

# XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

## Mesa 5 \* 13J-18:00 h.

Reg	Presentador/a	Título de la Comunicación
311	ARAGON SANZ MARIA ANGELES	PLAN DE MEJORA PARA LA COORDINACIÓN PRIMARIA-ESPECIALIZADA EN EL CRIBADO DEL CANCER DE UTERO EN BARBASTRO 2005-2012
289	BARTOLOME MORENO CRUZ	PRUEBA ECOE EN UNA UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA DE FAMILIA COMO PASO PREVIO PARA DISEÑAR ITINERARIO FORMATIVO
167	FATAHI BANDPEY MARIA LUIZA	MEJORA EN LA APLICACIÓN DE MEDIDAS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN RADIOGRAFÍAS DE TÓRAX Y ABDOMEN EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA
59	GONZALEZ CANTALEJO MAR	PROCESO DE OBTENCION DE LA CERTIFICACION DE CALIDAD PARA LA BIBLIOTECA MEDICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET SEGUN LA NORMA ISO 9001
157	GONZALEZ IGLESIAS CARLOS	NUTRICIÓN ARTIFICIAL DURANTE EL INGRESO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (U.C.I.) ¿SE PUEDE MEJORAR?
228	GONZALEZ IGLESIAS CARLOS	OCTOGENARIOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (U.C.I.): UNA REALIDAD SOCIOSANITARIA
404	LAHOZA PEREZ MARIA DEL CARMEN	PRESCRIPCIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA ATENDIDOS EN URGENCIAS
261	LLORENS SANCHO ISABEL	NECESIDADES EN LOS LARGOS SUPERVIVIENTES ONCOLÓGICOS DEL SECTOR BARBASTRO
96	NAVARRO GISTAU CRISTINA	¿NOS AUTOEVALUAMOS?: PERCEPCION DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS SOBRE LA HIGIENE DE MANOS
211	REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL	ANÁLISIS DE LAS DISCREPANCIAS ENCONTRADAS EN EL REGISTRO DE LA MEDICACIÓN DOMICILIARIA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS
125	REQUENO JARABO MARIA NURIA	TALLER DE RCP BÁSICA DIRIGIDO A ALUMNOS DE 4º DE ESO IES JERÓNIMO ZURITA DE ZARAGOZA
340	SANTA EULALIA GONZALVO CARMEN	ACTUALIZACIÓN DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN GRUPO A MUJERES EN CLIMATERIO EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR SUR
374	URDAZ HERNANDEZ MARTHA	OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DEL D DIMERO EN URGENCIAS ¿USO O ABUSO?

## XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 5

Nº Reg. 311

### TÍTULO. PLAN DE MEJORA PARA LA COORDINACIÓN PRIMARIA-ESPECIALIZADA EN EL CRIBADO DEL CÁNCER DE UTERO EN BARBASTRO 2005-2012

*Autores: ARAGON SANZ MA, ROJAS PEREZ EZQUERRA B, ONCINS TORRES R, VALLES GALLEGO V, GUARDIA L, CLEMENTE ROLDAN E, MILLANES GALLINAT P, CALDERERO ARAGON V*

ARAGON SANZ MARIA ANGELES . H BARBASTRO . GINECOLOGIA

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Disminuir la mortalidad por cáncer de cérvix.  
Aumentar la cobertura poblacional.  
Reforzar criterios entre Niveles Asistenciales.  
Potenciar la función de Atención Primaria en el Cribado de cervix  
Evitar repetición innecesaria de citologías.  
Incrementar la detección de lesiones.

#### METODOLOGÍA

Reuniones de los Servicios Implicados.  
Elaboración de un Protocolo conjunto Primaria-Especializada.  
Elaboración de un tríptico informativo sobre Diagnostico Precoz de cáncer de cérvix.  
Sesiones informativas en el Hospital y Centros de Salud del Sector.  
Charlas informativas a las mujeres.  
Monitorización de todas las citologías realizadas desde 1989 hasta 2012, cobertura poblacional, lesiones diagnosticadas, test HPV; consultas evitadas de especialistas.

#### RESULTADOS

##### RESULTADOS 2012.

Se han realizado 1422 citologías menos.  
El porcentaje de citologías realizadas por A.P es del 83,55%.  
En ginecología se han realizado 2863 citologías menos. Evitando 5726 consultas.  
La cobertura poblacional se ha incrementado un 13%. A pesar de hacer 1422 citologías menos.  
Se ha multiplicado por 5 el número de lesiones detectadas, pasando de 9 en 2005 a 45 en 2012.  
En 2011, hemos introducido en el cribado de cáncer de de cérvix, la detección del HPV y hemos duplicado el número de lesiones diagnosticadas, pasando de 18 a 40.  
Contabilizando el número de consultas evitadas por los especialistas y el incremento de los test HPV y el de las citologías de Primaria, se han ahorrado en 2012 unos 230.583.85€

#### CONCLUSIONES

Atención Primaria es la responsable del cribado en coordinación con especializada.  
Es imprescindible un Protocolo único entre los diferentes Niveles Asistenciales y transmitir mensajes idénticos a la población.  
La introducción del test HPV en el cribado de cáncer de cérvix aumenta la sensibilidad para el diagnostico de CIN+2; es costo eficiente y permite dar más seguridad a las pacientes con test negativos y alargar el intervalo de cribado a los 5 años.  
Incrementar la detección de lesiones pre invasivas supone tratar y evitar 40 cánceres invasivos al año, con el ahorro en vidas y en recursos sanitarios al evitar una enfermedad grave y mortal si se diagnostica en estadio invasor.

