

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Mesa 6 * 13J-18:00 h.

Reg	Presentador/a	Título de la Comunicación
212	COLL CLAVERO JUAN	PROYECTO SMARTCARE: UNIFICACIÓN DE TICS Y PROCESOS DE SERVICIOS PARA UN CUIDADO INTEGRADO DE CALIDAD EN EUROPA
158	DEL RIO PEREZ CLARA MARIA	ACTUALIZACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS ESPECIFICOS POR PATOLOGIA EN EL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA DEL HCU LOZANO BLESÁ
103	GARCIA OSES IRENE AMALIA	NUESTRA EXPERIENCIA EN UNA LÍNEA DE MEJORA DE LA CALIDAD: TELEDERMATOLOGÍA
263	IZUEL RAMI MONICA	¿SE CAMBIA CONTINUAMENTE DE MARCA EN LAS FARMACIAS ANTE PRESCRIPCIONES POR PRINCIPIO ACTIVO?
389	JOSE GUTIERREZ YASMINA	PROTOCOLO DEL CÁNCER DE CÉRVIX DIAGNOSTICADO DURANTE LA GESTACIÓN
408	LASIERRA MONCLUS ANA BELEN	SISTEMA AUTOMATIZADO DE GESTIÓN DE LA DEMANDA ANALÍTICA EN LA FASE PREANALÍTICA Y RACIONALIZACIÓN DEL GASTO
290	LOSTAL GRACIA MARIA ISABEL	E-MAIL DIRECTO MÉDICO-PACIENTE. EXPERIENCIA DE 1 AÑO EN UNA CONSULTA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA
232	PEREZ SALILLAS MARIA	GESTIÓN DE CALIDAD EN COCINA HOSPITALARIA HACIA LA CERTIFICACIÓN ISO 9001:2008. PROCEDIMIENTO LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN
126	REQUENO JARABO MARIA NURIA	ACTIVIDAD COMUNITARIA: PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES
360	SOBREVIELA AURE MARTA	PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DE CONTROL DE IMPULSOS EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON. ELABORACIÓN DE UNA GUÍA INFORMATIVA. NECESIDAD DE EVALUACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA
313	SOLANO SANCHEZ MARINA	COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA CPRE REALIZADA EN NUESTRO CENTRO EN EL AÑO 2012
169	SOLER ABADIAS ROSA MARIA	EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCION EDUCATIVA EN PACIENTES CON SINDROME DE APNEA DEL SUEÑO (SAOS)
60	YAÑEZ RODRIGUEZ FELICIDAD	SEGURIDAD EN URGENCIAS: UTILIZACIÓN DEL MÉTODO LONDON PARA ANÁLISIS DE UN CASO CLÍNICO

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 6

Nº Reg. 212

TÍTULO. PROYECTO SMARTCARE: UNIFICACIÓN DE TICS Y PROCESOS DE SERVICIOS PARA UN CUIDADO INTEGRADO DE CALIDAD EN EUROPA

Autores: COLL CLAVERO J, ANGLÉS BARBASTRO R

COLL CLAVERO JUAN · H BARBASTRO · INNOVACION

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Implementar y validar los servicios (basados en el soporte de las TICS para la integración de cuidados sanitarios, sociales y autocuidados para distintas condiciones sanitarias/de vida) incluyendo los modelos organizacionales subyacentes.
- Desarrollar guías y especificaciones para procurar, organizar e implementar bloques tecnológicos que soporten la atención integrada.
- Elaborar un plan para la operatividad sostenible de los servicios de SmartCare en las regiones participantes, sobre la base de los pilotos.

METODOLOGÍA

Dentro del proyecto se desarrollarán varios elementos principales: los llamados “pathways” de cuidados y servicios que definirán el protocolo para proporcionar una atención integrada, desde el punto de vista social, sanitario y de autocuidados. Se definirán al menos 2 protocolos comunes para todas las regiones que permitan adoptar una metodología de trabajo y de proporcionar una atención de forma integrada y común en las regiones europeas.

El proyecto es a tres años, y se definen 3 fases. En la primera fase se definirán los servicios de SmartCare que serán pilotados, comenzando por un análisis exhaustivo y documentación de los requisitos primordiales. Durante la segunda fase se preparará el pilotaje de los modelos de cuidados cuya ejecución se llevará a cabo durante la tercera fase.

