

## X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

### Mesa 5 \* 20M-18:00 h.

Reg	Apellidos y Nombre	Título de la Comunicación
273	BARINGO FUENTES, TERESA	DISMINUIR ESTUDIOS GAMMAGRÁFICOS PARATIROIDEOS NO ADECUADOS O DE BAJO VALOR DIAGNÓSTICO. SEGUIMIENTO DEL
216	BORDONADA HERRERO, MARIA JESUS	USO DE UN CHECK-LIST PARA LA IMPLANTACION DE LAS MEDIDAS DEL PROYECTO NEUMONIA ZERO EN UCI
203	COMPES DEA, MARIA LUISA	INCIDENCIA DE SEPSIS EN ARAGÓN: ESTIMACIÓN MEDIANTE DOS MÉTODOS DE BÚSQUEDA
247	GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI, JOSE	ANÁLISIS DE LA IMPLANTACIÓN DE RECOMENDACIONES EN EL PROCESO DE FRACTURA DE CADERA
345	GRACIA MARCO, MARIA	CICLO DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD : SEGURIDAD DE LOS PACIENTES ANCIANOS POLIMEDICADOS EN LA ATENCION
183	JOSE GUTIERREZ, YASMINA	CREACIÓN DE BASES DE DATOS INFORMATIZADAS DE LOS PRINCIPALES CÁNCERES AISISTIDOS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA
160	MARTIN BURRIEL, MARIA ANGELES	FOLLETOS PARA MEJORAR LA INFORMACIÓN OFRECIDA A PERSONAS INTERVENIDAS DE CADERA Y A SUS CUIDADORES
46	MUR DE FRENNE, LILIANE	MEJORA DE LA CAPACIDAD COGNITIVA POR DEFICIT DE VIT B12 EN DMNID EN TRATAMIENTO CON METFORMINA(MET)+IBP
145	PEREZ SALILLAS, MARIA	CONTROL DE CALIDAD DEL ENVEJECIMIENTO DEL ACEITE MEDIANTE EL INDICADOR DE COMPONENTES POLARES TOTALES (TPM).
301	REAL CAMPAÑA, JOSE MANUEL	MEDIDAS PARA MEJORAR LA IMPLICACIÓN DEL PERSONAL DE UN SERVICIO DE FARMACIA EN LA MEJORA CONTINUA
115	RODRIGUEZ COGOLLO, RONALD	EVALUACION DE UN PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD DE ARAGON
314	ROSES MONFORT, ELENA	VALORACIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO DE LA VISITA DE EFERMERÍA PREQUIRÚRGICA
290	URIARTE PINTO, MOISES	IMPACTO ECONÓMICO DE LA PREPARACIÓN DE LA TERAPIA INTRAVENOSA DE FORMA CENTRALIZADA EN EL SERVICIO DE

## X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 5

Nº Reg. **273**

### TÍTULO. **DISMINUIR ESTUDIOS GAMMAGRÁFICOS PARATIROIDEOS NO ADECUADOS O DE BAJO VALOR DIAGNÓSTICO. SEGUIMIENTO DEL PROYECTO 2011**

*Autores: ESPEJO NIÑO J, BARINGO FUENTES TERESA, ÁLVAREZ RUIZ SOLEDAD, NAVARRO BELTRAN PABLO, SANGRÓS SAHUN Mª JOSÉ, HERRERO ALONSO ARTURO, HERNANDEZ ERCILLA INÉS, ABÓS OLIVARES DOLORES*

ESPEJO NIÑO JOHANA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . MEDICINA NUCLEAR (tbaringo@salud.aragon.es)

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El diagnóstico del hiperparatiroidismo es bioquímico, la indicación del estudio gammagráfico paratiroideo es la localización anatómica de la glándula patológica con vistas a su exéresis quirúrgica. Como continuación del proyecto de mejora 2011 en el que se conocieron los valores actuales de los indicadores seleccionados, se plantea este trabajo con el objetivo de valorar la evolución de aquellos indicadores que no alcanzaron los valores deseados, tras la implantación de las medidas correctoras aprobadas.

#### METODOLOGÍA

Se revisa la base de datos de 113 exploraciones consecutivas realizadas desde junio de 2011 a junio de 2012. Se valora si en la solicitud constan los datos analíticos y clínicos y la indicación de la solicitud en relación al diagnóstico bioquímico, la actitud terapéutica seguida tras el conocer el resultado de la prueba y la correspondencia entre el diagnóstico gammagráfico y los hallazgos quirúrgicos. Las medidas correctoras aplicadas fueron: revisión de solicitudes para valorar si estaban completas, comprobación del diagnóstico bioquímico, si no constaba en la solicitud en la intranet, contacto telefónico con el médico peticionario si la solicitud estaba incompleta para completarla, si no era apropiada para denegarla y para conocer la actitud terapéutica seguida tras el resultado de la exploración en cada paciente. Se compara la evolución de los indicadores antes y después de aplicar las medidas correctoras.

