

## XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

**Mesa 3 \* 14M-16:00 h.**

Reg	Presentador/a	Título de la Comunicación
397	COMET BERNAD MACARENA	IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE TURNOS EN EL ÁREA DE DISPENSACIÓN DE PACIENTES EXTERNOS
528	EGIDO LIZAN PILAR	SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA FASE PREANALITICA EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA DE UN HOSPITAL TERCIARIO: LÍNEA DE MEJORA
300	FERNANDEZ ALONSO EDGAR	ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE NUTRICIONES ENTERALES EN RESIDENTES DE CENTROS SOCIOSANITARIOS VINCULADOS A UN Sº DE FARMACIA
571	GASSO SANCHEZ AMALIA	ANÁLISIS DE LAS INCIDENCIAS REGISTRADAS EN EL ÁREA DE ENSAYOS CLÍNICOS DEL SERVICIO DE FARMACIA DEL HUMS 2014 – 2015
609	GIMENEZ JULVEZ TERESA	ANÁLISIS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN DIRECTIVOS Y GESTORES
494	JAVIERRE MIRANDA ELENA	PROYECTO DE PREVENCIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES DE DELICIAS
177	LAUROBA ALAGON PILAR	INTEGRACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN ONCOLOGÍA
256	MARTINEZ GONZALEZ ANA	ESTRATEGIA DE MEJORA DE CALIDAD EN ESCUELA DE ESPALDA EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL
437	MARTINEZ LAZARO BEATRIZ	ANÁLISIS DE CUATRO AÑOS DEL FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN EN HEMATOLOGÍA EN EL HCU LOZANO BLESÁ
468	RUBIO SANCHEZ PATRICIA	ADECUACIÓN DE LA TROMBOPROFILAXIS EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO
125	SANMARTIN ALLUE HECTOR	LA COMISIÓN DE TRIAJE, GARANTE DE CALIDAD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

## XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 3

Nº Reg. 397

### TÍTULO. IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE TURNOS EN EL ÁREA DE DISPENSACIÓN DE PACIENTES EXTERNOS

Autores: COMET BERNAD M, NAVARRO H, DE LA LLAMA N, GALINDO M, OLIER MP, GASSO A, NAVARRO I, ABAD SAZATORNIL MR

COMET BERNAD MACARENA . H MIGUEL SERVET . FARMACIA HOSPITALARIA (FH)

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

En el área de dispensación de pacientes externos (DPE) se realiza anualmente una encuesta de satisfacción a los pacientes. Durante los últimos años al analizar los datos obtenidos, se apreció que en el apartado libre de observaciones, la petición más demandada era la mejora del sistema de espera. Por ello, en noviembre de 2015 se implantó un sistema automatizado de turnos (QMATIC). El objetivo del estudio es evaluar el impacto en la calidad del servicio DPE al implantar este sistema para la gestión de la espera del paciente

#### METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo de los datos recogidos en informes semanales proporcionados por el programa informático QMATIC durante 5 semanas. Se analizaron las últimas encuestas de satisfacción realizadas a los pacientes tras la implantación del sistema.

#### RESULTADOS

En los últimos 5 años la cantidad de pacientes atendidos en DPE ha aumentado un 42,4%. En la actualidad en DPE se da servicio a una media de 854,4 pacientes semanales y 173,5 diarios. Esto supone la necesidad de un sistema que ayude a la priorización del paciente según el tipo de atención que necesite: atención farmacéutica (AF) (inicios de tratamiento, cambios, atención a pacientes con mayor riesgo de problemas relacionados con la medicación, etc.) o atención del personal auxiliar de enfermería (AE) para la dispensación. Un 20% de los pacientes recibieron AF con un tiempo de espera medio de 07:15 minutos y de 08:27 minutos para AE. Esta espera varía a lo largo de la jornada laboral, siendo máxima al inicio de la misma (11:10 minutos AF y 12:35 minutos AE) y coincidiendo con el pico máximo de afluencia (media de 100,2 pacientes), debido al acúmulo de pacientes antes de abrir el servicio. La media de pacientes según el día de la semana es de mayor a menor: martes(183), lunes(177,8), jueves(175,4), miércoles(167) y viernes(164,4). Al analizar las encuestas de satisfacción posteriores a la implantación del sistema, se evidenció que en ninguna constaban sugerencias de mejora de tiempo de espera.

