer trimestre en la Estrategia de Cribado de Cromosomopatías de Aragón, y en relación con esto dejamos de hacer amniocentesis por ansiedad materna y sólo ofrecerlas por edad a pacientes de más de 40 años.

Todos los años se realiza una auditoría de las amniocentesis realizadas en conjunto con el servicio de Análisis Clínicos.

Los datos obtenidos se van publicando en revistas y congresos.

RESULTADOS

En los últimos 8 años se han realizado 1056 amniocentesis para diagnosticar 20 alteraciones cromosómicas graves (17 Down, 2 Edwards y 1 Patau). De todas ellas, 558 amniocentesis se realizaron por edad materna, para diagnosticar por ese motivo 4 Sd. Down.

Únicamente el 20% de las anomalías graves se diagnosticaron por edad materna.

El 35% se diagnosticaron por screening bioquímico (+) y el 45% por TN aumentada. En conjunto, un 80% se diagnosticaron gracias al screening de primer trimestre (bioquímico+ TN), similar al resto de estadísticas.

CONCLUSIONES

En los últimos 8 años hemos realizado 1056 amniocentesis, disminuyendo progresivamente desde la instauración del cribado combinado de primer trimestre y pasando el criterio "edad materna" de 35 a 40 años, con una tasa de detección del 90%. Desde que instauramos el cribado cromosómico del primer trimestre se ha reducido el número de amniocentesis a la mitad.

Se mantiene el descenso en el número de amniocentesis desde la implantación del cribado de primer trimestre a pesar de que ha aumentado ligeramente en el año 2012 al cambiar el punto de corte del (+) del PAPP-A, decisión que se tomó para compensar las cifras bajas de TN en nuestras mediciones. El porcentaje estable de amnios por ansiedad es prácticamente 0 puesto que pusimos en marcha la Estrategia de Cribado de anomalías cromosómicas en Aragón y dejamos de hacer amniocentesis por este motivo (hay que recordar que no tenemos recogido en nuestras estadísticas ningún caso de alteración cromosómica en paciente que se hubiera hecho la amniocentesis por ansiedad).

En el año 2012 se diagnosticaron 5 anomalías cromosómicas, únicamente una de ellas grave, por TN aumentada.

Recordar una vez más la falta de rentabilidad diagnóstica del criterio "edad materna" y lo contrario de la TN, el indicador más sensible de anomalía cromosómica.

Tuvimos cinco abortos post-amniocentesis, tasa mucho más elevada que en años anteriores, aunque compensada en una revisión de los últimos 10 años, y un fracaso de cultivo.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 3

Nº Reg. **123**

TÍTULO. PLAN DE ACTUACIÓN MULTIDISCIPLINAR FRENTE AL DELIRIUM

Autores: CASTRO VILELA ME, BONAFONTE MARTELES JL, QUILEZ PINA RAQUEL, CARNICER NAVARRO MA, ARBIOL LATORRE RM, RODA GONZALVEZ S, MESA LAMPRE P

CASTRO VILELA MARIA ELENA . H NTRA SRA DE GRACIA . GERIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Ante el aumento progresivo de la incidencia de delirium intrahospitalario en el proceso de fractura de cadera del anciano en el Hospital Royo Villanova y Hospital Nuestra Señora de Gracia (HRV+HNSG), en el año 2012 se decidió diseñar e implementar un plan de actuación para abordar su prevención y tratamiento no farmacológico, que hiciera partícipes a personal sanitario, pacientes y cuidadores/familiares.

METODOLOGÍA

Tras una primera sesión clínica en la que se informó de la incidencia progresiva de delirium en los pacientes de la Unidad de ortogeriatría en el periodo 2009-2012, se formó un grupo de trabajo compuesto por 3 enfermeras y 3 médicos. Brainstorming y diseño de estrategias: elaboración de póster explicativo para el personal de enfermería, diseño de tríptico para entregar al familiar/cuidador y preparación de sesiones informativas acerca de este síndrome geriátrico para todos los trabajadores que voluntariamente quisieran asistir. Tras el diseño inicial del tríptico destinado a las familias, se repartió entre trabajadores y familiares con el objetivo de recabar su opinión (en una encuesta elaborada para ello) acerca de utilidad, claridad y cantidad de la información y diseño.

RESULTADOS

Incidencia de delirium en HRV+HNSG: 2009 (3,8%+26,6%), 2010 (8,4%+26%), 2011 (20,6%+36,5%) y 2012 (23,8%+ 20,3%). 1) Se realiza póster de 80 x 60cms que se coloca en el control de enfermería. En él figura la importancia de detectar los factores precipitantes, la escala CAM y las medidas no farmacológicas a tener en cuenta para prevenirlo. 2) Se realiza estudio cualitativo. Se recogen 180 encuestas con buena aceptación en general del tríptico. Se analizan las sugerencias tanto del personal como de los familiares/cuidadores. 3) Se establece un calendario de 4 sesiones en las que se forma a lo largo del mes de febrero a 100 trabajadores.