#### ACTIVIDADES PARA MEJORAR:

Cobertura: SMS y cita por carta desde SaludInforma. Captar mujeres con citología no registrada.  
Seguridad del paciente: Establecer circuitos de derivación para las lesiones detectadas.  
Utilización recursos: Disminución número de colposcopias.

## XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 5

Nº Reg. **289**

### TÍTULO. **PRUEBA ECOE EN UNA UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA DE FAMILIA COMO PASO PREVIO PARA DISEÑAR ITINERARIO FORMATIVO**

*Autores: BARTOLOME MORENO C, MELUS E, ALVAREZ T, PASCUAL M, ALVIRA U, MAGALLON R, MERINO JA, GARCIA I*

*BARTOLOME MORENO CRUZ . UNIDAD DOCENTE MF Y C Z I . UNIDAD DOCENTE MF Y C Z I*

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Integrar en los procesos de calidad de la Unidad Docente el desarrollo de la prueba de evaluación clínica objetiva estructurada (Ecoe).

#### METODOLOGÍA

Mayo 2012: Diseño estaciones y desarrollo proyecto.

Junio 2012: Comunicación con tutores y médicos de familia participantes.

Octubre 2012: Puesta en marcha.

Noviembre 2012-Febrero 2013: Evaluación, Monitorización, identificación y priorización de problemas, nombramientos responsables, análisis problemas.

Marzo 2013: Diseño segunda Ecoe tras reformular

Octubre 2013: Segunda Ecoe.

Noviembre 2013: nueva evaluación

#### RESULTADOS

Indicador organización: organización: Tutores: 100% 4 ó 5. Residentes: 83% dos ó tres. Identificación problemas y priorización: forma de presentar proyecto a los residentes. Responsable: EM. Tras análisis problema se diseña presentación.

Indicador objetivos: formulación y grado cumplimiento: Tutores: 100% 4 ó 5. Residentes: 83% dos. Identificación problemas y priorización: forma de presentar proyecto a los residentes. Responsable: EM. Tras análisis problema se incluye exposición en la presentación presencial.

Indicador contenidos: adecuación contenido e ítems Modelo American Board of Internal Medicine: 49% (22/45) de 4, 42% (19/45) de 5 y 9% (4/45) de 3. Tras identificación problemas y priorización: incorporación de la opinión de los residentes del curso anterior.

Responsable: CB. Diseño nueva Ecoe con casos propuestos por tutores y residentes.

Indicador materiales: recursos e instalaciones: Tutores: 100% 3, 4 ó 5. Residentes: 100% cuatro ó cinco. Identificación problemas y priorización: problemas en los recursos empleados: CB. Tras análisis problema se incluyen en el aula de simulación de habilidades clínicas de la Unidad Docente nuevos recursos para realizar fondo de ojo, exploración prostática, y simulador de ruidos (ya adquiridos).

Indicador valoración global: tutores: 100% 4 ó 5. Residentes: 50% uno, dos ó tres. Identificación problemas y priorización: forma de presentar proyecto a los residentes. Responsable: EM. Tras análisis problema se diseñan nuevos materiales.

#### CONCLUSIONES

Mejor valorada por tutores. Nuevos recursos materiales para la siguiente prueba. Cambio en el modo de diseñar los distintos escenarios incluyendo opiniones residentes y tutores.

## XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 5

Nº Reg. 167

### TÍTULO. MEJORA EN LA APLICACIÓN DE MEDIDAS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN RADIOGRAFÍAS DE TÓRAX Y ABDOMEN EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA

*Autores: FATAHI BANDPEY ML, MARTINEZ SANZ GM, ROIG SALGADO C, LENGHEL FO, SANTA EULALIA MAINEGRA E, JARA DIAZ AM, TRUCCO FE, FERNANDEZ BEDOYA KORON IU*

FATAHI BANDPEY MARIA LUIZA . H OBISPO POLANCO . RADIODIAGNOSTICO

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Reducir la dosis de radiación ionizante recibida por los pacientes en edad pediátrica (0-14 años), adecuando las indicaciones de solicitud de estudios radiológicos (radiografías de tórax y abdomen) y mejorando la calidad técnica de los estudios realizados.

#### METODOLOGÍA

En la primera fase se recogieron durante 3 meses los volantes de petición y se identificaron y registraron las deficiencias en la radioprotección y en la realización de los estudios. Se realizó una sesión informativa con el personal técnico de nuestro servicio. El indicador radiológico de calidad fue el porcentaje de estudios que cumplían los criterios de calidad en radioprotección.

Se recogieron los motivos de solicitud y se valoró la indicación de los estudios. Se realizaron reuniones con los servicios de urgencias y pediatría del hospital para implementación de protocolos de adecuación de la solicitud de los estudios. El indicador clínico de calidad fue el porcentaje de solicitudes que se adecuaban a la guía consensuada.

En la segunda fase se recogieron durante otros 3 meses los volantes de petición y se valoraron los mismos indicadores mencionados anteriormente.

#### RESULTADOS

Recogimos 97 radiografías en la primera fase, y 186 en la segunda fase.

Análisis porcentual comparativo de los fallos técnicos en la realización de los estudios. Colimación (primera fase: poca 57,7%, demasiada 2%; segunda fase: poca 21%, demasiada 0%). Técnica (desajustes de dosis kVs/mAs) (primera fase 4%; segunda fase 7,5%). Protector gonadal ausente/mal colocado (primera fase 3%; segunda fase 8,6%). Presencia de "cuerpos extraños" (pegatinas ECG, en ropa) (primera fase 3%; segunda fase 4,3%).