#### CONCLUSIONES

La implantación de un sistema automatizado de turnos en DPE supone una mejora en la calidad del servicio tanto de cara al paciente como al personal. Proporciona un mayor nivel de satisfacción entre los pacientes, asegurando la privacidad y confidencialidad, así como una reducción del tiempo percibido de espera. Además libera al personal de tareas no clínicas, optimizando los recursos y reduciendo el tiempo real de espera.

## XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 3

Nº Reg. 528

### TÍTULO. SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA FASE PREANALÍTICA EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA DE UN HOSPITAL TERCIARIO: LÍNEA DE MEJORA

Autores: EGIDO LIZAN P, PALACIAN PILAR, OMEÑACA MANUEL, NUÑEZ ROSSI, GOMARA MARTA, MORILLA ELENA, VELA BERTA, REVILLO MARIA JOSE

EGIDO LIZAN PILAR . H MIGUEL SERVET . MICROBIOLOGIA

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La seguridad del paciente es una prioridad de todos los sistemas sanitarios.

El Servicio de Microbiología proporciona una relevante información con impacto directo en la seguridad del paciente, siendo la fase preanalítica, desarrollada fuera del laboratorio, según diversos estudios, la fuente principal de efectos adversos. La formación del personal que recoge las muestras se considera clave en la mejora de la obtención de las muestras.

OBJETIVO: El objetivo de este trabajo es mostrar la forma óptima de recogida de las muestras y difundir el manual de Toma de Muestras de Microbiología utilizando nuevas tecnologías

#### METODOLOGÍA

Se analizaron retrospectivamente las incidencias de la fase preanalítica registradas en el Sistema Informático del Laboratorio en los últimos 5 años.

El análisis de las incidencias del proceso de preanalítica permitió diseñar una línea de mejora considerando que las incidencias que no permitían la realización del proceso microbiológico tenían su origen en una incorrecta recogida de la muestra.

El método propuesto consiste en la realización de un vídeo formativo con el programa informático Pow Toon

#### RESULTADOS

En 2015, se registraron 3691 incidencias. De estas, 773 se debieron a un contenedor erróneo (20.9%), 323 fueron muestras sin identificar (8.75%), en 135 la muestra recibida y la solicitud en el volante fueron discrepantes (3.6%) y en 65 faltaban datos demográficos

En 2014 de 3027 incidencias el 18% se debieron a contenedor erróneo, 10% muestra sin identificar, 4,1% fueron muestras discrepantes y 2,2% carecían de datos demográficos

Todos estos ítems habían sufrido un incremento respecto al año 2013. En uno de ellos, se había duplicado.

El análisis de estos datos nos llevó a revisar el canal de transmisión del Manual de Toma de muestras. Aplicando la filosofía de Marcuse se diseñó un vídeo con el programa informático PowToon titulado "10 pasos para una correcta toma de muestras en Microbiología" que incide en la óptima toma de la muestra, recalando la importancia de los datos demográficos y los contenedores adecuados, con la finalidad de difundirlo tanto en A. Primaria como en Especializada. También facilita información sobre el acceso a la consulta del manual

#### CONCLUSIONES

Es importante analizar las incidencias del proceso de preanalítica para que se puedan diseñar acciones de mejora.

Es imprescindible la reflexión sobre la forma de comunicarse con nuestros clientes intermedios.

La aplicación de nuevas tecnologías puede ser una alternativa a los manuales tradicionales

## XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 3

Nº Reg. 300

### TÍTULO. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE NUTRICIONES ENTERALES EN RESIDENTES DE CENTROS SOCIOSANITARIOS VINCULADOS A UN Sº DE FARMACIA

Autores: FERNANDEZ ALONSO E, ALLENDE BANDRES MA, LANZA SALCINES Y, ALCACERA LOPEZ MA, SALVADOR GOMEZ T, GAMARRA CALVO S, CUMBRAOS SANCHEZ MJ

FERNANDEZ ALONSO EDGAR . H CLINICO UNIVERSITARIO . FARMACIA HOSPITALARIA (FH)

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La dispensación de nutrición enteral (NE) a pacientes institucionalizados se realiza desde los servicios de Farmacia del área de salud. El Farmacéutico hospitalario proporciona la atención farmacéutica necesaria respecto a NE, suponiendo a su vez un ahorro. El objetivo es identificar y analizar la indicación de NE, así como cuantificar el impacto económico desde el inicio de su dispensación desde el hospital