#### RESULTADOS

Objetivo: Mejorar la información clínica/analítica de la solicitud: Solicitudes recibidas completas 21,9% antes frente a 35,5% después. Solicitudes completadas por nosotros en intranet 39,7% antes frente a 55% después. Solicitudes sin datos ni posibilidad de conocerlos 24,6 antes frente 12,5% después.

Objetivo: valorar si se ha realizado cirugía tras el resultado positivo de la prueba: 42,4% ante frente a 21% después.

Objetivo: valorar eficacia de la prueba (gammagrafía positiva y exéresis con diagnóstico anatomopatológico de adenoma/hiperplasia). No valorable dado que muchos pacientes están pendientes de cirugía.

#### CONCLUSIONES

La comunicación personal con los médicos que solicitan el estudio gammagráfico de paratiroides ha logrado aumentar el número de solicitudes que se reciben con datos clínico/analíticos completos y disminuir el número de estudios de los que carecemos de información suficiente, lo que disminuye la incertidumbre a la hora de emitir el informe. Los indicadores relativos a la cirugía y sus hallazgos se valorarán a final de año, dado que muchos pacientes están pendientes de intervención.

## X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 5

Nº Reg. 216

### TÍTULO. USO DE UN CHECK-LIST PARA LA IMPLANTACION DE LAS MEDIDAS DEL PROYECTO NEUMONIA ZERO EN UCI

*Autores: BORDONADA HERRERO MJ, RABAL-PACHECO N, QUILEZ-PERNIA A, GONZALEZ-CABALLERO M, RELLO-ECHAZARRETA M, GONZALEZ-CABALLERO A, EZPELETA-GALINDO A, DE SOLA-SANMARTIN P*

BORDONADA HERRERO MARIA JESUS . HOSPITAL ROYO VILLANOVA . UCI (marichebh@yahoo.es)

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Implantar las medidas del proyecto Neumonia Zero, destinadas a disminuir la tasa de Neumonia Asociada a Ventilacion Mecanica (NAVVM) en la UCI del Hospital Royo Villanova.  
Asegurar el cumplimiento de las medidas y facilitar su registro.  
Monitorizar y evaluar el cumplimiento de las medidas.

#### METODOLOGÍA

El proyecto Neumonia Zero propone la aplicación de un paquete de medidas destinadas a disminuir la incidencia de NAMV en UCI. Existen medidas de obligado cumplimiento (higiene de manos, control de la presión del neumotapón, higiene bucal, posición semi-incorporada...etc.) y medidas optativas (como el empleo de tubos con aspiración subglótica)  
Se formó un grupo de trabajo formado por ocho personas (intensivista, enfermería y auxiliares) para elaborar el protocolo adaptado a la unidad, decidir el modo de aplicar las medidas y monitorizar el cumplimiento del protocolo.  
Se diseñó un check-list como herramienta fundamental para ayudar a recordar, aplicar y registrar las medidas del proyecto, y se adjuntó mediante una pegatina a la gráfica de enfermería. Se realizó una reunión para explicar su funcionamiento.

#### RESULTADOS

Desde la implantación del check-list, se realiza una revisión de gráficas y de pacientes semanalmente, un día al azar.

Con los datos recogidos en los dos primeros meses se han encontrado los siguientes resultados:

##### 1. Ronda de seguridad (valorar cumplimiento de las medidas)

Se revisaron a pie de cama a 27 pacientes intubados, con los siguientes resultados:

El 100% cumplía la medida de cabecero elevado más de 30 grados

El 90% tenía una adecuada presión del neumotapón.

El 61% llevaba TOT de aspiración subglótica.

El 100% de paciente con TOT subglótico tenía una adecuada presión de aspiración de secreciones subglóticas.

##### 2. Complimentación del check-list

Se revisaron 45 gráficas con los siguientes resultados:

Se registró adecuadamente el cumplimiento de las medidas en el check-list en el 100% de los turnos de mañana, el 80-88% del turno de noche y el 75-88% del turno de tarde.

#### CONCLUSIONES

El check-list ha sido clave en la implantación del proyecto Neumonia Zero en nuestra unidad.

## X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 5

Nº Reg. **216**

### TÍTULO. **USO DE UN CHECK-LIST PARA LA IMPLANTACION DE LAS MEDIDAS DEL PROYECTO NEUMONIA ZERO EN UCI**

*Autores: BORDONADA HERRERO MJ, RABAL-PACHECO N, QUILEZ-PERNIA A, GONZALEZ-CABALLERO M, RELLO-ECHAZARRETA M, GONZALEZ-CABALLERO A, EZPELETA-GALINDO A, DE BORDONADA HERRERO MARIA JESUS . HOSPITAL ROYO VILLANOVA . UCI (marichebh@yahoo.es)*

El uso del check-list ayuda a identificar y recordar las medidas preventivas de NAVM, facilitando su cumplimiento y simplificando su registro.  
La integración del check-list en la grafica de enfermería ha sido una clave para el éxito de su cumplimiento.  
El check-list ha sido aceptado por todo el personal perfectamente, sin suponer una carga de trabajo.