CONCLUSIONES

1. La experiencia del trabajo en equipo y la acogida del plan de mejora han sido muy positivas, aumentando la concienciación de todo el personal.
2. Creemos que en el futuro inmediato se puede hacer extensivo a otras unidades y Servicios del hospital.
3. A pesar de que hasta dentro de un año no sabremos si la repercusión sobre la incidencia del delirium ha sido positiva, el sólo hecho de hablar de ello en los últimos meses de 2012 con el objetivo de preparar una estrategia, creemos que ha podido influir en la disminución del mismo en el HNSG.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 3

Nº Reg. 306

TÍTULO. VALORACIÓN SOCIOSANITARIA DE PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE NEUMOLOGÍA

Autores: CLERENCIA SIERRA M, NAVARRO GARCIA P, GAVARA GIMENO C, LORENTE GENZOR MJ, MARTIN CARPI MT, CHACON VALLES E, BELLO DRONDA S

CLERENCIA SIERRA MERCEDES . H MIGUEL SERVET . NEUMOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN: En los últimos años, los avances en el tratamiento de las Enfermedades Respiratorias han motivado una mejora de la supervivencia. Todo ello se traduce en la cronicación y deterioro clínico, de la calidad de vida y de la esfera familiar y social. Es especialmente en las últimas fases de la enfermedad, cuando se requiere una atención integral del paciente con la cooperación de los diferentes niveles asistenciales.

Establecimiento por parte de la Unidad de Valoración Sociosanitaria y el Servicio de Neumología de un programa de actuación que identificara los problemas y síndromes geriátricos de los pacientes ingresados. Atención integral entre los diferentes niveles asistenciales y coordinación con los Equipos de Atención Primaria. Estudio descriptivo de los pacientes atendidos, patologías, síndromes geriátricos, motivos de riesgo social y atención tras ser dados de alta hospitalaria durante un periodo de 2 años.

METODOLOGÍA

Protocolo de Detección Activa e Intervención Precoz en el que se establecen unos criterios de Fragilidad, Dependencia Funcional y de Riesgo Social. A las 48 h del ingreso la Supervisora de Planta recaba datos y solicita Valoración. Tras ella se emiten unas recomendaciones para el establecimiento de atenciones médicas y sociales oportunas

RESULTADOS

Se han llevado a cabo 184 valoraciones, 84,2% por detección activa y 15,8% a demanda, a 151 pacientes. La edad media es de 74 años, (rango 49-91); 35,76% corresponden a edades comprendidas entre 71 y 80 años y 29,80% a >80 años. 104 (68,9%) hombres y 47 (31,1%) mujeres. La patología más frecuente es EPOC, 82 casos (54,3%), seguido a distancia por Neoplasias, 18 (11,9%) y el resto de entidades nosológicas. 83 pacientes (55%) precisan OCD y 18 (11,9%) BIPAP. Las patologías crónicas corresponden, por tanto, al 90,8% de estos pacientes; 57,6% padecen pluripatología; 76,1% polimedicados; 64,1% han ingresado 3 o más veces en el año previo y 56% han visitado urgencias 5 ó más veces en el último año. Los síndromes geriátricos detectados: 41,8% inmovilidad; 31% incontinencia; 14,7% estreñimiento; 32,6% caídas; 12% dolor; 8,2% delirium; 32,6% trastornos depresivos; 31,5% insomnio; 19,4% déficit visual; 9,6% déficit auditivo; 12,7% malnutrición; 10,8% disfagia; 13,1% dolor. Respecto a los criterios sociales: 19% vive solo; 26,6% vive con persona de edad avanzada; 48,4% insuficiente apoyo familiar; 8,20% ausencia de cuidador principal; 8,20% sobrecarga del cuidador.

150 pacientes (81,5%) se fueron de alta a domicilio con informe exhaustivo de su atención y con indicaciones para el Equipo de Atención Primaria, 15 (8,2%) se trasladaron a HSJD, y 19 (10,3%) fallecieron.

Se realizó un seguimiento de una muestra de 30 pacientes a los 7 días del alta hospitalaria comprobando un seguimiento por parte de EAP en 21 de ellos.

CONCLUSIONES

La patología que más motiva ingreso en el Servicio de Neumología es la EPOC, son pacientes con avanzada edad, en etapas finales, con necesidad de O2 domiciliario, muy medicados, muy frecuentadores de urgencias y con muchos ingresos hospitalarios. Los mayores problemas detectados son la inmovilidad, incontinencia, caídas y trastornos depresivos y de insomnio. El problema de su cuidado es fundamentalmente el insuficiente apoyo familiar. A los pacientes se les dota de informes para ser atendidos en los diferentes niveles asistenciales y sociales.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 3

Nº Reg. **209**

TÍTULO. **HOSPITAL DEL MUNDO: MACROPLATAFORMA TECNOLÓGICA PARA PRESTACIÓN TELESERVICIOS SOCIO-SANITARIOS**

Autores: COLL CLAVERO J, ANGLES BARBASTRO R

COLL CLAVERO JUAN . H BARBASTRO . INNOVACION

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El proyecto Hospital del Mundo busca la creación de una plataforma tecnológica de acceso universal para la Prestación de Servicios de Telemedicina, Tele asistencia y Tele formación Médica Continúa susceptible de ser usada en cualquier parte del mundo.