Finalizado el periodo de intervención, se realizará de una evaluación global al paciente, basándose en cuestionarios de satisfacción de usuario, calidad de vida y ansiedad, así como una evaluación del proyecto basándose en metodologías establecidas para la evaluación de proyectos de innovación de servicios de e-salud.

RESULTADOS

El proyecto inicia su andadura en Marzo 2013, por lo que es en este punto únicamente puede hablarse de objetivos e hitos deseables.

CONCLUSIONES

SmartCare es un proyecto europeo subvencionado por el programa europeo del 7º PM ICT PSP englobado en las áreas de la prevención de la salud, envejecimiento activo e inclusión. Este proyecto busca proporcionar un cuidado integrado a los ciudadanos europeos con el fin de ayudarlos a vivir una vida más independiente dentro de su comunidad mediante el suministro de herramientas TICs necesarias para integrar procesos de cuidados integrados entre organizaciones y localizaciones, en particular entre proveedores de servicios sociales y sanitarios.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 6

Nº Reg. **158**

TÍTULO. **ACTUALIZACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS ESPECIFICOS POR PATOLOGIA EN EL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA DEL HCU LOZANO BLESA**

Autores: DEL RIO PEREZ CM, DE MIGUEL DE LA MERCED AC, NOVO GONZALEZ B, OLMOS FRANCISCO E, DOMINGUEZ MELERO MJ, COMUÑAS GONZALEZ F

DEL RIO PEREZ CLARA MARIA . H CLINICO UNIVERSITARIO . NEUROCIRUGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

LA NEUROCIRUGÍA ABARCA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE PATOLOGÍA MUY DIVERSA A NIVEL INTRACRANEAL, RAQUIDEO O NERVIOS PERIFÉRICOS. LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS PARA TRATAR CADA PATOLOGÍA CONLLEVAN ABORDAJES PROPIOS Y COMPLICACIONES ESPECÍFICAS. CREEMOS FUNDAMENTAL OFRECER AL PACIENTE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECÍFICO SOBRE SU PATOLOGÍA Y COMPLICACIONES PARA MEJORAR LA ATENCIÓN E INFORMACIÓN AL PACIENTE.

METODOLOGÍA

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES DE CADA PATOLOGÍA. ESTUDIO DE LAS DIRECTRICES MARCADAS POR LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROCIRUGÍA SOBRE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS. ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DE CADA PATOLOGÍA CON INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR Y LAS POSIBLES COMPLICACIONES.

RESULTADOS

SE HA REALIZADO UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES DE CADA PATOLOGÍA Y SE HAN CONSULTADO LAS DIRECTRICES QUE MARCA LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROCIRUGÍA. SE ESTÁN ELABORANDO DOCUMENTOS ESPECÍFICOS POR PATOLOGÍA, Y EN ALGUN CASO YA SE HAN UTILIZADO EN SITUACIONES PUNTUALES. SE ESPERA IMPLANTAR SU USO DE FORMA GENERALIZADA EN LOS PRÓXIMOS MESES.

CONCLUSIONES

LA ADECUADA INFORMACIÓN AL PACIENTE ACERCA DE SU PATOLOGÍA Y OPCIONES DE TRATAMIENTO MEJORA LA ATENCIÓN AL MISMO Y REPERCUTE DE FORMA POSITIVA EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE. CON UNA INFORMACIÓN INDIVIDUALIZADA SE GARANTIZA EL DERECHO DEL PACIENTE A CONOCER SU ENFERMEDAD Y LAS POSIBLES COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 6

Nº Reg. **103**

TÍTULO. **NUESTRA EXPERIENCIA EN UNA LÍNEA DE MEJORA DE LA CALIDAD: TELEDERMATOLOGÍA**

Autores: GARCIA OSES IA, ARNAL ALONSO JM, PUIG GARCIA C, SANCHEZ ZAPATER A, GARCIA LATASA FJ

GARCIA OSES IRENE AMALIA . CS ACTUR NORTE . PEDIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Comunicar rápida y eficazmente Pediatría de Atención Primaria y Dermatología. Disminuir la incertidumbre diagnóstica; el tiempo de espera; la intranquilidad en la familia y el paciente; la frecuentación y demanda de asistencia secundarias. Servir de herramienta de formación para los pediatras

METODOLOGÍA

Proyecto incluido en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de mejora de la calidad en salud en la convocatoria de 2011. Se consulta al Servicio de Dermatología del Sector, remitiendo un correo electrónico con la historia clínica y las imágenes de las lesiones. Ellos valoran y responden por la misma vía.