## X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 5

Nº Reg. 203

### TÍTULO. INCIDENCIA DE SEPSIS EN ARAGÓN: ESTIMACIÓN MEDIANTE DOS MÉTODOS DE BÚSQUEDA

*Autores: COMPÉS DEA ML, Alonso J. P., Rodrigo MP, Aspiroz C, Martínez R, Fortuño B, Tirado G, Toyas C*

COMPÉS DEA Mª LUISA . DEPARTAMENTO DE SANIDAD, BIENESTAR SOCIAL Y FAMILIA . VIGILANCIA EN DROGODEPENDENCIA Y SALUD PÚBLICA (mlcompes@aragon.es)

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La sepsis es un problema de salud difícil de cuantificar con los sistemas de información disponibles.

Angus et al. en 2001 validan el uso del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) para describir la sepsis seleccionando las altas hospitalarias con códigos de infección bacteriana o fúngica y códigos que identifican disfunción orgánica.

En 2004 la CIE 9MC incorpora códigos específicos de sepsis (Sepsis generalizada: 995.91 y sepsis severa: 995.92). El código de septicemia 038, ya existente, se utiliza acompañado de uno de los anteriores.

El objetivo fue estimar la incidencia de sepsis en los hospitales de Aragón y valorar la exhaustividad del análisis sistemático de los códigos específicos CIE 9 MC en la vigilancia de este proceso

#### METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo de las altas hospitalarias de Aragón procedentes del CMBD de los años 2005-10 seleccionando las altas según criterios de Angus y de modo independiente seleccionando las altas con códigos específicos de sepsis.

Se compararon las altas según los criterios mencionados y mediante un análisis captura-recaptura (ACR) se calculó la exhaustividad en la detección de sepsis, estimándose las altas con sepsis no identificadas con ninguno de estos criterios.

#### RESULTADOS

Según los códigos específicos de sepsis se obtienen 6.516 altas, que corresponden al 0,7% del total. Según los criterios de Angus, se obtienen 14.287 (1,5 % de las altas).

Mediante el ACR, se identificaron 3.522 altas conjuntamente por los 2 métodos y se estimó que 9.148 de ellas no fueron identificadas por estos métodos. El ACR calculó que pudo haber 26.429 altas con sepsis en Aragón durante el periodo de estudio (IC 95%:25.917-26.942), lo que supondría 2,7% de las altas.

La exhaustividad según códigos específicos de sepsis fue: 24,6%; con criterios de Angus: 54,1%, y combinando ambos métodos: 65,4%

#### CONCLUSIONES

La sepsis es un problema importante de salud pública por su elevada incidencia (de 0,7 a 2,7 % de altas), incluso posiblemente mayor que otras patologías de elevada incidencia, como infarto agudo de miocardio (código: 410\*), que suponen el 1,3% )

La búsqueda de sepsis mediante códigos específicos presenta importantes limitaciones en la cuantificación y monitorización de la misma.

Es necesario utilizar diferentes criterios de búsqueda para aproximarnos a la situación de la sepsis, así como insistir en una formación específica en codificación de los diferentes profesionales implicados para conseguir hacer de la sepsis una entidad visible y cuantificable.

## X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 5

Nº Reg. **247**

### TÍTULO. ANÁLISIS DE LA IMPLANTACIÓN DE RECOMENDACIONES EN EL PROCESO DE FRACTURA DE CADERA

*Autores: galindo ortiz de landázuri j, Ubis, E, Morlans, L, Peralta, I*

*GALINDO ORTIZ DE LANDÁZURI JOSÉ . CSS HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA . GERIATRIA (jgalindoo@aragon.es)*

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La fractura de cadera supone, junto al ACV, una de las principales causas de discapacidad en la persona mayor, que precisa de una atención multidisciplinar para conseguir mayor efectividad. El objetivo principal es evaluar la efectividad de un plan de mejora liderado desde el Sº de geriatría, que implica a todos los servicios que prestan atención en el proceso de fractura de cadera.

#### METODOLOGÍA

Se desarrollan unas recomendaciones, consensuadas, en la atención del anciano con fractura de cadera, posteriormente se presentan en todos los servicios implicados y finalmente puesta en marcha de las mismas. Se analizan variables socio-demográficas y de indicadores de calidad el proceso, se comparan con los obtenidos en el año anterior a la puesta en marcha de las recomendaciones.