#### METODOLOGÍA

Estudio observacional y multicéntrico de pacientes de centros sociosanitarios en tratamiento con NE dispensada desde el servicio de Farmacia. Variables analizadas: edad, sexo, patología motivo de prescripción, estado nutricional, tipo de fórmula, uso como suplemento o dieta completa y vía de administración. Se calcularon las diferencias de costes según su dispensación en oficina de farmacia u hospital, y teniendo en cuenta la comodidad para los pacientes del transporte de NE desde el hospital

#### RESULTADOS

De 371 residentes de 4 centros, el 8%(30) recibían NE. La media de edad fue 82, y un 66,6%(20) eran mujeres. La patología motivo de prescripción más frecuente fueron los trastornos neurológicos degenerativos en el 60%(18), seguido de accidentes cerebrovasculares en un 26,6%(8), y otros en un 13,3%(4). Respecto al estado nutricional, un 40%(12) presentaban malnutrición leve, y un 20%(6) severa. El tipo de fórmula mayoritaria fue normoproteica hipercalórica con fibra en un 36,6%(11), seguido de hiperproteica hipercalórica con fibra en un 16,6%(5), hiperproteica hipercalórica en un 13,3%(4), normoproteica normocalórica con fibra en 10%(3), hiperproteica normocalórica para síndromes hiperglucémicos en un 10%(3), y otros en un 13,3%(4). En el 63,3%(19), fue suplementaria al aporte nutricional, y en el resto con un 36,6%(11) como dieta completa. Por último, respecto a la vía de administración, en el 63,33%(19) era vía oral, mientras que en el 23,33%(7) por sonda de gastrostomía percutánea (PEG) y en el 13,33%(4) por sonda nasogástrica. El impacto económico hubiera sido 162.526€ desde la oficina de farmacia. En cambio, la dispensación desde la farmacia hospitalaria ha supuesto un impacto de 50.471€, con un ahorro de 112.055€ y una media de 3.735€ por paciente

#### CONCLUSIONES

La NE más usada es normoproteica hipercalórica con fibra como suplemento oral. La patología motivo de prescripción más frecuente fueron las alteraciones neurológicas degenerativas. La dispensación de NE a pacientes institucionalizados desde la Farmacia Hospitalaria supone un incremento en la carga asistencial en beneficio del sistema sanitario y de los pacientes

## XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 3

Nº Reg. 571

### TÍTULO. ANÁLISIS DE LAS INCIDENCIAS REGISTRADAS EN EL ÁREA DE ENSAYOS CLÍNICOS DEL SERVICIO DE FARMACIA DEL HUMS 2014 – 2015

Autores: GASSO SANCHEZ A, HUARTE R, BERNABE S, COMET M, CASTIELLA M, PALOMO P, LARRODE I, OLIER P

GASSO SANCHEZ AMALIA . H MIGUEL SERVET . FARMACIA HOSPITALARIA (FH)

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Evaluar las incidencias registradas por el Servicio de Farmacia (SF) en la gestión de los Ensayos clínicos (EC) para determinar las acciones correctivas, preventivas y de mejora más adecuadas

#### METODOLOGÍA

Análisis descriptivo de los datos recogidos en el sistema de registro de incidencias (I) que recoge: notificador, fecha, EC y Servicio Clínico responsable, profesional implicado, fase del proceso, descripción, intervención y si afecta al paciente. Análisis estadístico mediante SPSS 15 según servicio, fase del proceso y profesional implicado y se estudiaron las causas más frecuentes