Encontramos mejoría en las peticiones de los servicios de urgencias y de pediatría del hospital, al disminuir las solicitudes de dos proyecciones de radiografías (tórax antero-posterior y lateral y abdomen simple y en bipedestación).

En muchas de las peticiones de radiografías en doble proyección se realizó solamente una: en el tórax, en 29 (74,4%) de los 39 casos, y en el abdomen, en 12 (92,3%) de los 13 estudios.

#### CONCLUSIONES

Se ha observado una importante mejoría en la colimación de las radiografías, y también al realizar una sola proyección aunque en los volantes de petición se solicitaban dos, con la consecuente reducción de la dosis de radiación recibida por los pacientes pediátricos. Ha habido un ligero empeoramiento en otros aspectos técnicos, probablemente en relación con el número de estudios, significativamente mayor en la segunda que en la primera fase.

## XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 5

Nº Reg. **59**

### TÍTULO. PROCESO DE OBTENCION DE LA CERTIFICACION DE CALIDAD PARA LA BIBLIOTECA MEDICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET SEGUN LA NORMA ISO 9001

*Autores: GONZALEZ CANTALEJO M, RUIZ BUDRIA L, SOPEÑA BIARGE T, VELA MARQUINA ML, OBON AZUARA B, REVILLA LOPEZ MC, AROLA BLANQUET A*

GONZALEZ CANTALEJO MAR . H MIGUEL SERVET . BIBLIOTECA

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Protocolizar las actividades, funciones y servicios de la Biblioteca.  
Conseguir la Certificación de calidad según la Norma ISO 9001.  
Aumentar la visibilidad de la Biblioteca

#### METODOLOGÍA

- 1 Toma de decisión de iniciar el proceso de certificación de calidad según la norma ISO 9001, Septiembre de 2012.
- 2 Designación del responsable de calidad del Servicio.
- 3 Constitución del Grupo de Mejora: potenciación del trabajo en equipo, atribución y secuenciación de tareas.
- 4 Estudio de los requisitos y metodología de la norma UNE EN ISO 9001 con la colaboración de la UCA.
- 5 Recuperación de la información ya disponible.
- 6 Elaboración del Mapa de procesos.
- 7 Desarrollo de los procesos y subprocesos.
- 8 Desarrollo de los registros de incidencias y no conformidades.
- 9 Sesiones periódicas de trabajo con la UCA.
- 10 Realización de la auditoría interna. Estudio del informe, aceptación/discusión de las sugerencias realizadas en el informe.
- 11 Revisión por la dirección.
- 12 Auditoría externa

#### RESULTADOS

Tras la auditoría externa, la evaluación es favorable con respecto al objetivo de conseguir la certificación.

#### CONCLUSIONES

El proceso para la obtención de la Certificación de Calidad supone:  
Una mejor incardinación del Servicio dentro de los objetivos estratégicos de la Institución.  
Aumentar la eficiencia del Servicio por la corrección de los errores detectados, la potenciación de las fortalezas existentes y el establecimiento de planes y acciones de mejora.  
Aumentar el valor añadido del Servicio.  
Potenciación del trabajo en equipo. Sustituir la jerarquía por el liderazgo.

## XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 5

Nº Reg. 157

### TÍTULO. NUTRICIÓN ARTIFICIAL DURANTE EL INGRESO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (U.C.I.) ¿SE PUEDE MEJORAR?

*Autores: GONZALEZ IGLESIAS C, SANAGUSTIN GARCES C, ALLUE FANTOVA N, GARCIA RONQUILLO JC, GONZALEZ CORTIJO J, PRADOS CHICA J, LOPEZ GONZALEZ I, MARTINEZ TRIVEZ P*

GONZALEZ IGLESIAS CARLOS . H BARBASTRO . UCI

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Una U.C.I nueva conlleva variabilidad al trabajar. La nutrición queda relegada a un segundo plano. Tras 6 meses de actividad asistencial, observamos disparidad en control nutricional, ajuste de requerimientos y administración de nutriciones. Disponemos de un sistema informático que calcula requerimientos nutricionales basándose en variables, da una sugerencia sobre la nutrición más adecuada, pero existe poca utilización del mismo por parte de los facultativos.

Planteamos un Plan de Mejora de Calidad relacionado con la nutrición.

Objetivos: detectar la situación actual, unificar criterios y actuaciones a través de protocolos, utilización de la herramienta informática disponible para mejorar la nutrición.

#### METODOLOGÍA

Estudio prospectivo observacional: 6 meses: Julio-Diciembre 2011 (3 pre y 3 postintervención). Muestra: Pacientes con nutrición artificial: enteral o parenteral. Recogida de datos: grafica enfermería, analíticas y programa informático nutricional.

Marcamos objetivos y confeccionamos indicadores relacionados con ellos:

##### 1. VALORAR ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES INGRESADOS.

Objetivo 2011: 80%

##### 2. CONOCER REQUERIMIENTOS ENERGÉTICOS EN FUNCIÓN DE SITUACIÓN CLÍNICA Y ESTADO NUTRICIONAL.

Objetivo 2011: 85%

##### 3. NUTRICIÓN PRECOZ

Objetivo 2011: 85%

##### 4. DETERMINACION DE GLICEMIAS Y PAUTA DE INSULINA

Objetivo 2011: 75%

Intervención de mejora: creación de protocolos, metodología y sistemática de aplicación, mejora en el manejo informático. A mitad de periodo se explican dando formación del programa informático y sistemática de recogida de muestras.