METODOLOGÍA

Permitirá optimizar recursos aumentando la calidad asistencial y fijándose cómo objetivos fundamentales:

1. Paliar los actuales problemas de dispersión geográfica de especialistas, médicos, pacientes y sus familiares al permitir la interacción virtual.
2. Paliar la escasez de recursos humanos y físicos para prestar en ocasiones un servicio sanitario adecuado y eficaz al permitir el acceso remoto al conocimiento especializado que podrá dar servicio a varios puntos sin necesidades de desplazamientos.
3. Mejorar los programas de formación médica continua en recurrencia, coste y contenido gracias a la virtualidad.
4. Unir centros de investigación, centros de referencia y conocimiento especializado.
5. Establecer servicios de Teleasistencia virtuales para poder atender a una población dispersa.
6. Contribuir a una descongestión en listas de espera del Sistema de Salud Público
7. Dar apoyo en la toma de decisión del médico especialista mediante un sistema Experto.

RESULTADOS

El objetivo es el de promover la atención sanitaria en zonas geográficas dispersas, conectando de forma virtual centros de Atención Primaria con especialistas en unidades de mayor complejidad y buscando la mejora de la gestión, coordinación y agilización de los procesos de toma de decisiones.

La plataforma Hospital del Mundo permitirá la creación de un archivo de conocimiento que se nutra de las experiencias e interacciones reales de la Comunidad y que estarán accesibles para todos aquellos profesionales fomentando la capacitación de personal sanitario con acceso desde lugares distribuidos. También dará la posibilidad de compartir información clínica dependiente de cada patología entre paciente-médico y médico-especialista. Cuando el proceso lo requiera se podrá realizar un análisis específico de cada dato compartido para relacionar información y que originen alarmas en función de la criticidad de los datos introducidos.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 3

Nº Reg. **370**

TÍTULO. **MEJORA DE LA CALIDAD EN EL PROCESAMIENTO Y TRANSFERENCIA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS PARA LA UNIDAD DE NEUMOLOGÍA DE LA UIT**

Autores: CUBERO MARIN JP, GIL AV, DOMINGUEZ MJ, FORNER M, MARIN JM, SANCHEZ M, ARENAZ I

CUBERO MARIN JOSE PABLO . INSTITUTO ARAGONES DE CIENCIAS DE LA SALUD . UNIDAD DE INVESTIGACION TRASLACIONAL GRUPO CIBERES 35

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

MEJORAR LA CALIDAD EN EL PROCESAMIENTO Y TRANSFERENCIA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS PERTENECIENTES A LA UNIDAD DE NEUMOLOGÍA DE LA UIT

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- CONSENSUAR CON LA BIBLIOGRAFÍA Y LA CONSULTA DE EXPERTOS EL OPTIMO PROCESAMIENTO Y TRANSFERENCIA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS PERTENECIENTES A PACIENTES DE ESTUDIOS DESARROLLADOS POR NUESTRA UNIDAD.
- AUDITAR EL PROCEDIMIENTO CON UN EXPERTO DEL GRUPO CIBERES 35
- DISEÑAR UN PROCEDIMIENTO ESTANDARIZADO PARA EL PROCESAMIENTO Y TRANSFERENCIA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS PERTENECIENTES A PACIENTES DE ESTUDIOS DESARROLLADOS POR NUESTRA UNIDAD.

METODOLOGÍA

- REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE EL PROCESAMIENTO Y TRANSFERENCIA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS
- ENTREVISTA CON EXPERTOS DE BIOBANCO Y DE CIBERES SOBRE EL PROCESAMIENTO Y TRANSFERENCIA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS
- AUDITORÍA INTERNA DEL PROCEDIMIENTO POR UN EXPERTO DEL GRUPO CIBERES 35
- DISEÑO DE UN PROCEDIMIENTO ESTANDARIZADO PARA EL PROCESAMIENTO Y TRANSFERENCIA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS PERTENECIENTES A PACIENTES DE ESTUDIOS DESARROLLADOS POR LA UNIDAD DE NEUMOLOGÍA DE LA UIT

RESULTADOS

SE HAN PRODUCIDO MODIFICACIONES EN EL PROCESAMIENTO Y TRANSFERENCIA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS. EN CONCRETO EN LO RELATIVO A:

- TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA OBTENCIÓN Y EL PROCESAMIENTO DE LAS MUESTRAS
- TEMPERATURA DE CENTRIFUGACIÓN EN LAS MUESTRAS QUE LO REQUIERAN
- MODIFICACIÓN EN EL NÚMERO DE ALICUOTAS
- MODIFICACIÓN EN LOS MICROLITROS DE LAS ALICUOTAS
- CAMBIO EN LA HERRAMIENTA DE EXTRACCIÓN DE CUERPOS NUCLEADOS

CONCLUSIONES

TRAS LA ACTUALIZACIÓN DE LA LITERATURA CIENTÍFICA EXISTENTE, ENCONTRAMOS PROTOCOLOS QUE SE ADECUAN A NUESTROS OBJETIVOS LABORALES.

LA PUESTA EN COMÚN DE LOS RESULTADOS DEL ANÁLISIS BIBLIOGRÁFICO Y LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR NUESTROS EXPERTOS NOS GUÍAN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN NUEVO PROCEDIMIENTO DE TRABAJO, MEJORANDO DE ESTE MODO LA CALIDAD DE LAS MUESTRAS FINALES. ESTO PERMITE ADECUARNOS A LAS ALTÍSIMAS DEMANDAS ACTUALES DE CALIDAD DE LOS LABORATORIOS, FINALES RECEPTORES DE ESAS MUESTRAS.