#### RESULTADOS

Se registraron 245 I (142/225 EC activos en 2015 y 103/221 EC activos en 2014). Las I ocurrieron principalmente en la prescripción (44,3%), recepción (15,9%), registro (12,6%) y dispensación (10,2%). Esto supone un (2,25%) del total de prescripciones (n=4834) y (0,27%) del total de dispensaciones (n=9013). En la comparación entre 2014 y 2015, aumentan las I de prescripción 51,4 % en 2015 vs 35,6 % en 2014 y disminuyen las de recepción 25 % en 2014 vs 8,5% en 2015. Por servicios oncología (60,2%), medicina interna (13%), nefrología (9,8%) y oftalmología (6,5%), y por profesionales el prescriptor (41,9%) y el farmacéutico (29,3%). Las causas más comunes en la prescripción fueron: prescripción incompleta o errónea (29.35%), no utilizar el modelo específico de solicitud de medicamento (21.1%), error en la dosis (11%), omitir el nombre del paciente (10,09%), o no identificar al paciente como perteneciente a EC (8.25%). En la recepción, registro erróneo (23.07%), por igual error en la dirección/nombre del destinatario o parte del envío se queda sin sacar ni entregar o error en el almacenaje/recepción de muestras con caducidades próximas (10,25%). Dispensación por no ajuste al protocolo (44%/11 de 25) y otros errores de dispensación (36%/9 de 25)

#### CONCLUSIONES

El conocimiento de las I es fundamental para establecer medidas correctoras que permitan la mejora en la gestión de los EC. De este análisis, se entiende que las primeras medidas que se debieran aplicar, son la comunicación y notificación inmediata al que procede, y el análisis conjunto de posibles medidas correctoras. El mayor porcentaje de I por servicio está en relación directa con el número de EC que realizan. En cuanto a las I del SF, se insiste en la necesaria formación del personal implicado dadas las características diferenciales de esta área. Hay que considerar la creciente complejidad en la gestión de los nuevos EC y el aumento de la actividad asistencial, lo que puede obstaculizar el proceso de mejora

## XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 3

Nº Reg. 609

### TÍTULO. ANÁLISIS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN DIRECTIVOS Y GESTORES

Autores: GIMENEZ JULVEZ T, AIBAR REMON C, GUTIERREZ CIA I, HERNANDEZ GARCIA I

GIMENEZ JULVEZ TERESA . H MIGUEL SERVET . MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Diversos estudios han identificado una falta de compromiso y liderazgo en materia de seguridad del paciente (SP) en directivos y gestores. Pese a ser un grupo reducido en cuanto a número, representan un estamento muy significativo por la importancia de sus decisiones ya que afectan tanto a planes presentes como de medio y largo plazo. Esta investigación se realizó con los objetivos de analizar la cultura de seguridad del paciente (CSP) en directivos y gestores, así como evaluar la validez de un cuestionario elaborado a tal efecto.

#### METODOLOGÍA

Estudio transversal llevado a cabo en abril y mayo 2011 en personal directivo y de gestión del Servicio Aragonés de Salud (SALUD). Para recoger la información se diseñó un cuestionario ad hoc formado por 85 ítems. Se validaron los resultados del cuestionario mediante análisis factorial y el alfa de Cronbach. Las respuestas se recodificaron para su análisis en tres categorías (negativo, en transición/neutra y positivo). Para analizar las diferencias se utilizaron la prueba chi-cuadrado o el test exacto de Fisher. El nivel de significación estadística considerado fue p-valor < 0,05.

#### RESULTADOS

El análisis psicométrico de los resultados ha sido satisfactorio (KMO=0,75 y alfa de Cronbach 0,608 y 0,917). La CSP entre gestores del SALUD puede considerarse adecuada y similar a la de otros colectivos profesionales. El perfil de directivo muestra profesionales sanitarios médicos de atención especializada, con experiencia profesional en el SALUD de más de 11 años, pero con poca antigüedad en su cargo de directivo (3 a 6 años). Destacan como aspectos positivos las actitudes directivas frente a la SP, mientras que existe una percepción negativa de la participación de los pacientes, compromiso de la organización, existencia de mecanismos de respuesta inmediata para informar al paciente y familiares ante eventos adversos (EA) graves, inexistencia de asesoría a profesionales que sufren un EA y la no utilización de técnicas de simulación que mejoren la comunicación en entornos de alto riesgo.

#### CONCLUSIONES

La evaluación de la CSP de directivos permite identificar aspectos clave como la capacidad de liderazgo y su conocimiento de las líneas de actuación en prácticas seguras necesario para lograr un despliegue de la estrategia de SP en la organización que dirigen. El cuestionario diseñado ha demostrado ser un buen instrumento de medida de CSP entre directivos y gestores.



## XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 3

Nº Reg. 494

### TÍTULO. PROYECTO DE PREVENCIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES DE DELICIAS

Autores: JAVIERRE MIRANDA E, AGUIRRE ABADIA N, ANTOÑANZAS SERRANO A, JAQUES CARNICER D, LARIO PEREZ S, MARTINEZ TORRES J, MURCIANO MARQUES P, VERA JIMENEZ I

JAVIERRE MIRANDA ELENA . CS DELICIAS SUR . PEDIATRIA

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Conocer la situación actual de los y las adolescentes de un centro de educación secundaria en relación a la igualdad y la exposición a la violencia de género.

- Facilitar intervenciones dirigidas a promover la igualdad y a prevenir la violencia de género en el medio educativo y sanitario a través de proyectos de promoción de salud.

#### METODOLOGÍA

Creación de un equipo de trabajo integrado por 11 profesionales de diversos ámbitos (Trabajo Social:3; Pediatría:2; Enfermería:1; MIR Medicina Familiar y Comunitaria:1; Estudiantes de Medicina:4) que mediante reuniones periódicas desde Noviembre 2015 hasta Junio 2016 hemos desarrollado un trabajo grupal en varias fases:

- 1: Documentación y conocimiento del tema objeto de estudio.
- 2: Puesta en común con profesorado de Educación Secundaria, Policía Nacional (Servicio de Atención a la Familia); Doctora en Sociología.
- 3: Elaboración de cuestionario para explorar conocimientos sobre violencia de género y detectar conductas violentas o de desigualdad en adolescentes de Delicias.
- 4: Realización del cuestionario en dos grupos control con el fin de valorar la correcta comprensión del lenguaje utilizado y las cuestiones planteadas.
- 5: Realización individualizada del cuestionario en el centro escolar en primer ciclo de secundaria.
- 6: Recogida de datos y análisis de resultados.
- 7: Planificación de la intervención.

#### RESULTADOS

Nuestro proyecto es una iniciativa del Centro de Salud Delicias Sur y la Asociación de Vecinos de Delicias "Manuel Viola" que surge de la preocupación compartida por el agravamiento de las situaciones de desigualdad y violencia de género en adolescentes, cuya finalidad es la intervención interdisciplinar para promover la igualdad y prevenir la violencia de género en el medio educativo y sanitario a través de proyectos de promoción de salud.

En una primera fase planteamos detectar situaciones de desigualdad y violencia de género y su percepción en población adolescente.

Posteriormente, plantear un plan de intervención interdisciplinar para la prevención y promoción de salud en el ámbito escolar, sanitario y social.

#### CONCLUSIONES

Los Centros de Educación Secundaria constituyen un espacio privilegiado para llevar a cabo estudios de detección y prevención de violencia y/o desigualdad por razón de género dado que es en esta etapa cuando la población adolescente se inicia en las relaciones afectivo sexuales. De ahí la importancia de trabajar con este grupo de edad para educar en igualdad, fomentar las relaciones afectivas saludables y prevenir la violencia de género.

## XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 3

Nº Reg. 177

### TÍTULO. INTEGRACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN ONCOLOGÍA

*Autores: LAUROBA ALAGON P, CEBOLLERO DE MIGUEL A, TORRUBIA ATIENZA MP, PEREZ ROSEL J, MORENO MATEO R, GARGALLO RANDO S, ANDREU GRACIA S, GARCIA MOYANO L*

*LAUROBA ALAGON PILAR. ESAD ZARAGOZA 2. ESAD*

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Describir el nuevo modelo organizativo de la unidad de cuidados paliativos del sector II de Zaragoza desde Mayo 2015 tras la integración de un oncólogo médico en plantilla, y su impacto en la calidad asistencial.

#### METODOLOGÍA

Se ha ampliado el horario de las visitas a domicilio, con equipos de mañana y tarde, además de atención telefónica continuada de 08:00 a 20:00 de lunes a viernes. Se realiza una reunión interdisciplinar una vez a la semana con la participación de médicos de familia de las unidades de cuidados paliativos del sector I y II, oncólogos de consulta y de planta, y en la cual se comentan todos los nuevos pacientes oncológicos vistos la semana anterior. Existen además dos "enlaces" entre la planta de oncología y la unidad de cuidados paliativos (oncóloga y enfermera) que visitan a los pacientes ingresados que van a ser incluidos en programa antes de ser dados de alta.