#### RESULTADOS

33 pacientes (20% de ingresados en ese periodo) reciben nutrición especial.

En la fase Preintervención 15 pacientes (19% del total de ingresos: 80). En ellos se realiza control nutricional al 46'6%, se introducen sus datos en el sistema informático nutricional del 26'6%. Al 73% se inicia la nutrición en < 48 h del ingreso. El 80% tiene controles de glicemias realizados y al 73'3% se le administra pauta de insulina

En la fase Postintervención 18 pacientes (22% del total de ingresos: 81). En ellos realiza control nutricional al 100%, se introducen sus datos en el sistema informático nutricional al 61%. Al 78% se inicia la nutrición en < 48 h del ingreso. El 100% tiene controles de glicemias realizados y al 94'4% se le administra pauta de insulina.

#### CONCLUSIONES

Objetivos y tareas dependientes del personal de enfermería se han mejorado completamente llegando al 100%. La parte dependiente del personal médico: cumplimiento más errático.

Aunque existe mejoría en todos los indicadores, en 2 de ellos no se ha conseguido superar el objetivo marcado.

En 2012 incidimos en los objetivos dependientes del personal médico con el fin de mejorar resultados, pues la nutrición es cosa de todo el personal.

## XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 5

Nº Reg. 228

### TÍTULO. OCTOGENARIOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (U.C.I.): UNA REALIDAD SOCIOSANITARIA

Autores: GONZALEZ IGLESIAS C, GARCIA RONQUILLO JC, PRADOS CHICA J, LOPRZ GONZALEZ I, GONZALEZ CORTIJO J, MARTINEZ TRIVEZ P

GONZALEZ IGLESIAS CARLOS . H BARBASTRO . UCI

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El medio rural está cada vez más envejecido, hay aumento progresivo de la esperanza y calidad de vida. Analizar la población octogenaria que ingresa en una UCI polivalente de un hospital comarcal. Ver su evolución durante y postUCI; supervivencia al alta de la unidad y hospitalaria.

#### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo de las historias de pacientes  $\geq 80$  años ingresados en la UCI desde su apertura (2011-2012). Análisis de índices de gravedad, antecedentes personales (AP), factores de riesgo, motivos de ingreso, altas y evolución posterior.

#### RESULTADOS

Ingresaron 615 pacientes, el 23,6 % (145 pacientes) eran  $\geq 80$  años. De ellos 52 (35,8%) mujeres y 93 (64,1%) hombres.

La edad media de la unidad fue: 67,7 (DE: 15,3; Rango: 14-94).

La distribución por grupos de edad en estos pacientes fue: 80-85 años: 99 pac (15,1%). 85-90 años: 42 pac (6,83%) y  $> 90$  años: 4 (0,65%). Los índices de gravedad al ingreso: APACHE II en  $\geq 80$  años: 17,2 (Rango: 6-44), SAPS II: 43,3 (Rango: 24-103); APACHE II en  $< 80$  años: 12,8 (Rango: 2-40), SAPS II: 34,2 (Rango: 6-96).

AP fueron: Hábito tabaco: Fumadores: 7,6%; Exfumadores: 21,5%; Riesgo cardiovascular: HTA: 66,2%; DM: 29,7%, Dislipemia: 32,4%, ACxFA crónica: 26,2%, Cardiopatía isquémica previa: 35 pac (24,1%). EPOC: 25 pac (17,2%)

Los motivos de ingreso más frecuentes fueron: IAM 60 pac (41,4%); Cirugía abdominal 24 pac (16,5%); BAVC 17 (11,7%); ACV 7 pac (4,8%); Shock séptico 7 pac (4,8%); Insuficiencia respiratoria 4 pac (2,8%) TEP 4 pac (2,8%)

La procedencia fue: Urgencias: 81 pac (56,2%), quirófano y reanimación posquirúrgica: 32 pac (22,2%). Plantas de hospitalización: 25 pacientes: especialidades médicas: 68%, especialidades quirúrgicas: 32%

La estancia media en la unidad fue: 4,7 días (DE: 6,69; Rango: 0-71). Del grupo estudiado: 3,9 días (DE 6,66)

La mortalidad global de la UCI ha sido: 49 pacientes (8%), de ellos 22 fueron octogenarios. La mortalidad intrahospitalaria postUCI del grupo fue: 18 pacientes: 9'75 % de los altados. La supervivencia a 6 meses tras alta hospitalaria: 72,41 %.

#### CONCLUSIONES

A pesar de la edad y factores de riesgo un gran número de octogenarios tiene una buena o muy buena calidad de vida. Esto hace que en nuestra UCI casi una cuarta parte de pacientes ingresados estén en este rango de edad.

En la decisión de ingreso de ellos hay que tener en cuenta además de la edad otros factores que van a influir en la evolución posterior: antecedentes previos, calidad de vida, patología actual y su reversibilidad, agresividad de las medidas a tomar... Con todo observamos una supervivencia elevada tanto de la UCI: 123 pac (85%) como del hospital: 105 (72'41%). La causa más frecuente de ingreso del grupo es la cardiopatía isquémica su mortalidad asociada es  $< 20\%$  frente al resto de las patologías cuya mortalidad es  $> 50\%$  Nos quedaría por analizar la calidad de vida y la funcionalidad de estos pacientes una vez dados de alta del hospital tras su paso por la UCI.

## XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 5

Nº Reg. 404

### TÍTULO. **PRESCRIPCIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA ATENDIDOS EN URGENCIAS**

*Autores: LAHOZA PEREZ MDC, GARCIA NOAIN JA, PUERTAS ERAUSO P, FALCON REIBAN MF, RIVAS JIMENEZ M, RUIZ FELIPE M, PEREZ TORRES FJ, TRIVEZ VALIENTE M*

LAHOZA PEREZ MARIA DEL CARMEN . H CLINICO UNIVERSITARIO . URGENCIAS / ATENCION PRIMARIA

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Analizar la correcta indicación del tratamiento con Inhibidores de la Bomba de Protones (IBPs), por vía oral o en perfusión continua endovenosa, antes y después de nuestra actuación médica, en los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta (HDA) no grave atendidos en nuestra Unidad.

#### METODOLOGÍA

Se han revisado los pacientes diagnosticados de HDA como primera posibilidad durante los primeros seis meses del año 2012. Las variables analizadas han sido: edad y sexo del paciente, nivel de prioridad asignado en el triaje, área de atención, factores de riesgo predisponentes, toma previa de IBP y su indicación, realización o no de fibrogastroscoopia en Urgencias, tratamiento con perfusión de IBP y su indicación, prescripción de IBP al alta y su indicación, y destino final del paciente. Para determinar la indicación se ha seguido el protocolo "Utilización racional de Inhibidores de la Bomba de Protones en el ámbito hospitalario" consensuado de forma multidisciplinar (Digestivo, Anestesia, Medicina Interna, Farmacia, Cirugía, UCI y Urgencias) de nuestro Hospital.

#### RESULTADOS

Se han recogido 197 episodios de HDA, lo que supuso el 0,33% del total de urgencias atendidas, con una demanda asistencial de 1,10 casos diarios. La edad media de los pacientes que tomaban IBP era 74 años con predominio del sexo femenino (57%). El 42% de los pacientes tomaba previamente un IBP, no estando indicado en el 44% de los casos; y por el contrario el 14% de los pacientes con indicación, no lo recibía. De los pacientes a los que se realizó fibrogastroscoopia urgente el 32% tomaba IBP, frente al 46% que no lo hacía ( $p=0,079$ ). Al analizar los factores de riesgo predisponentes, los pacientes recibían IBPs previamente en el 50% de los consumidores de AINEs ( $p=0,133$ ), el 80% de los que padecían ERGE ( $p=0,0002$ ), el 71% de los diagnosticados de hipertensión portal ( $p=0,0035$ ) y el 60% de los que habían tenido ulcus previo ( $p=0,0048$ ). El 30% de los pacientes recibió una perfusión endovenosa de IBP, estando indicado en un 25% por hallazgos endoscópicos de estigmas de alto riesgo. En el 72% de los casos se prescribió un IBP al alta, no estando indicado en el 8% de los casos; y por ende en un 14% de los pacientes en los que estaba indicado no se realizó tal prescripción.

#### CONCLUSIONES

Se detectan campos de mejora en la indicación de IBPs. Existe un uso extendido sin cumplirla, y lo que es más preocupante, una ausencia de prescripción cumpliéndola.



## XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 5

Nº Reg. 261

### TÍTULO. NECESIDADES EN LOS LARGOS SUPERVIVIENTES ONCOLÓGICOS DEL SECTOR BARBASTRO

Autores: LLORENS SANCHO I, BUETAS R, BOIRA F, FELICES R, MOROS L, DOMINGUEZ B, PUYUELO C

LLORENS SANCHO ISABEL . H BARBASTRO . HOSPITAL DE DIA

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Detectar/analizar necesidades de pacientes.
- Explorar efectividad del proceso asistencial.
- Valorar adherencia al tratamiento.
- Informar existencia de consulta de enfermería oncológica.

#### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes diagnosticados en sector Barbastro con cáncer colon-recto y mama, del 2.000 al 2008 (largos supervivientes):

- 1.- Elaboración encuesta telefónica según patrones funcionales M.Gordon.
- 2.- De la base de datos Accés de Servicio Oncología elaboración hoja Excel recopilando: edad actual, al diagnóstico, tipo tumor, estadio, tipo tratamiento.
- 3.- Población diana: 566 pacientes diagnosticados de Ca de colon-recto y 798 de Ca de mama desde 1 Enero 2.000; población de estudio: 302 en colon-recto y 611 en mama.
- 4.- Muestra: 164 de colon-recto, obteniendo 114 participantes y 322 de mama, 143 participantes (máx. 3 llamadas/paciente)
- 5.- Análisis de datos: SPSS 15.0

#### RESULTADOS

De 257 encuestados, media edad: 75 años en colon-recto; 68 en mama, con supervivencia media de 113 meses en colon-recto; 143 en mama.

Un 55,20% de los Ca de mama son diagnosticados en estadio I frente al 92% de Ca de colon-recto que son en estadio II-III. Pacientes con patología mamaria en estadio II-III demandan más necesidades no cubiertas (patrón percepción-mantenimiento de salud, 37,9%, y patrón actividad/ejercicio, 47,1%). Destacando buen afrontamiento en cambios imagen corporal (74, 3%) y mantenimiento círculo social (94,3%).

En pacientes con patología colon-recto destacar alteración hábitos eliminación (33,6%), no precisando consejos dietéticos un 97,3%.