#### RESULTADOS

En el año 2010 ingresaron 190 pacientes con fractura de cadera con una edad media de 82,4 años, siendo el 68,42% mujeres, la estancia preoperatoria fue de 4,6 días y la estancia total de 11,9 días, el porcentaje de exitus fue de 7,36% y el de institucionalización de 7,89%. En los 6 primeros meses tras la puesta en marcha de las recomendaciones, un total de 117 pacientes fueron atendidos con una edad media de 83,9 años, siendo el 76,06% mujeres, la estancia preoperatoria fue de 3,6 días y la estancia total de 11,1 días, el porcentaje de exitus fue de 5,9% y el de institucionalización de 11,1%.

#### CONCLUSIONES

- 1- Efectividad de las recomendaciones aplicadas.
- 2- Necesidad de un gestor de casos que lidere el equipo.
- 3- Geriatría reúne las condiciones ideales para ello por su visión integral del proceso

## X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 5

Nº Reg. **345**

**TÍTULO. CICLO DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD : SEGURIDAD DE LOS PACIENTES ANCIANOS POLIMEDICADOS EN LA ATENCION RECIBIDA EN A.P.**

*Autores: GRACIA MARCO M, BERNUES-SANZ G, TREMPs-BAGUES J, ROBERT A, SALAS P*

*GRACIA MARCO MARIA . CS LAFORTUNADA . CS LAFORTUNADA (mgracia@salud.aragon.es)*

### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Disminuir las complicaciones del consumo de varios fármacos en los ancianos.
- Gestionar las prescripciones exhaustivamente en OMI-AP.
- Organizar el tratamiento farmacológico de los pacientes ancianos polimedcados mediante pastilleros.

### METODOLOGÍA

#### INDICADOR I:

nº de P.A.P. con correcta prescripción en OMI /nº total de P.A.P. de la Z.S. x100

Estandar: 90%

#### INDICADOR II:

nºde P.A.P. utiliza pastillero/ nº total P.A.P de la Z.S. x100

Estandar: 70%

### RESULTADOS

Indicador I: 89%

Indicador II: 20%

### CONCLUSIONES

Respecto a la gestión de las prescripciones:

- El correcto registro de las prescripciones y su actualización, facilita el seguimiento del cumplimiento terapéutico.

Por lo que respecta a la adherencia al tratamiento:

- La causa de la mala adherencia al tratamiento en el 44% de los Pacientes Ancianos Polimedcados es el déficit cognitivo y de habilidades y tan solo un 20% utiliza pastillero.

## X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 5

Nº Reg. **183**

### TÍTULO. **CREACIÓN DE BASES DE DATOS INFORMATIZADAS DE LOS PRINCIPALES CÁNCERES AISISTIDOS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HUMS.**

*Autores: JOSE GUTIERREZ Y, PUIG FERRER F, CATALAN SESMA T, HORNO OCTAVIO M, GALVE AGUDO B, BAQUEDANO MAINAR L, LAMARCA BALLESTERO M, RUIZ CONDE M.A.*

*JOSE GUTIERREZ YASMINA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . GINECOLOGIA (yosegu@hotmail.com)*

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El objetivo principal de esta línea de mejora es la creación de una base de datos informatizada de cada uno de los tumores ginecológicos más frecuentes. Estas permitirán conocer los datos más relevantes en relación con las pacientes oncológicas, aportará una fuente de datos para evaluar la asistencia prestada así como la elaboración de artículos científicos y publicaciones.

#### METODOLOGÍA

Hemos diseñado bases de datos para el cáncer de endometrio, ovario, cérvix y vulva. Cada una se ha diseñado incluyendo las variables más relevantes en cada caso. Hay un médico adjunto del Servicio responsable de cada base que contará con la ayuda de otros facultativos especialistas así como de los médicos residentes a la hora de revisar historias clínicas, recoger datos u otras labores, de esta forma se implica a todo el Servicio en el proyecto.

#### RESULTADOS

Desde que planteamos esta línea de mejora a finales del 2011, ya hemos creado las bases de datos propuestas con datos de las pacientes asistidas en nuestro centro desde el año 2003 hasta el 2012.

Ello nos ha permitido conocer mejor la calidad de nuestra asistencia sanitaria. Elaborar de estadísticas en relación con los diferentes tipos de tumores y realizar publicaciones científicas y comunicaciones en congresos con los datos obtenidos.

#### CONCLUSIONES

El Servicio de Ginecología del Hospital Miguel Servet es desde hace años el centro de referencia para el diagnóstico y tratamiento del cáncer ginecológico de la Comunidad Autónoma de Aragón, interviniendo una total de más de 500 pacientes cada año.

A pesar de ser un Servicio donde la Oncología representa uno de los pilares fundamentales de nuestra labor diaria no existían en 2011 bases de datos informatizadas donde poder registrar las pacientes atendidas. Desde la elaboración de estas bases de datos, incluyendo pacientes asistidas en nuestro centro desde el 2003 hemos logrado una mejora importante, ya que disponemos de unas fuentes actualizadas de información de nuestra actividad que nos facilitan mucho la tarea de elaborar estudios y publicaciones, así como conocer los principales datos de nuestras pacientes en cuanto a supervivencia global, libre de enfermedad, tipo de tratamiento recibido, respuesta al mismo, etc. Consideramos que la elaboración de estas bases de datos ha contribuido en gran manera a la mejoría de la calidad y la sistemática de trabajo del Servicio de Ginecología del HUMS.