RESULTADOS

Se realizaron 19 consultas. Media de respuesta de 5 días, moda de un día, y tiempo de espera máximo de 31 días (periodo vacacional del dermatólogo). Gran variedad de diagnósticos. Derivados a la consulta un caso de psoriasis complicada y otro de diagnóstico abierto.

CONCLUSIONES

Escaso tiempo de espera. Alta resolución en 17 casos. Óptima comunicación entre profesionales, valorada positivamente por profesionales y usuarios. Recomendación de centralizar un responsable en Dermatología que responda a las consultas. Contribución positiva de la telemedicina a la asistencia sanitaria, por ello incluida como línea estratégica en el Acuerdo de Gestión 2013-2015 de los sectores sanitarios de Aragón.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 6

Nº Reg. **263**

TÍTULO. ¿SE CAMBIA CONTINUAMENTE DE MARCA EN LAS FARMACIAS ANTE PRESCRIPCIONES POR PRINCIPIO ACTIVO?

Autores: IZUEL RAMI M, PONCEL FALCO A, BIELSA RODRIGO F, BANDRES LISO AC, GIMENEZ FEBRER MA, COMPAIRED V

IZUEL RAMI MONICA . DIRECCION GERENCIA SALUD . FARMACIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Determinar el número de marcas comerciales diferentes dispensadas ante prescripciones por principio activo realizadas en el sistema de receta electrónica de Aragón, en el que se informa del último producto dispensado para cada prescripción realizada en el sistema.

METODOLOGÍA

Se han analizado todas las prescripciones electrónicas por PRINCIPIO ACTIVO (DOE), realizadas con el nuevo sistema de prescripción (historia farmacoterapéutica única y receta electrónica) en el ámbito de la Atención Primaria, que se han dispensado en 4 o más ocasiones sin haberse sustituido el tamaño o la forma farmacéutica. El periodo de estudio abarca desde enero de 2012 (fecha de inicio de la receta electrónica en Aragón hasta el 15 de mayo de 2015). Las dispensaciones se han realizado en las Oficinas de Farmacia de Aragón adheridas al sistema. Para determinar el número de marcas dispensadas se ha comprobado el número de Códigos Nacionales diferentes dispensados ante una misma prescripción.

RESULTADOS

Se han analizado 177.241 prescripciones diferentes que cumplían los criterios del estudio de las que se habían dispensado 1.317.006 envases distintos. Analizadas en su conjunto estas prescripciones, en el 93,1% de las ocasiones se dispensó una única marca comercial, en el 6,7% dos marcas comerciales y en menos del 0,1% 3 o más marcas comerciales diferentes (rango de 3-5).

Los datos en función del número de dispensaciones realizadas de una misma prescripción fueron los siguientes:

- Entre 4 y 6 dispensaciones: en el 98,2% se dispensó una marca, en el 1,8% dos marcas.
- Entre 7 y 10 dispensaciones: en el 93,6% de las prescripciones se dispensó una marca, en el 6,3% dos marcas.
- Entre 11 y 14 dispensaciones: se dispensó una marca en el 81,6% de las ocasiones y dos marcas en el 18,2%.
- Más de 14 dispensaciones (rango entre 15-54) se dispensó una marca en el 68,3% de las ocasiones, dos marcas en el 28,4% tres o cuatro marcas diferentes en el 3,4% de las ocasiones (en una única ocasión 5 marcas diferentes).

CONCLUSIONES

Pese al aumento esperado de la probabilidad de que se dispense más de una marca comercial cuando se aumenta el número de dispensaciones, en el sistema de receta electrónica la dispensación de más de dos marcas diferentes ante prescripciones por principio activo es poco frecuente. Queda por determinar el grado de contribución que ha tenido en estos resultados aportar, a través de la receta electrónica, la información del último producto dispensado.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 6

Nº Reg. **389**

TÍTULO. **PROTOCOLO DEL CÁNCER DE CÉRVIX DIAGNOSTICADO DURANTE LA GESTACIÓN**

Autores: JOSE GUTIERREZ Y, PUIG FERRER F, MARCUELLO FRANCO AC, HORNO OCTAVIO M, CATALAN SESMA T, BOLEA TOBAJAS R, LANZON LAGA A, RUIZ CONDE MA

JOSE GUTIERREZ YASMINA . H MIGUEL SERVET . GINECOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La creación de un protocolo de actuación en las pacientes diagnosticadas de cáncer de cérvix y gestación pretende definir unas pautas claras de actuación para la realización del diagnóstico y el tratamiento del cáncer cervical durante los tres trimestres de la gestación.