HAY DIVERSAS ALTERNATIVAS Y CRITERIOS SOBRE TODO EN LO RELATIVO A TEMPERATURAS DE CENTRIFUGACIÓN O NÚMERO Y CANTIDAD DE LAS ALICUOTAS. CREEMOS QUE NUESTRA ELECCIÓN FINAL ES LA MAS ACERTADA DE CARA AL POSTERIOR ANÁLISIS.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 3

Nº Reg. 256

TÍTULO. PROGRAMA DE CALIDAD: INMUNIZACIÓN DEL SARAMPIÓN EN TRABAJADORES DEL SECTOR I. RESULTADOS 2011-2012

Autores: EZPELETA ASCASO I, BERNAD USON MA, MORENO GONZALEZ MJ, PASTOR GIL MP

EZPELETA ASCASO IGNACIO . H ROYO VILLANOVA . PREVENCIÓN RIESGOS LABORALES

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Con motivo del brote de sarampión en la comunidad autónoma en el primer trimestre de 2011 y siguiendo las recomendaciones de Salud Pública y el marco normativo en prevención de riesgos laborales, la unidad plantea:

- Conocer el estado inmune de la población de trabajadores de riesgo (nacidos entre 1971-1985) del hospital royo Villanova(HRV); hospital Nuestra Señora de Gracia (HNSG) y Atención Primaria del sector I. (AP)
- Aumentar la inmunidad adquirida contra sarampión en la población trabajadora.

METODOLOGÍA

Elaboración de censo con población susceptible inicialmente personas nacidas e 1970 y 1982 , posteriormente ampliación hasta los nacidos en 1985.

- Oferta individualizada, preferentemente en unidades de riesgo y con ampliación posterior al resto de los trabajadores.
- Modificación de la hoja de oferta de reconocimiento periódico, introduciendo de forma explícita los antecedentes de sarampión.
- Registro en historia de antecedentes , serologías y estado inmunitario del personal respecto al sarampión
- De forma oportunista, en consulta, investigación de los antecedentes del sarampión en especial en grupo poblacional de riesgo y nacidos en años próximos al grupo de riesgo.

RESULTADOS

Se enviaron 690 cartas personalizadas a la población diana (HRV:462, HNSG:124, AP:104).

La población captada es de 362 (53,46% de la población de riesgo)

Los trabajadores considerados inmunes en al población de riesgo (1970-1985) (serología positiva, antecedente de sarampión, vacunación correcta documentada) han resultado positivos 314, (HRV: 211, HNSG:50,AP:53) ; negativos 36(HRV.31,HNSG:2,AP:3); se solicitó serología pero no consta resultado en 12 casos (HRV: 10, HNSG:2,AP:0).

A 24 personas se les aplicó la vacuna(HRV: 21, HNSG:1,AP:2) y en 12 casos no hay constancia de inmunización ((HRV: 10, HNSG:1,AP:1) .

Considerando la inmunidad del sarampión en le total de la población trabajadora del sector I, los resultados son:

La población captada es de 552 (22,63% de la población total)

Los trabajadores considerados inmunes en la población total (serología positiva, antecedente de sarampión, vacunación correcta documentada) han resultado positivos 497, (HRV: 325, HNSG:94,AP:78) ; negativos 39 (HRV:34,HNSG:2,AP:3); se solicitó serología pero no consta resultado en 16 casos (HRV: 10, HNSG:6,AP:0).

A 25 personas se les aplicó la vacuna(HRV: 22, HNSG:1,AP:2) y en 14 casos no hay constancia de inmunización ((HRV: 12, HNSG:1,AP:1) .

CONCLUSIONES

El sarampión es una enfermedad de alta transmisibilidad, con posibilidad de complicaciones graves cuando se padece en la edad adulta o en población gestante . Estas circunstancias supondrían una motivación para conocer el estado inmunitario respecto al sarampión, sin embargo la respuesta a las encuestas personalizadas no ha sido alta, parte de los seronegativos no se han vacunado y ha habido serologías solicitadas que no constan que se hayan realizado.

Debe continuarse con el programa, para llegar al conocimiento del estado inmunitario de la población trabajadora en centros sanitarios. El programa de eliminación del sarampión en Aragón recomienda que para alcanzar y mantener la interrupción de la transmisión del virus (cero estable), en cada cohorte de adultos por encima de los 14 años, la población de riesgo no debe superar 5%.

En el caso de nuevas incorporaciones hay que evidenciar el estado inmunitario, la efectividad de la vacuna no es el del 100% , pudiendo quedar en cohorte vacunada , población susceptible. El marco normativo (RD 665/1997, protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo) establece que cuando exista riesgo por exposición a agentes biológicos para los que haya vacunas eficaces, éstas deberán ponerse a disposición de los trabajadores.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 3

Nº Reg. 144

TÍTULO. PROCEDIMIENTO DE PÉRDIDA GESTACIONAL PRECOZ

Autores: GRACIA COLERA D, GARCIA SIMON R, LAFALLA BERNAD O, PEREZ SERRANO ARTIGAS MC, MORENO ROMEA E, PAULES TEJERO C, LAPRESA SAENZ JF, DIAZ VEGA M

GRACIA COLERA DANIEL . H CLINICO UNIVERSITARIO . OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Una de las patologías más frecuentes que acuden al servicio de obstetricia y ginecología son las pérdidas de gestación precoz o abortos durante el primer trimestre de gestación. El porcentaje de perdidas durante las primeras semanas de gestación supera el 15%.