## X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 5

Nº Reg. 160

### TÍTULO. FOLLETOS PARA MEJORAR LA INFORMACIÓN OFRECIDA A PERSONAS INTERVENIDAS DE CADERA Y A SUS CUIDADORES

*Autores: MARTIN-BURRIEL MA, REGLA-RAUFAST AJ, MARTINEZ-LOPEZ P, CELMA-MORALEJO R, ALBA-CUADRADO R, GARCIA-BARRECHEGUREN A*

*MARTIN-BURRIEL MARIA ANGELES . HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA . UNIDAD DE VALORACION (angemartinb@gmail.com)*

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- a. Mejorar la atención proporcionada a pacientes intervenidos de fractura de cadera en el HCU Lozano Blesa de Zaragoza.
- b. Aumentar la información proporcionada al alta a los pacientes y sus cuidadores de pacientes.

#### METODOLOGÍA

Se formó un equipo de mejora multidisciplinar constituido por enfermeras y por fisioterapeutas. Se realizó una búsqueda bibliográfica. Se analizaron los problemas y necesidades prevalentes, tanto en los paciente como en sus cuidadores, y se priorizaron los que se abordarían en los documentos. Se realizó un reportaje fotográfico que serviría para ilustrar los folletos informativos.

#### RESULTADOS

Folletos informativos con formato de instrucciones a pacientes para la Intranet del hospital:

“Consejos para pacientes intervenidos de cadera con prótesis”

“Consejos para pacientes intervenidos de cadera con osteosíntesis”

Cuadernillo informativo:

“Consejos para pacientes intervenidos de cadera”. Este documento contiene información tanto para pacientes intervenidos a los que se les ha colocado clavos y placas como para prótesis. Se facilita en los talleres para cuidadores que se realizan en el HCU Lozano Blesa y aparece en la página web del hospital en el apartado para cuidadores.

#### CONCLUSIONES

Se ha elaborado una documentación que viene a paliar la falta de información escrita que se les proporciona a pacientes y cuidadores intervenidos de fractura de cadera.

## X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 5

Nº Reg. 46

### TÍTULO. MEJORA DE LA CAPACIDAD COGNITIVA POR DEFICIT DE VIT B12 EN DMNID EN TRATAMIENTO CON METFORMINA(MET)+IBP

*Autores: MUR DE FRENNE MDF, AGUARON P, ANDRES C, RAMOS GIL E, NAVARRO AZNAREZ G, CATALAN SESMA L, MOLINOS ZAPATER R, JIMENEZ MARTINEZ DE TOBILLAS C*

*MUR DE FRENNE MUR DE FRENNE . CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA) . MEDICO DE FAMILIA (Imur@salud.aragon.es)*

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La interferencia de la met en la absorción de B12 es un aspecto poco conocido. Se estima que entre el 10-30% de pacientes que a largo plazo, presentan déficit B12 a pesar de una ingesta adecuada en la dieta. Existe suficiente evidencia que indica que hay que tratar el déficit de B12 aun sin anemia megaloblástica

#### METODOLOGÍA

numero total de recetas de met+ibp realizadas en cdspr. nº pac dm en cdspr. solicitud b12+acido folico , los q no lo tienen poner en flash. índices con correccion de b12 y con ibp. :mejora del deterioro cognitivo en pacientes(pac) con deficit de b12.  $\text{pac } y < \text{b12/pac } \times 100$  conseguido: 5'33, objetivo para 2013: 3.  $\text{pac b12 corregido/ con } < \text{b12 } \times 100$  conseguido: 43,7 objetivo para 2013: 70.  $\text{pac con tto con ibp y } < \text{b12/pac con tto } \text{ibp } \times 100$ :nd.  $\text{pac con tto } \text{ibp corregido/pac con tto } \text{ibp } \times 100$ :nd

#### RESULTADOS

barrido de casos de dmnid con tto con met y ibp. equipo nuevo de cdc implicados, motivar la petición de b12 y recogida de datos de pac. ver dcas de <b12 y tto im de optovite y control posterior. confirmar la fidelización de la puesta en tto de b12 y a los q falta el análisis de b12. capacidad cognitiva de nuestros pac tratados, y su comparación con los datos previos escritos en el omiap. grado de mejora sentida por nuestros pac. grado de cumplimiento de la mejora sentida por los profesionales sanitarios con su w.PAUTA DE OPTOVITE:1,3 10 días y seguir 1/mes. Al 3º mes control. Luego anual. Si > 1000 ponerla cada 3 meses