En ambos grupos gran importancia de creencias espirituales para afrontamiento de enfermedad (62%).

Sin hallazgos significativos en: patrón reposo/sueño, sexualidad/reproducción y afrontamiento/tolerancia al estrés.

Buena adherencia al tratamiento hormonal (94,8%).

#### CONCLUSIONES

Al diagnóstico, mayor incidencia Ca colon-recto en estadio II-III frente a estadio I en mama.

Escaso uso ayuda/consejo enfermero para alteraciones de Patrones Funcionales secundarios a patología oncológica.

Detección errores administrativos (números erróneos, exitus no registrados...).

Desconocimiento consulta enfermería oncológica; creada posteriormente al final del tratamiento de pacientes incluidos en estudio (2.009).

## XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 5

Nº Reg. 96

### TÍTULO. ¿NOS AUTOEVALUAMOS?: PERCEPCION DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS SOBRE LA HIGIENE DE MANOS

*Autores:* NAVARRO GISTAU C, CLEMENTE OTEO G, DE LA FUENTE I, HERNANDEZ MA

NAVARRO GISTAU CRISTINA . MUTUA DE ACCIDENTES DE ZARAGOZA (MAZ) . MEDICINA PREVENTIVA

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Conocer la percepción de los profesionales sanitarios del Hospital MAZ de Zaragoza acerca de la Higiene de Manos usando el Cuestionario de percepción destinado a tal fin de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

#### METODOLOGÍA

Coincidiendo con el Día Mundial de Higiene de Manos se organizaron en el Hospital MAZ de Zaragoza unas Jornadas en el transcurso de las cuales con el fin de conocer la opinión de los profesionales sanitarios se repartieron por los distintos departamentos del Hospital el Cuestionario de percepción destinado a los profesionales sanitarios de la OMS. El reparto fue realizado personalmente dejando un periodo de 24 -48 horas para su posterior recogida. Se repartieron un total de 300 cuestionarios. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS v21.

#### RESULTADOS

Se recogieron un total de 122 encuestas. Por categoría profesional el 28,7% eran DUE, 21,3% auxiliares de enfermería, 26,9% médicos, 7,4% fisioterapeutas, 14,8% otros (técnicos, estudiantes de enfermería). El 85% reconocen haber recibido formación reglada los últimos 3 años y el 90% utilizar soluciones alcohólicas de manera habitual. Más del 50% opinan que las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria tienen una repercusión alta o muy alta y la eficacia de la higiene de manos en la prevención de las mismas es alta o muy alta en casi el 90%. En cuanto a la efectividad de las medidas el 62,5% los profesionales opinan que la existencia de un preparado de base alcohólica en cada punto de atención es muy efectivo. Más de la mitad de los profesionales opinan que su inmediato superior confiere importancia a la higiene de manos (puntuación = 5). Solamente un 15% reconoce que no le supone ningún o mínimo esfuerzo, no obstante la mayor parte de los profesionales reconoce realizar higiene de manos en las situaciones en las que esta indicada.

#### CONCLUSIONES

La opinión de los profesionales es importante a la hora de diseñar un programa de formación de Higiene de Manos. Las soluciones alcohólicas en el punto de uso son facilitan la higiene de manos así como la implicación de la dirección del centro y del inmediato superior.

## XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 5

Nº Reg. **211**

### TÍTULO. **ANÁLISIS DE LAS DISCREPANCIAS ENCONTRADAS EN EL REGISTRO DE LA MEDICACIÓN DOMICILIARIA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS**

*Autores: REAL CAMPAÑA JM, PASCUAL O, DE LA LLAMA N, URIARTE M, CASAJUS P, VILLAR I, IDOIFE A, ABAD SAZATORNIL MR*  
*REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL . H MIGUEL SERVET . FARMACIA*

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Analizar la información sobre la medicación domiciliar registrada al ingreso en un Servicio de Urgencias de un hospital de tercer nivel. Analizar los factores que influyen en la aparición de las discrepancias

#### METODOLOGÍA

Estudio observacional prospectivo del 1-11-12 al 31-12-12, en el que se analizó la información farmacoterapéutica recogida en el servicio de Urgencias (SU). Se incluyeron todos los pacientes localizados en las salas de observación pendientes de ingreso hospitalario, en los días laborables. Se elaboró un listado con la medicación domiciliar del paciente antes del ingreso, y se valoraron las discrepancias no justificadas encontradas con la medicación recogida en el SU. Fuentes de datos: Base de datos de receta médica, atención primaria e informes de alta previos. Para valorar la relevancia, se utilizó la "Guía para la Conciliación en los servicios de Urgencias"