Actualmente cuando diagnosticamos un aborto, la alternativa que normalmente ofrecemos en el servicio es la evacuación quirúrgica del mismo (legrado).

Con este procedimiento pretendemos ofertar la posibilidad de tratamiento farmacológico y regular la actuación en urgencias de las perdidas de gestación precoz.

METODOLOGÍA

Los criterios diagnósticos de perdida gestacional precoz son los siguientes:

- CRL > 6 mm, sin LCF
- CRL 2-5 mm. Sin LCF en dos ecografías realizadas 5-7 días.
- Saco gestacional > 20-25 mm sin embrión.
- Saco gestacional < 20-25 mm sin embrión, ni saco vitelino en dos ecografías realizadas 5-7 días.

Cuando diagnosticamos una perdida gestacional precoz solicitamos:

- Hemograma.
- Estudio de coagulación.
- Grupo y Rh (si no lo tiene documentado)

Se le ofrece a la paciente las siguientes alternativas:

3.1 Tratamiento farmacológico (Si cumple requisitos):

- Perdida gestacional incompletas.
- Saco gestacional < 25 mm.
- Embrión < 7 mm.

Si la paciente desea un tratamiento farmacológico, este se puede dar en urgencias o en consultas, en urgencias seguiremos los siguientes pasos:

- Entregar a la paciente: informe de urgencias y consentimiento.
 - Archivar y remitir a consultas: informe de urgencias, analíticas y consentimiento informado.
 - Recetar o entregar en bolsa individual con cuatro pastillas de misoprostol, tres comprimidos de ibuprofeno 600 y dos comprimidos de primperan
- Citar en consulta de patología primer trimestre (mediante pphis) a los 5-8 días del inicio del tratamiento para valoración y control.

3.2 Tratamiento quirúrgico

Si la paciente desea un tratamiento quirúrgico, se le remitirá en ayunas a urgencias a las 8,30 horas con preoperatorio, grupo sanguíneo y consentimiento informado.

RESULTADOS

Creación de una consulta de patología del primer trimestre con las siguientes funciones:

- Control y seguimiento de las perdidas gestacionales precoces con tratamiento farmacológico.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 3

Nº Reg. **144**

TÍTULO. **PROCEDIMIENTO DE PÉRDIDA GESTACIONAL PRECOZ**

Autores: GRACIA COLERA D, GARCIA SIMON R, LAFALLA BERNAD O, PEREZ SERRANO ARTIGAS MC, MORENO ROMEA E, PAULES TEJERO
GRACIA COLERA DANIEL · H CLINICO UNIVERSITARIO · OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

- Registro y análisis de los datos de las pérdidas gestacionales precoces tratadas con misoprostol.
- Desarrollo de los indicadores de actividad y calidad.

CONCLUSIONES

Con el procedimiento de pérdida gestacional precoz queda reflejado un algoritmo que sirve de guía de actuación ante esta patología que es, la principal consulta de urgencias obstétricas de primer trimestre.

Las pacientes son canalizadas hacia una consulta específica donde se realizará un seguimiento y control adecuado, sin suponer aumento de recursos materiales ni humanos.

Disminución de tratamiento quirúrgico, disminución de ingresos hospitalarios y estancia hospitalaria.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 3

Nº Reg. 332

TÍTULO. PROYECTO DE EVALUACION DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES MONOINFECTADOS CON HEPATITIS C CRÓNICA

Autores: LARRODE I, NAVARRO H, ABAD MR, GIMENO V, PEREZ C, ESCOLANO A, PASCUAL O, URIARTE M

LARRODE ITZIAR · H MIGUEL SERVET · FARMACIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La adherencia al tratamiento antiviral es un punto fundamental en las enfermedades infecciosas como la hepatitis crónica C (HCC). El objetivo principal del trabajo es determinar la adherencia al tratamiento de los pacientes mono infectados por VHC o coinfectados VHC-VIH mediante dos cuestionarios validados y comprensibles para los pacientes y también, mediante el registro de dispensaciones. Secundariamente, identificar de forma precoz los factores de riesgo de baja adherencia relacionados con el paciente, con el tratamiento y por otros motivos.

METODOLOGÍA

Se realizará un estudio observacional-prospectivo. Se incluirán pacientes mono infectados o coinfectados VHC-VIH a los que se dispensará tratamiento basado en biterapia (ribavirina y peginterferon) o en la triple terapia (ribavirina, peginterferon y boceprevir/telaprevir) en la unidad de pacientes externos del servicio de farmacia. Se describirán variables demográficas (sexo, edad), variables clínicas (coinfección, mono infección, carga viral basal y genotipo) y variables relacionadas con el tratamiento (tipo de tratamiento antirretroviral y nº comprimidos). Se realizarán consultas de atención farmacéutica (AF) al inicio del tratamiento, a las 4, 12 y 24 semanas durante el tratamiento y a los 6 meses tras la finalización del mismo. La adherencia se evaluará mediante 3 métodos; el registro de dispensaciones y 2 cuestionarios de adherencia, uno específico AdHepta® y otro estándar, Morisky-Green®.