#### CONCLUSIONES

SINTOMAS X <B12:> niveles de homocisteína con >: ACV, Estenosis carotídea, Fracturas. Debilidad muscular, Incontinencia, Demencia , Depresivo, Irritable, Agresivo. SINTOMAS X IBP:> riesgo de fracturas óseas: vertebrales- cadera- muñeca y osteoporosis, si se usan + de 1 año, + en ancianos. IBP da < B12 unida a proteínas de la dieta, pero no de suplemento B12. Se necesita el ácido gástrico para liberar B12 de la proteína a partir de la absorción. Los fármacos pueden tener efectos 2ºs inadecuados y la asociación de fármacos puede tener efectos deletéreos > q el uso x separado de cada 1 de ellos, el déficit de B12 y el deterioro cognitivo es suficientemente importante para seguir esta línea de trabajo

## X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 5

Nº Reg. 145

### TÍTULO. CONTROL DE CALIDAD DEL ENVEJECIMIENTO DEL ACEITE MEDIANTE EL INDICADOR DE COMPONENTES POLARES TOTALES (TPM).

*Autores: PEREZ-SALILLAS M, Ibarra-Sierra C, Pérez-Pascual C, Donoso-Alonso P, de Torres Olson C, Laguna-Henández P, Tena-Herrero J, de Torres Aured ML*

PEREZ-SALILLAS MARÍA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . HOSTELERIA (mperezsal@salud.aragon.es)

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Controlar el seguimiento del protocolo de seguridad alimentaria en la cocina hospitalaria, homologado por el servicio provincial de Sanidad y basado en las evidencias de degradación del aceite, para:

- Medir con fiabilidad la polaridad total en el aceite de cocinar de ambos grupos, polar y no polar, desde +40°C hasta +210°C, que es la máxima.
- Controlar los componentes polares totales en el aceite de fritura, mediante el Testo 265.
- Mantener la temperatura dentro del rango de medición (+40 a +210 °C) visualizando el valor de TPM.

#### METODOLOGÍA

- Valoramos el impacto causado por el uso en freidoras, basado en la proporción total de componentes polares (%TPM) que incluye a los Acidos Grasos Liberados (AGL) de la degradación del aceite almacenado.
- Para medir el Polímero triglicéridos:  $PTG = \%TPM / 2$ , se espera 5 minutos moviendo el instrumento en la freidora y se sumerge en el aceite, sin acercar el sensor a las partes metálicas. Tras esperar 10seg., la medición finaliza cuando la temperatura visualizada, ya no cambia.

#### RESULTADOS

El hospital ha implementado un protocolo de seguridad alimentaria como garantía de calidad, que recomienda cambiar el aceite de cocinar cuando el valor de TPM sea aproximadamente de 24%. En el año 2011 los resultados han sido:

- 1.a) En freidora de cinta, el cambio de aceite se ha efectuado tras 7 frituras de 1h30min de duración, a 180 °C; con una media de 600 raciones de alimentos precocinados (croquetas, empanadillas) o frescos empanados (carne).
- 1.b) En freidoras de cesto, no se puede controlar la temperatura de fritura exacta, por lo que se alcanza el 24% TPM, tras 3-4 frituras, de 15-25 raciones de alimentos precocinados.
2. Se verifica una mayor durabilidad del aceite de fritura, cuando se usan sistemas continuos con control de temperatura, filtrado de aceite y almacenamiento en cuba de recogida protegida de la luz.
3. La evidencia ha obligado a desechar cualquier tipo de cocinado con mezcla de aceites con diferentes polaridades, cuya proporción de componentes polares más fuertes, se incrementa durante la degradación.

#### CONCLUSIONES

Controlar los compuestos polares totales, utilizando el TESTO 265, consigue:

- Evitar enviar los restos de aceite al laboratorio, con el consiguiente gasto en el proceso.
- Hacer la medición directa, con un sistema más barato de lectura del % de compuestos polares.
- Optimizar el consumo de aceite, manteniendo su calidad.
- Impedir la migración de los ácidos grasos saludables, a ácidos grasos trans.

## X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 5

Nº Reg. 301

### TÍTULO. MEDIDAS PARA MEJORAR LA IMPLICACIÓN DEL PERSONAL DE UN SERVICIO DE FARMACIA EN LA MEJORA CONTINUA

*Autores: Real JM, Sánchez R, Gimeno V, Navarro H, Idóipe A, Villar I, Casajus P, Abad-Sazatornil MR*

REAL JOSE MANUEL . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . FARMACIA (jmreal@salud.aragon.es)

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Aumentar la calidad de un Servicio de Farmacia (SF) certificado por la Norma ISO 9001:2008, mediante la implicación activa de todo el personal en la metodología LEAN de recogida de incidencias y propuestas de mejora. La metodología LEAN se basa en la optimización de los procesos mediante la eliminación de las acciones que no aportan valor añadido.