METODOLOGÍA

- 1.Elaboración del un protocolo asistencial de actuación en las pacientes diagnosticadas de cáncer de cérvix que van a ser tratadas en el Servicio de Ginecología del HUMS.
2. Presentación del Protocolo a los integrantes de dicho Servicio y del Servicio de Obstetricia.
3. Implantación del Protocolo.
- 4.- Evaluación de los resultados, modificación de aquellos apartados que se consideren mejorables y seguimiento.

RESULTADOS

- 1.Realizar citologías a todas las gestantes que no hayan sido cribadas previamente según las indicaciones para la prevención del cáncer de cérvix indicadas por la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) y la AEPCC (Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia).
- 2.Unificar los métodos diagnósticos basados en citología, colposcopia y/ biopsia cervical para poder realizar un diagnóstico correcto en las gestantes con sospecha de esta patología.
- 3.Establecer las pruebas de imagen que pueden ser solicitadas para el diagnóstico y el estudio de extensión necesario.
- 4.Determinar los posibles tratamientos quirúrgicos que podemos ofertar a las gestantes en función de las semanas de gestación y el estadio de la enfermedad.
- 5.Conocer los tratamientos de quimioterapia y radioterapia indicados en cada caso.
- 6.Determinar la vía de parto, en aquellos casos necesarios, en función del estadio tumoral

CONCLUSIONES

Pretendemos unificar nuestras pautas de actuación a la hora del manejo diagnóstico-terapéutico de las gestantes con cáncer de cérvix y manejar cada caso de forma individualizada en función del estadio tumoral, tipo histológico, edad gestacional al diagnóstico y del deseo genésico de las pacientes y sus parejas.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 6

Nº Reg. 408

TÍTULO. SISTEMA AUTOMATIZADO DE GESTIÓN DE LA DEMANDA ANALÍTICA EN LA FASE PREANALÍTICA Y RACIONALIZACIÓN DEL GASTO

Autores: LASIERRA MONCLUS AB, VENTURA VENTURA P, RELLO VARAS L, CESAR MARQUEZ MA, GARCIA DE JALON COMET A
LASIERRA MONCLUS ANA BELEN . H MIGUEL SERVET . SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La situación actual del sistema de salud hace necesaria la gestión de la demanda de pruebas de laboratorio solicitadas por parte de los clínicos. Varios estudios indican que entre un 25-40% de los análisis solicitados pueden ser cuestionables y el porcentaje de repeticiones innecesarias podría ser de un 16-30%. El control de las repeticiones es esencial, por ello de forma inicial se ha implantado en nuestro Servicio una herramienta de gestión de la demanda integrada en nuestro S.I.L. (Modulab Gold de Systelab) para reducir el número de repeticiones de la determinación de pro-BNP. Se ha elegido este parámetro por tratarse de una determinación cara y por el aumento considerable de las solicitudes de esta prueba por parte de los clínicos desde su inclusión en nuestra cartera de servicios. El objetivo de este trabajo es valorar la repercusión de este sistema de gestión de la demanda analítica.

METODOLOGÍA

En noviembre de 2012 se implanta en nuestro Servicio una estrategia para el control de la demanda de las determinaciones de pro-BNP que actúa de forma automatizada cuando el clínico realiza la petición electrónica o cuando se registra el volante en nuestro S.I.L., es decir, durante la fase preanalítica. En primer lugar, se estableció el intervalo de tiempo mínimo entre mediciones consecutivas de la determinación de pro-BNP. Cuando se solicita una determinación en un tiempo inferior al establecido, el S.I.L. de forma automática bloquea la determinación de pro-BNP y en el informe aparece el siguiente mensaje: "No procede. Esta prueba tiene un resultado anterior en otra petición de hace menos de X días"

Para valorar la eficiencia de este sistema se ha realizado un estudio de la reducción del número de determinaciones de pro-BNP desde su implantación y también de las posibles incidencias que haya podido generar el bloqueo automático de las repeticiones de esta prueba cuando proceda.