#### RESULTADOS

Ha aumentado la derivación a la unidad de cuidados paliativos de pacientes oncológicos en fase terminal. Se ha reducido la demora entre fecha de remisión y primera visita, con una media de 2 días. También se han reducido las visitas a Urgencias y los ingresos en la planta de Oncología, con una media de visitas a Urgencias de 1 (rango de 0 a 5) y un número medio de ingresos de 0 (rango de 0 a 3).

#### CONCLUSIONES

Según la Organización Mundial de la Salud, en 2020 habrá 20 millones de casos de cáncer y 12 millones de fallecidos por esta enfermedad. Es por ello fundamental una atención integral al paciente oncológico, con la participación de todos los profesionales sanitarios implicados, que cubra todas las fases de la enfermedad; desde la prevención y diagnóstico hasta los cuidados paliativos en fase avanzada y manejo del final de la vida, para conseguir un impacto en la calidad asistencial.



## XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 3

Nº Reg. 256

### TÍTULO. ESTRATEGIA DE MEJORA DE CALIDAD EN ESCUELA DE ESPALDA EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autores: MARTINEZ GONZALEZ A, VILLARREAL SALCEDO I, MORENO DIAZ J, GARCIA ALVAREZ E, AZUARA LAGUIA JL

MARTINEZ GONZALEZ ANA . H CLINICO UNIVERSITARIO . MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La Escuela de Espalda (EE), es un método de enseñanza de ejercicios y actividades para la prevención de recaídas de dolor lumbar y aprendizaje del manejo del dolor crónico. El objetivo de este trabajo es realizar una mejora en la información aportada al paciente y evaluar la satisfacción y adherencia al tratamiento de EE. Analizaremos la mejoría clínica y funcional de los pacientes incluidos en tratamiento

#### METODOLOGÍA

Como mejora de la información, se ha realizado un tríptico informativo que se entrega a todos los pacientes que van a realizar EE. Además, se ha cambiado el formato de presentación del contenido teórico del mismo.

Se ha seleccionado una muestra inicial de 151 pacientes que cumplían los criterios de inclusión. A todos los pacientes se les realizó una anamnesis y exploración física inicial, valoración de la intensidad del dolor mediante la Escala Visual Analógica (EVA) y discapacidad con la escala Oswestry. Estos pacientes, fueron aleatorizados en grupos (casos-controles). En ambos grupos se vuelve a repetir las mediciones a los dos meses.

Todos los pacientes que finalizaron el tratamiento cumplieron una encuesta de satisfacción y adherencia al tratamiento en la revisión habitual

#### RESULTADOS

Se ha utilizado el programa estadístico SPSS versión 20.0. La muestra final se distribuye entre grupo control, integrado por 53 personas (47,7%) y un grupo tratamiento con 58 personas (52,3%). LA edad media global es de  $49,75 \pm 12,89$  años.

La EVA en el grupo control fue de 47 inicial, 40,7 final con un porcentaje de mejoría de 13,2%. En el grupo tratamiento la EVA fue de 46 inicial, 20,9 final con una reducción del dolor del 54,56%  $p < 0,05$ .

El Oswestry en el grupo control fue de 29,82 inicial y final de 25,17 siendo la reducción del 15,59%. En el grupo tratamiento el Oswestry inicial es 27,83 y el final es de 15,18 con una reducción del 45,45% con una  $p < 0,05$ .

Todos los pacientes dieron puntuaciones mayores o iguales a 7 al valorar el contenido teórico-práctico, profesorado, instalaciones y medios y los conocimientos adquiridos.

El 76,9% de los pacientes considera la EE necesaria y el 86,7% la recomendaría a otras personas con lumbalgia. EL 80,8% son capaces de controlar su dolor lumbar para realizar sus AVD y su actividad laboral

#### CONCLUSIONES

Dado los resultados obtenidos, consideramos que la EE disminuye el dolor, mejora el estado clínico y funcional de los pacientes y la adherencia al mismo es adecuada. Así mismo, los pacientes puntúan de manera satisfactoria el contenido del mismo

## XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 3

Nº Reg. 437

### TÍTULO. ANÁLISIS DE CUATRO AÑOS DEL FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN EN HEMATOLOGÍA EN EL HCU LOZANO BLESA

Autores: MARTINEZ LAZARO B, ALONSO C, IZUZQUIZA M, CALLEN L, MAYOR LA, DOURDIL MV, GAVIN O, PALOMERA L

MARTINEZ LAZARO BEATRIZ . H CLINICO UNIVERSITARIO . HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La demanda de consulta de atención especializada (AE) de Hematología de primer día estaba aumentando, con un empeoramiento de la demora media prospectiva. Con el objeto de mejorar la gestión e índices de funcionamiento de esta consulta, en Febrero de 2011 se implantó una consulta de acto único de alta resolución en Hematología (CHAR).