RESULTADOS

La evaluación de la adherencia por el registro de dispensaciones se realizará siguiendo la regla 80/80/80 (es decir, haber recibido más o menos el 80% de las dosis de fármacos durante más o menos el 80% de la duración prevista del tratamiento). El cuestionario Morisky-Green® consiste en 4 sencillas y cortas preguntas para valorar el grado de cumplimiento terapéutico. El cuestionario AdHepta® es específico para medir la adherencia del tratamiento de HCC, consta de 2 módulos, el primero, preguntas directas sobre la adherencia a la medicación y la segunda parte incluye preguntas relacionadas con factores que afectan a la adherencia. Incorpora dos preguntas adicionales para identificar los motivos de no adherencia en coinfectados.

CONCLUSIONES

Mediante la medida de adherencia podemos dirigir la AF hacia los pacientes que más puedan beneficiarse de ella. La información y educación sanitaria suministrada en la consulta de AF, aportará a los pacientes mayor conocimiento de enfermedad y del tratamiento, permitiendo mejorar la adherencia terapéutica.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 3

Nº Reg. 402

TÍTULO. MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE AMBULANTE MEDIANTE UNA SISTEMÁTICA DE COMUNICACIÓN DE RESULTADOS A TRAVÉS DEL S.I.L.

Autores: LASIERRA MONCLUS AB, GONZALEZ TARANCON R, RELLO VARAS L, VENTURA VENTURA P, CASTRILLO RUBIO J, CESAR MARQUEZ MA, GARCIA DE JALON COMET A

LASIERRA MONCLUS ANA BELEN . H MIGUEL SERVET . SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El Servicio de Bioquímica Clínica del Hospital Universitario Miguel Servet gestiona más de 580.000 peticiones/año. Por ello, surgió la necesidad de establecer un sistema de comunicación de resultados de alarma en pacientes ambulatorios eficaz y rápido. En Octubre de 2012 comenzó la implantación de este sistema a través de nuestro S.I.L. (Modulab Gold de Systelab) y la formación del personal implicado, finalizando en enero de este año.

El principal objetivo de este trabajo es evaluar la eficacia de este sistema de comunicación de resultados de alarma de pacientes ambulatorios a través del S.I.L. durante el primer cuatrimestre desde su implantación.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio retrospectivo de las notificaciones enviadas desde nuestro laboratorio durante los meses de enero a abril de 2013. Las variables estudiadas fueron las siguientes: Tiempo de Notificación desde el Laboratorio (Estándar <24h); Tiempo de Respuesta del Clínico (Estándar <48h); y Porcentaje de notificaciones No abiertas según Centro o Servicio (Estándar 0%).

RESULTADOS

Durante el primer cuatrimestre de 2013 se enviaron un total de 439 notificaciones a través de nuestro S.I.L. Un 96,6% (424) fueron enviadas por el laboratorio en un tiempo inferior a 24 horas sin ningún fallo de envío. En cuanto al Tiempo de Respuesta del Clínico, un 75,2% de las notificaciones (330) fueron abiertas en menos de 48 horas desde el envío por parte del laboratorio, un 10,9% (48) fueron abiertas tras más de 48 horas y un 13,9% de las notificaciones (61) no han sido abiertas.

Un 53,08% de las notificaciones (233) se enviaron a consultas de Atención Primaria y el resto a consultas de Atención Especializada. Se ha detectado que algunos Centros o Servicios no siguen la sistemática adecuadamente, abriendo las notificaciones tras más de 48 horas o incluso en algunos casos no han llegado a abrir ninguna de las notificaciones enviadas. En estos casos el Servicio de Bioquímica, para garantizar la seguridad del paciente, realiza de nuevo la notificación de los resultados de alarma mediante llamada telefónica.

CONCLUSIONES

Con este protocolo se consigue garantizar la seguridad del paciente, mediante una herramienta informática dentro de nuestro propio S.I.L. capaz de gestionar todas las alarmas de pacientes ambulatorios y de poderlas notificar al clínico solicitante mediante envío del informe de laboratorio a través de correo electrónico en menos de 24 horas. Según los datos obtenidos, el Laboratorio cumple con los Tiempos de respuesta establecidos, sin embargo no todos los Centros o Servicios se implican adecuadamente en el proceso. Por ello sería esencial realizar un seguimiento más exhaustivo por parte del laboratorio de las notificaciones y un mayor compromiso por parte de los Centros o Servicios menos implicados. Con ello se conseguiría evitar el posible retraso en el diagnóstico y/o tratamiento de estos pacientes y por tanto reducir los perjuicios en el paciente y los gastos sanitarios asociados a dicho retraso.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 3

Nº Reg. **89**

TÍTULO. **CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE. ENFERMERÍA POR LA CALIDAD Y LA INVESTIGACIÓN, TRABAJANDO CON ADULTOS**

Autores: LOZANO DEL HOYO ML, ARMALE CASADO MJ

LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA . CS LAS FUENTES NORTE . MEDICINA GENERAL

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Presentación de la trayectoria en investigación y calidad de los profesionales de enfermería (prof Enf) de atención a personas adultas del centro de salud (CS) Las Fuentes Norte.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, retrospectivo de la evolución de actividad de los prof Enf del CS desde su apertura (1991).