RESULTADOS

Durante el periodo estudiado se ha observado una reducción del número de determinaciones de pro-BNP de aproximadamente un 10%, lo que supone una reducción del gasto de unos 1800 euros mensuales.

No se ha registrado ninguna incidencia desde que se ha implantado esta estrategia. En algún caso, el clínico se ha puesto en contacto con nuestro Servicio para solicitar la realización de dicha prueba, en estos casos se ha informado al clínico sobre las repeticiones innecesarias y se ha llevado a cabo la determinación de la prueba sólo en aquellos casos en los que existía justificación.

CONCLUSIONES

Mediante este sistema de gestión de la demanda analítica automatizado en nuestro S.I.L. se ha conseguido reducir el número de repeticiones innecesarias de pro-BNP y se ha conseguido racionalizar el gasto de forma considerable.

Para conseguir la implantación de estas estrategias de gestión de la demanda analítica es esencial la comunicación y la colaboración con los clínicos, estableciendo protocolos que en ningún momento afecten a la calidad asistencial.

Actualmente en nuestro Servicio se está ampliando esta estrategia a otras determinaciones como son el proteinograma o la HbA1c.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 6

Nº Reg. 290

TÍTULO. E-MAIL DIRECTO MÉDICO-PACIENTE. EXPERIENCIA DE 1 AÑO EN UNA CONSULTA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: LOSTAL GRACIA MI, VILLAMAÑAN MONTERO A, SILVESTRE ORTE MA, GASCON RICALTE I

LOSTAL GRACIA MARIA ISABEL . CS ACTUR OESTE . PEDIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS OPORTUNIDAD DE MEJORA

1. Atención a consultas que no precisan la presencia del niño.
2. Mejorar la accesibilidad cuando hay motivos laborales.
3. Disminuir consulta de demanda, aumentando el tiempo dedicado a consulta programada y atención a crónicos.

METODOLOGÍA

1. Envío de carta personalizada proporcionando dirección de correo electrónico para comunicarse directamente con su pediatra y normas básicas de funcionamiento, a todas las familias que tenían niños en edad inferior a 2 años, pertenecientes a una consulta de Pediatría del CS Amparo Poch, Sector Zaragoza I. Abril 2010.
2. Apertura diaria y contestación de correos durante el periodo de 1 año, excepto festivos y vacaciones.
3. Envío de encuesta de satisfacción al final de dicho período.

RESULTADOS

1. Los motivos de consulta más frecuentes fueron sobre cuidados de puericultura y trastornos leves.
2. Se realizó habitualmente uso adecuado, evitando su uso para cuadros urgentes.
3. Se analizó el número de consultas de demanda, no observándose diferencias con periodos similares.
4. Alto grado de satisfacción por parte de los usuarios.

CONCLUSIONES

El uso del e-mail directo médico-paciente en una consulta de pediatría:

1. Mejora la atención y cuidado del niño.
2. Mejora la accesibilidad.
3. Aumenta la calidad y servicio al niño.
4. No se ha observado optimización del tiempo de consulta.
5. Para su implantación de forma generalizada habría que tener en cuenta la sobrecarga añadida que supondría al profesional médico.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 6

Nº Reg. 232

TÍTULO. **GESTIÓN DE CALIDAD EN COCINA HOSPITALARIA HACIA LA CERTIFICACIÓN ISO 9001:2008. PROCEDIMIENTO LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN**

Autores: PEREZ SALILLAS M, REVILLA LOPEZ C, SEGURA AZNAR MJ, GARCIA BLASCO S, VERA CEAMANOS M

PEREZ SALILLAS MARIA . H MIGUEL SERVET . HOSTELERIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Dentro de los procesos de certificación UNE-EN ISO 9001-2008, en el sistema de gestión de calidad se establecen indicadores que nos permiten medir periódicamente nuestro trabajo para garantizar la calidad del mismo y un proceso de mejora continua.

La identificación de los equipos, superficies y utensilios potenciales causas de contaminación, permite aplicar medidas correctoras de limpieza y desinfección (L+D) para disminuir el riesgo de contaminaciones cruzadas.