#### METODOLOGÍA

En Enero de 2012 se realizaron tres sesiones explicativas sobre la metodología LEAN para el personal del SF. Se dividió al personal del SF en 10 grupos de cinco personas con un coordinador específico. Cada grupo se reúne diariamente 5 minutos registrando todas las incidencias ocurridas durante la jornada anterior, así como propuestas de mejora u optimización de procesos. Las incidencias/propuestas se revisan, valorando la apertura de un informe de “no conformidad”. Periodo de estudio: del 31 de Enero al 24 de Abril, comparándose con los datos de Enero a Diciembre de 2011.

#### RESULTADOS

Mediante un registro pasivo de incidencias en 2011 se recogieron 219 incidencias, principalmente de las siguientes áreas: 28,7% ensayos clínicos, 24,6% unidosis, 18% formulación magistral y mezclas intravenosas (FM), y 14% área de administrativas, siendo el principal aporte del personal farmacéutico (68,0%), frente a personal administrativo y personal auxiliar (PA)/DUE (14,0% y 18,0% respectivamente). En ese periodo se abrieron 4 informes de “no conformidades”. Desde la implantación de los grupos de registro activo (3 meses) se recogieron 798 incidencias, que requirieron de 38 soluciones inmediatas. De las incidencias recogidas, 223 hacían referencia a 15 informes de “no conformidades”. Por grupos, el personal administrativo registró el 19,9% de las incidencias, pacientes externos 15,4%, FM 12,5%, y celadores 9,8%. Con respecto a la gravedad de las incidencias, el 61,7% de las incidencias recogidas en el área de dispensación general se relacionó con una no conformidad, así como el 51,3% del turno de tarde en dispensación, el 45,7% del área de unidosis, el 42,3% del turno de tarde de laboratorio y el 40,2% de FM. Los profesionales que más participaron en la notificación fueron PA/DUE (29,7%), seguido de grupos combinados (PA/farmacéutico) (22,8%), personal administrativo (19,1%), personal farmacéutico (19,0%) y celadores (9,4%).

#### CONCLUSIONES

Todas las categorías profesionales registraron incidencias y aportaron propuestas de mejoras, que permitieron la detección de deficiencias en todas las áreas del Servicio de Farmacia.

## X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 5

Nº Reg. 115

### TÍTULO. EVALUACION DE UN PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD DE ARAGON

*Autores: RODRIGUEZ COGOLLO R, RODRIGUEZ-COGOLLO R, PAREDES-ALVARADO IR*

*RODRIGUEZ COGOLLO RONALD . UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA DE ARA . DOCENTE (jquintin@aragon.es)*

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El programa Cine y Salud se empezó a utilizar en Aragón en 2001 debido a la necesidad de utilizar recursos atractivos y dinámicos para la prevención de los problemas de salud más relevantes en los alumnos. Nuestro fin es medir el grado de utilidad y satisfacción entre los docentes que utilizan esta herramienta en los centros educativos.

#### METODOLOGÍA

Encuesta de tipo transversal a los docentes que utilizan el recurso

#### RESULTADOS

A la pregunta ¿El material ha sido útil para lograr los objetivos de educación para salud previstos? El 98,3% de los docentes de primaria y el 96,5% en secundaria refieren que el material es útil para cumplir los objetivos.

Al grado de interés y aceptación por parte del alumnado se encuentra en primaria un 40.7% bueno, 3,4% aceptable y en secundaria 57.1% bueno, 18.6% aceptable.

El grado de satisfacción como docente al usar el recurso en primaria el 49,2% bueno, 5.1% aceptable, en secundaria 59.9% bueno, 13.2% aceptable.

Las películas trabajadas en primaria son: edad del hielo 2 66.1%, ratatouille 39%, otras películas 5.1%. El 24,3% de los centros de secundaria de Aragón han trabajado Billy Elliot, Juno en segundo lugar con 21,2% y tercero Super Size Me 20,1%.

#### CONCLUSIONES

El recurso "Cine y Salud" tiene buena aceptación tanto por el alumnado como por los profesores, siendo útil para cumplir los objetivos educativos para lo cual fue creado.

Entre las observaciones para mejorar el recurso, solicitan tener más tiempo para realizar las actividades, utilizar formatos digitales, ampliar el catalogo de películas, realizar actividades donde se impliquen a las familias y continuar el próximo curso con el recurso.

## X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 5

Nº Reg. 314

### TÍTULO. VALORACIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO DE LA VISITA DE ENFERMERÍA PREQUIRÚRGICA

*Autores: ROSÉS MONFORT E, LÓPEZ-IBORT N, FUSTER-DIESTE P, FERNANDEZ-MUR C, VECINO-SOLER A, ORTIZ DE SOLORZANO-AURUSA P, GALILEA-SAÉNZ LAGUNA E, LACUEVA-MONREAL E*  
ROSÉS MONFORT ELENA . HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA . BLOQUE QUIRURGICO (eroses@salud.aragon.es)

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Valorar si la visita de enfermería prequirúrgica es una intervención enfermera adecuada para:

Informar al paciente de los cuidados de enfermería que va a recibir durante su proceso quirúrgico, tanto en el pre, el trans y el postoperatorio inmediato.