#### METODOLOGÍA

Presentamos los datos de cuatro años de funcionamiento así como la mejora de la relación con Atención Primaria (AP). Se realizan revisiones semanales de todas las peticiones de consulta y se dividen en aquellas que requieren valoración presencial y en no presenciales. Consultas no presenciales: valorado el grado de complejidad, se consultan resultados analíticos en el archivo histórico de manera única ó ampliando algún tipo de estudio; emitiendo un informe, sin necesidad de que el paciente acuda a la consulta. Se han valorado cuatro años de funcionamiento de la CHAR.

#### RESULTADOS

Por este procedimiento se ha atendido a 5816 pacientes. 70,6% procedentes de AP y 29,4% de AE. Se ha citado en consulta presencial al 28,8% y por la CHAR hemos atendido un 71,2% del total de pacientes. De éstos, un 72% se han resuelto en un acto único no presencial y a un 28% se les ha solicitado algún tipo de prueba complementaria adicional quedando citados de forma presencial para valoración definitiva. Un 30,5% de estos pacientes fueron dados de alta. Esto supone que 3338 pacientes (57,4%) se han solucionado por este procedimiento. Las patologías que con más frecuencia se han enviado a consulta son: alteraciones de la hemostasia (18,5%), sobrecarga férrica (13,3%), trombocitopenias (9,4%), gammapatías monoclonales de significado incierto (GMSI) (7,2%), poliglobulias (6,5%) y anemias (12,8%). La demora media prospectiva ha descendido a 4,8 días en 2014 y la ratio sucesivas/primeras visitas 3,1 en cuatro años de implantación. Se ha mejorado la relación con AP, implantando protocolos de derivación de anemias carenciales y en un futuro inmediato de sobrecarga férrica y GMSI. Se estima que se ha ahorrado en cuatro años 1.011.979 aplicando tarifas del SALUD y 825.032 con tarifas de Osakidetza.

#### CONCLUSIONES

: Con la implantación de la CHAR, se han evitado consultas, duplicación de pruebas complementarias y desplazamientos innecesarios, obteniendo un importante ahorro y mejora de la calidad asistencial. Se ha objetivado rapidez de respuestas con 100% de informes enviados. Se ha mejorado la relación con AP y se está avanzando con la puesta en marcha próximamente de una CHAR informática on-line.

## XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 3

Nº Reg. 468

### TÍTULO. ADECUACIÓN DE LA TROMBOPROFILAXIS EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO

Autores: RUBIO SANCHEZ P, MOZOTA DUARTE J, GONZALVO LIARTE C, CASCAN HERREROS MP

RUBIO SANCHEZ PATRICIA . H CLINICO UNIVERSITARIO . UNIDAD DE CALIDAD

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Identificar la adecuación de la profilaxis de enfermedad tromboembólica (ETE) en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Además, evaluar el manejo perioperatorio del tratamiento anticoagulante y antiagregante.

#### METODOLOGÍA

Se revisaron 113 historias clínicas de pacientes sometidos a cirugía con ingreso en los servicios de Cirugía General y Aparato Digestivo, Cirugía Ortopédica y Traumatología y Ginecología en el año 2015. Para valorar la necesidad de profilaxis se evaluó el riesgo trombotico de cada paciente según la escala Caprini y el riesgo hemorrágico según el tipo de cirugía. Se siguieron las recomendaciones de la guía American College of Chest Physicians (9th ed). Se consideraron criterios de adecuación la indicación de medidas mecánicas y HBPM, momento de inicio de HBPM, dosis utilizada y duración, así como la recomendación de movilización precoz tanto en el postoperatorio como al alta hospitalaria. Se evaluó la adecuación del manejo perioperatorio del tratamiento anticoagulante y antiagregante siguiendo el protocolo del Hospital Clínico.