METODOLOGÍA

Control microbiológico mensual de forma rotatoria de 6 superficies mediante dos metodologías diferentes: placa de contacto e hisopado.

Control microbiológico semanal de forma rotatoria de una batidora.

Para comprobar la eficacia de las operaciones la toma de muestras se realiza tras efectuar la L+D establecida en protocolos de cocina.

RESULTADOS

La evaluación de resultados se realiza según criterios establecidos:

Aerobios: Satisfactorio: <10 ufc/cm² ó <100 ufc/ml (batidoras)

Enterobacterias: Satisfactorio: <1 ufc/cm² ó <10 ufc/ml (batidoras)

Año 2012: Se analizan 99 muestras: 38 mediante dilución con agua estéril, 40 mediante hisopo y 21 mediante placa de contacto rodac.

Porcentaje de muestras con resultados satisfactorios en Recuento de aerobios

Agua estéril: 60,53%

Hisopo: 65%

Placa Rodac: 100%

Porcentaje de muestras con resultados satisfactorios en Recuento de enterobacterias

Agua estéril: 65,79%

Hisopo: 85%

Placa Rodac: 100%

CONCLUSIONES

El Servicio de Cocina está muy comprometido en el establecimiento de un Sistema de Gestión de Calidad normalizado, donde los procesos más importantes que realiza estén perfectamente descritos y documentados, orientado a conseguir la Certificación UNE-EN ISO 9001-2008.

La medición periódica de nuestro trabajo a través de indicadores, nos permite garantizar la calidad del mismo, dentro de un proceso de mejora continua.

El análisis microbiológico de superficies de manipulación, verifica la efectividad de los procedimientos de limpieza y desinfección. Ello permite una mejora continua basada en la planificación, control y medición de la eficacia del procedimiento de L+D. Mejorando resultados en batidoras, picadora de carne y vajilla se eliminaría el 80% de resultados no satisfactorios. Cuando la valoración es "No satisfactoria", se rellena una hoja de incidencias que incluye medidas correctoras, lo que permite mejorar los resultados en analíticas posteriores.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 6

Nº Reg. 126

TÍTULO. ACTIVIDAD COMUNITARIA: PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES

Autores: REQUENO JARABO MN, VAL ESCO L, MARIN IZAGUERRI MP, CID JIMENEZ I, VISIEDO SANCHEZ S, JUEZ CLAVERIA J, PEREZ VICENTE R, RUIZ MARTINEZ D

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

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Acercarnos a las actitudes mantenidas por los adolescentes ante el consumo de alcohol y el grado de conocimiento sobre sus efectos.

METODOLOGÍA

Se ha pasado el test Acticol a alumnos de 5º y 6º de Primaria de los colegios Andrés Manjón y Emilio Moreno de Zaragoza, y el test Conocol en 3º y 4º de ESO del Instituto Jerónimo Zurita. Se han realizado 3 grupos focales acerca del consumo de alcohol con delegados de 3º y 4º de ESO y padres de alumnos (cada uno por separado). Posteriormente se han analizado los resultados tanto de las encuestas como de los grupos focales, decidiéndose intervenir en 6º de Primaria y en el instituto en 4º de ESO.

RESULTADOS

Se han realizado 2 intervenciones de 1 hora en los grupos de 6º de Primaria (con residentes de tercer año de Medicina Familiar y Comunitaria) en 2 días diferentes y una de 2 horas en los grupos de 4º de ESO (con residentes de 4º año). Se habló de los efectos del alcohol a corto y largo plazo y de los mitos del alcohol y los alumnos plantearon consultas acerca del alcohol. Los alumnos de 6º realizaron campañas contra el alcohol en murales y en 4º de ESO se puso el vídeo de un monólogo acerca del consumo de alcohol.