#### RESULTADOS

Se analizaron 371 pacientes, 52,9% hombres, edad media 68,6 años, de los cuales pendientes de ingreso el 64,9%, edad media 72,6 años. Los servicios de ingreso más frecuentes fueron: Medicina interna (36,1%), Cardiología (18,5%), Digestivo (16,4%) y Neumología (10,5%). Los pacientes conciliados llevaban una media de 24,14 ( $\pm 17$ )h. Se concilió la medicación del 95,4% de los pacientes susceptibles, encontrándose discrepancias en el 79,3%. La media de número de fármacos recogidos al ingreso y tras la conciliación fue de 6,3 y 6,2 respectivamente, encontrándose discrepancias en 571 fármacos. La media de error por paciente de los que presentaban discrepancias fue de 3,17. Las principales razones de discrepancias fueron omisión del medicamento (36,8%), comisión (27,5%) y prescripción incompleta (24,3%). En cuanto a relevancia, el 38,7% debía ser conciliado en las primeras 4h y el 43,3% en menos de 24h. Los grupos terapéuticos de los medicamentos afectados más frecuentes fueron el sistema nervioso (25,4%) sistema respiratorio (18,9%), sistema digestivo y metabolismo (18,6%) y sistema cardiovascular (11,9%), destacando de cada grupo los psicodélicos, medicamentos contra alteraciones obstructivas pulmonares, fármacos para alteraciones relacionadas con acidez y fármacos activos sobre el sistema renina angiotensina, respectivamente. El análisis multivariante determinó como única variable que influye en la aparición de discrepancias el consumo de más de 5 fármacos ( $p < 0,05$ )

#### CONCLUSIONES

La recogida de la información de la medicación domiciliar del paciente es el factor clave de la conciliación. La frecuencia de errores de conciliación es muy elevada y relevante

## XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 5

Nº Reg. 125

### TÍTULO. TALLER DE RCP BÁSICA DIRIGIDO A ALUMNOS DE 4º DE ESO IES JERÓNIMO ZURITA DE ZARAGOZA

*Autores: REQUENO JARABO MN, CORONAS MATEOS S, MARIN IZAGUERRI MP, VAL ESCO L, MARCO GRACIA M, ANTOÑANZAS LOMBARTE A*

REQUENO JARABO MARIA NURIA . CS DELICIAS SUR . MEDICINA DE FAMILIA

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Impartir en Educación Secundaria maniobras básicas de reanimación cardiopulmonar para que se puedan realizar inicialmente en caso de emergencia. Comprobar si la intervención ha mejorado los conocimientos de la población mediante la aplicación de tests validados antes y después del curso.

#### METODOLOGÍA

Realización de curso de reanimación cardiopulmonar (RCP) básica de 2'5 horas de duración en cada uno de los cuatro grupos de 4º de ESO del IES Jerónimo Zurita de Zaragoza, impartido por residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Los alumnos realizaban un test inicial sobre RCP con 10 preguntas con 3 opciones posibles cada una. Después, se expuso una presentación teórica con diapositivas durante 15 minutos, resolviendo las dudas que surgieron. Posteriormente se realizaron prácticas con dos maniqués de adulto, uno de lactante y otro de adolescente, junto con un DEA. Por último, los alumnos respondieron de nuevo al test inicial y se comentaron las respuestas.

#### RESULTADOS

Se han analizado 105 encuestas iniciales y 103 finales. La media de respuestas correctas en el test inicial fue de 5'17 sobre 10, mientras que en el test final fue de 6'88. Se ha analizado a nivel estadístico con la prueba T de Student-Fisher encontrando diferencias significativas entre ambos tests ( $t = -2'589$ ). La pregunta con mayor índice de aciertos en ambos tests fue "¿Qué es la parada cardiorrespiratoria?" (más del 95%). En las preguntas con menos índice de aciertos en el primer test se ha objetivado una clara mejoría tras realizar la intervención en los grupos. En la pregunta sobre cuál es la secuencia más apropiada para valorar una situación de emergencia se ha pasado de un índice de aciertos de un 15'24% a un 58'88%. En la pregunta sobre cuál es la relación correcta entre ventilación y masaje cardiaco en el adulto se ha pasado de un 23'81% a un 93'46% de aciertos. En cuanto a qué hay que hacer con una persona inconsciente pero que respira ha habido una mejoría del 60% al 81'31%.

#### CONCLUSIONES

El resultado de la intervención a nivel comunitario en institutos realizando cursos sobre RCP básica ha sido muy positivo ya que se ha objetivado que hay un claro aprendizaje teórico de estas técnicas por parte del alumnado. En nuestra opinión, la parte práctica de la actividad favorece la pérdida de miedo ante una situación similar, además de enseñar sobre el terreno cómo se debe actuar. Cabe destacar también los aspectos positivos de la parte comunitaria de nuestra especialidad.

## XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 5

Nº Reg. 340

### TÍTULO. **ACTUALIZACIÓN DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN GRUPO A MUJERES EN CLIMATERIO EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR SUR**

*Autores: SANTA EULALIA GONZALVO C, CEBOLLERO BUISAN P, ALVAREZ ROCHE MT, LOPEZ MARTINEZ SM, BARTOLOME MORENO CB*  
SANTA EULALIA GONZALVO CARMEN . CS ACTUR SUR . ATENCION PRIMARIA

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

1. Ampliar la intervención centrandolo el tema no sólo en el climaterio sino en la promoción de la salud y prevención en la mujer madura en general.
2. Alcanzar coberturas eficientes mejorando la captación en las consultas de enfermería y medicina y la información a los usuarios.
3. Mejorar la colaboración del equipo de atención primaria en la captación.
4. Ampliar los contenidos del programa en promoción de la salud y prevención del cáncer en la mujer de 45 a 65 años.
5. Mejora de hábitos (ejercicio, dieta, café, tabaco, manejo del estrés) en la mujer madura.

#### METODOLOGÍA

##### PLAN:

Incorporar metodología de calidad a los programas de educación para la salud:  
Grupos de educación para la salud en mujeres de 45-60 años.