Resolver las dudas relacionadas con la intervención quirúrgica planteadas por pacientes y familiares.

Mejorar el grado de satisfacción de los pacientes y de sus familiares por los cuidados recibidos.

#### METODOLOGÍA

De Marzo de 2008 a Marzo de 2009 las enfermeras del Bloque Quirúrgico del HCU Lozano Blesa de diferentes especialidades quirúrgicas realizan visita prequirúrgica informativa a 78 pacientes el día previo a la intervención quirúrgica. Se incluye en la visita, si lo hubiera, al cuidador principal.

La visita es estructurada y pretende detectar particularidades específicas del paciente a tener en cuenta en su proceso quirúrgico y valorar ansiedad, temor y déficit de conocimientos. Se realizan intervenciones como: potenciación de la seguridad, enseñanza: prequirúrgica, asesoramiento y disminución de la ansiedad.

Al finalizar la visita se entrega al paciente una encuesta anónima, en sobre cerrado, a remitir al control de la unidad de enfermería de 5 ítems con escala numérica tipo Likert para valorar su satisfacción con la visita preoperatoria.

#### RESULTADOS

Se recogen 24 encuestas anónimas que valoran la satisfacción con la información recibida, su facilidad de comprensión, la resolución de dudas, el trato recibido en quirófano y la pertinencia de este tipo de visita.

#### CONCLUSIONES

La visita de enfermería prequirúrgica es una intervención eficaz para paliar la falta de información de los pacientes y familiares y mejorar el grado de satisfacción de los mismos.

## X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 5

Nº Reg. 290

### TÍTULO. IMPACTO ECONÓMICO DE LA PREPARACIÓN DE LA TERAPIA INTRAVENOSA DE FORMA CENTRALIZADA EN EL SERVICIO DE FARMACIA

*Autores: URIARTE PINTO M, AGUSTÍN MJ, GIMENO V, REAL JM, VILLAR I, CASAJUS P, LARRODE I, ABAD MR*

*URIARTE PINTO MOISÉS . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . FARMACIA HOSPITALARIA (muriarte215@gmail.com)*

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Evaluar el ahorro que supuso la elaboración de la terapia intravenosa de forma centralizada en el Servicio de Farmacia durante el año 2011 en un hospital terciario.

#### METODOLOGÍA

Evaluar el ahorro que supone la preparación de las mezclas intravenosas de forma centralizada en comparación con su preparación en las plantas de los servicios solicitantes.

Los medicamentos seleccionados son aquellos que precisan ser manipulados para su correcta dosificación debido a que no se ajustan a las presentaciones comerciales disponibles en el mercado y aquellos empleados en el área de pediatría o neonatología debido a la pequeña dosis que precisan y su gran variabilidad.

Para calcular el ahorro generado comparamos el gasto real observado en nuestro servicio con el gasto teórico que se produciría empleando un único vial por paciente y dosis desechando la fracción de dosis sobrante.

#### RESULTADOS

Durante el año 2011 se elaboraron 3942 preparaciones intravenosas.

Respecto a los otros fármacos evaluados, la centralización de la preparación de la anfotericina B liposomal (1017 preparaciones) supone un ahorro estimado de 15.226€ anuales, el infliximab (894 preparaciones) supone 122.856€ de ahorro.

El romiplostim (234 preparaciones) ocasionó un ahorro total de 59.552€ (55.942€ la presentación de 250mcg y 3.609€ la de 500mcg) y el tocilizumab (174 preparaciones) 11.280€ (1.208€ la presentación de 80 mg y 10.072€ la de 200 mg).

La preparación de dosis estándar de 200 UI de Epoetina beta para el área de neonatología a partir de Neorecormon® 500 UI supuso con 1623 preparaciones un ahorro de 603.44€

La agalsidasa-alfa, fármaco de alto impacto económico empleado en la Enfermedad de Fabry, supuso, con 111 preparaciones en 2011 para tres pacientes en tratamiento, un ahorro de 62.253€

El ahorro total que supuso la centralización de la preparación de los tratamientos con estos 6 fármacos asciende a 271.772,69€. Esto supone un ahorro medio de 67,05€ por preparación realizada y un ahorro diario medio de 744,58€ situación que se consigue al agrupar preparaciones de alto impacto económico en un día.

#### CONCLUSIONES

La centralización permite a diario aumentar la eficiencia y generar un importante ahorro, y sobretodo mejorar la calidad asistencial, ya que ésta práctica nos permite realizar el seguimiento farmacoterapéutico y prevenir errores de medicación, así como asegurar una correcta manipulación de los medicamentos preservando su estabilidad fisicoquímica y microbiológica. Esto es más difícil de estudiar pero puede ser objeto de un futuro análisis.