RESULTADOS

En los 22 años que lleva abierto el CS se han realizado: Proyecto FIS: 1, becas programa de apoyo a las iniciativas de mejora de calidad del SALUD: 6 y tres pendientes de evaluación enviados este año , comunicaciones orales en congresos nacionales: 10, póster en congresos nacionales: 8, publicaciones en revistas de tirada nacional e indexadas: 8 y una en prensa, FOCUSS: 2, uno de ellos lleva realizándose 4 años, organizadoras de 2 concursos de cocina para diabéticos. Es centro docente formación pregrado de enfermería desde 1991 y de residentes de enfermería comunitaria (EIR) desde 2012. En 1993 se realizó la primera comunicación en la que estaban implicados 4 prof Enf lo que supone un 26% de la plantilla, desde entonces han participado en alguna de estas actividades 26 prof Enf diferentes. En los últimos tres años 12 enfermeras han estado implicadas en alguna actividad, lo que supone un 80% del total. En 1994 empezó el programa de proyectos FIS, aceptándose el nuestro en 1995. Se crearon las becas de programas de apoyo a las iniciativas de mejora de calidad del SALUD, en 2000 y nuestro primer proyecto es del 2002. El programa FOCUSS empezó en 2006 y nuestro primer proyecto comenzó en 2009.

CONCLUSIONES

Desde que se abrió el CS son muchos los prof Enf que se han implicado en actividades de calidad e investigación, un porcentaje muy por encima de cualquier CS de Aragón. Nuestros inicios comenzaron trabajando en educación grupal a pacientes con diabetes ó hipertensión arterial, antes de que apareciera un contrato programa que hablara de educación grupal (1996). Cada iniciativa de calidad o investigación a nuestro alcance ha sido aprovechada para trabajar desde nuestro centro, siendo pioneras como prof Enf en alguna de ellas. Si bien es cierto que hemos seguido las líneas estratégicas de nuestra dirección y los cambios hacia actividades de mejora de calidad. Nuestra máxima actividad investigadora que no coincide con incentivos de la dirección, ni de laboratorios privados, se ha mantenido estable en estos años, ni los momentos de crisis económica han influido en el desánimo, siendo ahora uno de los momentos de mayoe actividad productiva. Creemos que el futuro puede ser esperanzador, la incorporación de residentes EIR, puede ayudar a mantener la llama encendida.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 3

Nº Reg. 51

TÍTULO. HERIDAS CRÓNICAS 2.0

Autores: MATARREDONA PAREJA AM, LOPEZ IBORT N, BARRADO NARVION MJ, GONZALEZ DE LA CUESTA D, BARA MACHIN G, LOPEZ SAENZ C, RAMOS MUÑOZ C, MOZOTA DUARTE J

MATARREDONA PAREJA ANA MARIA . H CLINICO UNIVERSITARIO . CALIDAD

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- ? - Dar apoyo a los enfermeros de atención primaria en centros rurales en cuanto a Heridas Crónicas.
- ? - Disminuir la variabilidad de los cuidados respecto a Heridas Crónicas
- ? - Utilizar la tecnología disponible para mejorar los cuidados de los pacientes
- ? - Aprovechar la experiencia de los profesionales del sector especializados en cuidados de heridas crónicas

METODOLOGÍA

Una de las nuevas líneas de trabajo priorizadas por la Dirección de Enfermería del HCU “Lozano Blesa”, después de realizar un análisis de la situación, recursos disponibles... y alineándose en la medida de lo posible con la Dirección del Centro y con la Dirección de Enfermería de Atención Primaria del Sector III es la Gestión del conocimiento. El ejemplo más representativo lo constituye la creación de una Comisión Clínica de Heridas Crónicas a nivel de sector III y de carácter consultivo. Para dar cobertura a toda la población del mismo, teniendo en cuenta la dispersión y el envejecimiento de la población que atiende, la Tele - Enfermería es la solución más adecuada. El equipo informático del sector ha creado a través de intranet todo el soporte tecnológico necesario para poder presentar los casos clínicos que se analizarán entre expertos y tomar la mejor decisión para el paciente.

RESULTADOS

La comisión de Heridas Crónicas se autorizó a principios de Mayo de 2012 y tuvo su primera reunión a finales del mismo mes. Está formada por 22 enfermeras, dos médicos (uno de atención primaria y otro de especializada) y una auxiliar de enfermería. A lo largo de 2012, en reuniones mensuales se han elaborado los estatutos, los objetivos, se ha diseñado una estrategia de compras de materiales y productos de curas y se ha dotado de la tecnología necesaria para llevar a cabo este proyecto. La misma comisión supervisará la evolución del caso hasta su completa resolución, aunque el responsable de la misma es el enfermero del paciente.

Se han realizado a día de hoy los primeros casos con gran satisfacción para todos los profesionales que participan en el proyecto.

CONCLUSIONES

Proyectos de este tipo llevan a integrar la atención especializada y primaria, favoreciendo la cohesión de los equipos de salud del Sector.

La Gestión del conocimiento mejora la calidad de los cuidados en todos los pacientes.

Los profesionales de enfermería pueden optar cada vez a más recursos tecnológicos que facilitan y completan su labor.