##### INDICADORES:

Conseguir la captación en los grupos (12 mujeres)  
nº de mujeres captadas/ nº de mujeres previstas \*100  
Objetivo 100%

Conseguir la captación en los grupos (12 mujeres)  
Profesional que realiza la captación / nº total de profesionales \*100  
Objetivo 100%

Realizar un mínimo de 2 grupos al año  
nº de grupos realizados/ nº de grupos previstos \*100  
Objetivo 100%

Contenido de la intervención, número de temas : ejercicio, dieta, café, tabaco, manejo del estrés y sexualidad / respecto al total de temas \* 100  
Objetivo: 100%

Adherencia al grupo:  
nº de mujeres que asisten / nº de mujeres captadas \*100  
Objetivo 80%

Expectativas:  
nº de mujeres que consideran cubiertas las expectativas r/c el programa / nº de asistentes \*100  
Objetivo 60%

Cambio de hábitos:  
nº de mujeres que han realizado algún cambio de hábitos (ejercicio, dieta, café, tabaco, manejo del estrés, sexualidad) / nº de asistentes \* 100  
Objetivo 50%

#### MONITORIZACIÓN:

Se medirán los indicadores anteriores con una periodicidad semestral en relación a la realización de los grupos (antes de un mes después de la realización de la intervención)

#### IDENTIFICAR Y PRIORIZAR PROBLEMAS:

En función de los resultados de los indicadores, se priorizarán problemas mediante la espina de pescado de

## XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 5

Nº Reg. **340**

### TÍTULO. **ACTUALIZACIÓN DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN GRUPO A MUJERES EN**

*Autores:* SANTA EULALIA GONZALVO C, CEBOLLERO BUISAN P, ALVAREZ ROCHE MT, LOPEZ MARTINEZ SM, BARTOLOME MORENO CB  
SANTA EULALIA GONZALVO CARMEN · CS ACTUR SUR · ATENCION PRIMARIA

Ishikawa.

#### DEFINIR EL PROBLEMA:

Se actuará en aquel problema identificado como prioritario mediante la identificación de un responsable del mismo y la formulación de un plan de actuación.

#### RESULTADOS

Se analizarán los indicadores anteriores y se actuará en consecuencia según el ciclo de calidad.

#### CONCLUSIONES

## XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 5

Nº Reg. 374

### TÍTULO. OPTIMIZACIÓN DE LA SOLICITUD DEL D DIMERO EN URGENCIAS □ ¿USO O ABUSO?

*Autores: URDAZ HERNANDEZ M, MONTESA LOU C, CATALAN LADRON M, MUÑOZ JACOBO S, MUÑOZ CIFUENTES P, RODRIGO PEREZ MM, YAÑEZ RODRIGUEZ F, RECIO JIMENEZ E*

URDAZ HERNANDEZ MARTHA . H ERNEST LLUCH . URGENCIAS

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La enfermedad tromboembólica venosa ( ETV ) , dadas sus características clínico patológicas, se trata de un proceso frecuente y grave que a menudo constituye un reto diagnóstico en los servicios de urgencias.

Las escalas de probabilidad pretest identifican la indicación de solicitud de d dímero, si es alta probabilidad , evita su realización, e indica la realización de pruebas de imagen, evitando así pues, la sobreutilización de recursos de laboratorio.

Implantación de la escala Wells en el sistema informático (Pch) previa a la petición de D dímero adecuándonos a las últimas recomendaciones en las guías de práctica clínica basadas en evidencia.

Intervención docente en equipo de salud en manejo y diagnóstico de la ETEV.

Valorar impacto económico de la correcta solicitud de D dímero.

Estudio descriptivo del perfil de solicitudes de D dímero en nuestro servicio de urgencias durante el año 2011 y 2012.

Se realizaron 4 intervenciones docentes previa a la implantación de escalas probabilidad pretest de ETEV en Pch.

#### METODOLOGÍA

Se revisaron las historias médicas informatizadas de cada una de las peticiones de D dímero durante estos dos años, revisando indicación, registro de escalas en la historia clínica.

#### RESULTADOS

Durante el año 2011 en el servicio de urgencias de nuestro hospital (población N habitantes) se solicitaron 1031 pruebas de D dímero. De estos, el porcentaje de resultados con D dímero negativo, fue de 58.7%. Revisando cada una de las historias, la utilización de la escala Wells (incluida en Pch a finales de 2011) solo se registró en un 5% de ellas. Durante el año 2012 se solicitaron 706 pruebas de D dímero, con un porcentaje de D dímero negativo de un 73.8%. Se registró la escala Wells en un 45.3% de las historias.

Tras la intervención docente y la incorporación de escala Wells en Pch ha habido una disminución del 31.53% en el número de solicitudes de D dímero.

Así mismo se ha visto un aumento de los d dímeros negativos del 2011 con respecto al 2012 en un 15%, hecho que plasma el aumento de la sensibilidad en la indicación de las peticiones. En 2011 la solicitud de D dímero supuso un gasto de 24.455 Euros y en el 2012 de 14.603 Euros, reduciéndose por lo tanto en un 40.29% el coste de dicha prueba diagnóstica.

#### CONCLUSIONES

El aumento de la utilización de la escala Wells para la ETEV mejoró el perfil de solicitud del D dímero, aumentando el porcentaje de resultados negativos , hecho realmente útil en urgencias dado su alto valor predictivo negativo.

Se redujo significativamente el coste económico que supone la realización del D dímero. Destacamos la importancia de la formación continuada para la aplicación de las Guías de práctica clínica en determinados procesos en urgencias (donde se trabaja con un alto grado de incertidumbre a la hora del diagnóstico).