#### RESULTADOS

La utilización de profilaxis mecánica fue adecuada en el 31,86%(23,27; 40,45) de los casos. La indicación de profilaxis con HBPM fue correcta en el 67,26%(58,60; 75,91) de los casos, inadecuada por defecto en un 30,09%(21,63; 38,55) de los pacientes y en un 2,65% por exceso; las dosis utilizadas fueron adecuadas en el 88,41%(80,85; 95,96) y la duración en el 38,71%(26,59; 50,83), siendo ésta insuficiente en el 33,87%(22,09; 45,65) de los casos. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los servicios quirúrgicos. El inicio de movilización precoz postoperatorio se indicó en las primeras 24 horas en un 20,35% de los pacientes y al alta en un 50,86%. Respecto a los pacientes en tratamiento con acenocumarol, todos ellos realizaron terapia puente pero en ningún caso se llevó a cabo correctamente. En el 81,25% de los pacientes en tratamiento antiagregante se hizo un correcto manejo previo a la cirugía pero sólo en el 18,75% se reinició correctamente tras la intervención.

#### CONCLUSIONES

Según los datos encontrados, son factores a mejorar la indicación de medidas mecánicas, la indicación de profilaxis con HBPM, la duración de la profilaxis, así como su registro en el informe de alta, una movilización más precoz tras la cirugía así como su recomendación al alta hospitalaria, y el manejo perioperatorio del tratamiento anticoagulante y antiagregante, con especial atención al reinicio postquirúrgico del mismo.

## XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 3

Nº Reg. 125

### TÍTULO. LA COMISIÓN DE TRIAJE, GARANTE DE CALIDAD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

*Autores: SANMARTIN ALLUE H, GRACIA FEDERIO F, BOSQUE MORENO A I, GARCIA SERRANO C, PLANA FERNANDEZ B, PES LAGUNA MM, FRAGUAS OLIVA JL, MUNUERA BARAHONA M C*

*SANMARTIN ALLUE HECTOR . H MIGUEL SERVET . URGENCIAS*

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La Comisión de Triaje es una comisión clínica necesaria en todo centro que tiene implantado un triaje estructurado. Debe de estar formada por los profesionales jerárquicamente responsables del Servicio de Urgencias (SU) y por profesionales senior del mismo, tanto médicos como enfermeras y contar con el respaldo de los cargos directivos del centro. Superada su función inicial en el plan de implantación del triaje estructurado, debe de hacer la evaluación de la calidad del proceso de triaje.

En el Hospital Miguel Servet la Comisión se abandonó tras la implantación inicial, quedando 10 años sin la necesaria monitorización de este proceso fundamental en la atención en urgencias.

Entre las líneas de mejora del SU del año 2015 figuraba el retomar su andadura como Grupo de mejora adscrito a la Comisión de Calidad del SU, con una finalidad asesora y evaluadora, pero sin poder ejecutivo. La composición del grupo es de 6 enfermeras (uno de los cuales es el responsable del grupo) y 4 médicos.

Cabe recordar que el triaje es el único proceso por el que pasan todos los pacientes que acuden a un SU y que es ejecutado y liderado por enfermería.

#### METODOLOGÍA

Como medio para conseguir estos objetivos, se desarrollaron las siguientes actividades:

- ? Delimitación de los requisitos que debe de cumplir una enfermera para realizar triaje en el SU.
- ? Estudio de la huella digital del SU, desglosada por áreas de asistencia y motivos de consulta.
- ? Instauración de un programa de formación continuada para el personal ya formado en triaje (aceptado dentro del Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Salud 2015).
- ? Implantación de la reevaluación de pacientes ya triados a la espera de iniciarse la asistencia.
- ? Implantación de protocolos de triaje avanzado.

#### RESULTADOS

Hasta la realización del programa de formación continuada y la puesta en marcha del protocolo de reevaluación de manera completa, se produjo una disminución de los niveles II y III en un 10% que se desplazaron hacia a los niveles IV-V, sin ocasionar ningún problema de seguridad clínica añadido.

Tras la realización de estas dos actividades de forma simultánea en Mayo de 2016, es esperable un cambio todavía mayor.

#### CONCLUSIONES

El proceso de triaje requiere una monitorización continua para poder advertir desviaciones de lo esperado y poder comunicar los resultados obtenidos al personal, como medio de mejora continua en este proceso.

El abandono de la Comisión de triaje durante 10 años supuso una desviación en la huella digital esperable que paso inadvertida entre el personal del SU.