La enfermería lidera proyectos de alto impacto.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 3

Nº Reg. 220

TÍTULO. **EVALUACIÓN DE UN PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA TRAS TRAUMATISMOS DE MIEMBROS INFERIORES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS**

Autores: REAL CAMPAÑA JM, DE LA LLAMA N, HIDALGO B, ASCASO MC, HUARTE R, POVAR J, ABAD SAZATORNIL MR

REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL . H MIGUEL SERVET . FARMACIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Evaluar la adherencia al protocolo de prevención de trombosis venosa profunda tras traumatismos de miembros inferiores en el Servicio de Urgencias. Valorar el impacto económico del protocolo

METODOLOGÍA

En Enero de 2012 se formó un grupo de trabajo entre el Servicio de Urgencias (SU) y Farmacia para elaborar el protocolo de prevención de TVP en traumatismos de miembros inferiores. La implantación del protocolo se asoció con la dispensación de heparinas de bajo peso molecular desde el SU en la cantidad necesaria para ajustarse a la duración del tratamiento. Además al paciente se le entregaba una hoja con recomendaciones de uso de medidas físicas para la prevención de TVP. La adherencia al protocolo se analizó valorando en los pacientes a los que se les prescribió HBPM en el periodo 1 noviembre-31 diciembre 2012 el cumplimiento del protocolo. Para valorar el impacto económico se compara el gasto farmacéutico de Marzo 2011-Febrero 2012 a Marzo 2012-Febrero 2013

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 180 pacientes con profilaxis con HBPM, 62% mujeres. Los pacientes fueron diagnósticos principalmente de fractura 43% y esguince 29%. Analizando los factores de riesgo de los pacientes que habían llevado profilaxis con HBPM se obtuvo lo siguiente: en el 47% estaba recomendado realizar profilaxis con HBPM (el beneficio supera el riesgo), en el 19% se sugiere la profilaxis con HBPM (según opinión clínica y/o preferencias del paciente), y en el 34% pese a que se utilizó HBPM sólo estaba recomendado la profilaxis mediante el uso de medidas físicas (no debería haberse usado profilaxis con HBPM, el beneficio no supera el riesgo). Por lo tanto se cumplía las recomendaciones del protocolo en un 66% de los casos. Con respecto al gasto farmacéutico, en el periodo Marzo-2011/Febrero-2012 las HBPM supusieron 136.407,08€, siendo el grupo terapéutico de mayor gasto en prescripción extrahospitalaria. En el periodo Marzo-2012/Febrero -2013 se redujo el gasto hasta los 84.704.25€, es decir, un ahorro del 37,9% (51.702,83€). Teniendo en cuenta el aumento del gasto intrahospitalario y la pérdida de la aportación del paciente (4,13€/por envase), el ahorro estimado anual final sería del 32,6% (45.406,71€)

CONCLUSIONES

Es necesario realizar mayor difusión del protocolo, ya que se está realizando profilaxis con HBPM en un alto porcentaje de pacientes que no lo precisarían. La dispensación desde el Servicio de Urgencias ligado al protocolo ha proporcionado un ahorro económico importante

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 3

Nº Reg. 420

TÍTULO. MICROBIOLOGÍA ANTICIPATORIA: UTILIDAD DE LOS MÉTODOS DE SCREENING EN LA UCI NEONATAL

Autores: VASQUEZ MARTINEZ MA, PEREIRA J, LAPRESTA C, RITE GRACIA S, NAVARRETE HERNANDEZ MJ, FERRER I, REZUSTA A, REVILLO MJ

VASQUEZ MARTINEZ MARIA ALEJANDRA . H MIGUEL SERVET . MICROBIOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El objetivo de este estudio fue analizar la frecuencia de aislamiento de *Klebsiella* spp y *Escherichia coli* productoras de BLEE en muestras rectales recogidas durante los años 2008 a 2012 a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital Miguel Servet de Zaragoza (España).

METODOLOGÍA

- Se realizó un estudio retrospectivo de los aislamientos de *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* y *K. oxytoca* productoras de BLEE.
- Las muestras obtenidas con hisopos rectales de los recién nacidos ingresados en la UCIN se inocularon en agar MacConkey suplementado con 1 ug / ml de cefotaxima.
- La identificación se realizó mediante pruebas bioquímicas (MicroScan Walkaway-Siemens) o proteómica (MALDI-TOF Bruker).
- La sensibilidad antibiótica se realizó mediante el uso de metodología de microdilución y las cepas productoras de BLEE se confirmaron por el método de difusión en disco de acuerdo con las normas CLSI.

RESULTADOS

- Se obtuvieron 1089 muestras de 499 pacientes.
- El porcentaje de cepas productoras de BLEE aisladas fue 13,8% (69 pacientes).
- Los aislados de cribado-positivos fueron 9,4% (47) de *K. pneumoniae*, 3% (15) *E. coli*, 0,8% (4) *Klebsiella oxytoca* y 0,6% (3) *S.marcescens*

CONCLUSIONES

- En el presente estudio, la *Klebsiella pneumoniae* productora de BLEE fue el bacilo gram-negativo más frecuentemente aislados de la UCIN.
- Este cribado permite conocer la tasa de colonización en estas unidades.
- Se destaca la importancia de la realización de vigilancia y control de infecciones en la unidad de cuidados intensivos neonatal, lo que ha permitido observar una disminución en la incidencia de estas cepas en los periodos de control.
- La correcta identificación y sensibilidad antibiótica de estos microorganismos productores de BLEE permite realizar un mejor seguimiento, control y disminución de infecciones en estas unidades.
- La búsqueda activa de estas cepas BLEE en esta unidades es esencial para la adopción de medidas preventivas adecuadas
- La creación de equipos multidisciplinares es indispensable para la implementación de estos cribados.