En cuanto al test Conocol algunos de los resultados fueron:

- No se puede llegar a ser alcohólico sin haberse emborrachado: 67,58%
- El alcohol no crea dependencia física: 57,66%
- El alcohol no crea dependencia psicológica: 36%
- Las bebidas alcohólicas son buenas para combatir el frío: 76%
- El alcohol mezclado con bebidas gaseosas emborracha menos: 68,18%
- El alcohol es un estimulante mental, como las anfetaminas y la cocaína: 50%
- Beber alcohol con el estómago vacío emborracha más: 37%
- El alcohol despeja la mente: 32,12 %

En cuanto al test Actitol algunas respuestas fueron:

- El 71,1% está de acuerdo con que no se anuncien bebidas alcohólicas en televisión
- El 80% está de acuerdo con la prohibición de venta de alcohol a menores de 16 años
- El ser alcohólico es tan malo como ser heroinómano: 40% en desacuerdo
- El alcohol es útil para olvidarse de los problemas cotidianos: 23,25% de acuerdo
- Si bebes un poco se conduce mejor: 15% de acuerdo

CONCLUSIONES

Se mantienen actitudes excesivamente permisivas hacia el consumo de alcohol, así como a las creencias basadas en informaciones erróneas, o no conocidas o el desconocimiento de los efectos derivados de la toma de bebidas alcohólicas.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 6

Nº Reg. 360

TÍTULO. PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DE CONTROL DE IMPULSOS EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON. ELABORACIÓN DE UNA GUÍA INFORMATIVA. NECESIDAD DE EVALUACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: SOBREVIELA AURE M, CHUECA MIGUEL EP, ASTIASU PEÑA AC, MARIN ESPAÑOL L, NAVARRETE TORRES P, GRACIA AZNAR M, CRESPO BIEL M, ALVAREZ GALLEGO O

[SOBREVIELA AURE MARTA . ASOCIACION PARKINSON ARAGON . ASOCIACION PARKINSON ARAGON](#)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Debido a las escasas investigaciones sobre estos trastornos, el objetivo principal de esta investigación es la evaluación de la prevalencia de los trastornos de control de impulsos en la enfermedad de Parkinson y su relación con algunas variables como: la edad, años de enfermedad, tipo de enfermedad, etc. Así como mejorar el conocimiento, información y tratamiento sobre este tipo de trastornos para reducir el impacto negativo y auto-estigmatizador de estas conductas.

METODOLOGÍA

PARTICIPANTES

Los participantes de este estudio son pacientes que acuden regularmente a las sesiones grupales en la Asociación Parkinson Aragón. Los cuestionarios fueron pasados de forma individual durante el mes de Mayo del 2012.

INSTRUMENTOS

Encuesta de datos relacionados con la Enfermedad de Parkinson- A propósito de esta investigación, se creó una breve encuesta que incluía datos sobre: estado civil, tipo de enfermedad, nivel de estudios, estado civil, situación laboral, año de diagnóstico de la enfermedad y la medicación que los sujetos tomaban diariamente.

Cuestionario sobre Trastornos impulsivos y compulsivos en la enfermedad de Parkinson Versión Completa (Questionnaire for impulsive and compulsive disorders in Parkinson's Disease. QUIP; Weintraub y cols., 2009)- Este cuestionario tiene un total de 13 ítems y evalúa los trastornos de control de impulsos (TCI) con respecto al Juego, Compras, Comida y Sexo, otras conductas (O.C) punding, hobismo y walkout) así mismo evalúa el posible uso/abuso de la medicación (U.M). Para ambas secciones cuenta con una especificidad y sensibilidad superior al 90% (TCI sensibilidad=0.90, especificidad=0.97; O.C sensibilidad=0.96 especificidad=0.90).

Cuestionario de datos relacionados con los Trastornos de control de impulsos - Así mismo, se añadieron unas preguntas de información para conocer si los participantes de la investigación: 1) Habían presentado estas conductas anteriormente a la enfermedad y 2) Si habían informado alguna persona de su entorno sobre estas conductas y si se habían puesto en contacto con el neurólogo o con otros profesionales (Psicólogos, Médicos de cualquier especialidad, Trabajadores sociales, Terapeutas Ocupacionales, Fisioterapeutas, Logopedas, etc.) para informarles de estas conductas 3) Si habían informado al Neurólogo, conocer si había habido algún tipo de regulación de la medicación y 4) Conocer el grado de importancia que tenían para estos sujetos estas conductas y si desearían recibir tratamiento para estas conductas.

DISEÑO

En esta investigación los sujetos de la investigación conocieron el objetivo de la evaluación, ya que el primer objetivo que se pretendía con las evaluaciones era dar información sobre este tipo de conductas y en segundo lugar orientar e informar sobre los pasos a dar y tratamiento.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Dado que las variables son categóricas, para el análisis estadístico de esta investigación se utilizaron técnicas de análisis de tablas de contingencia y el estudio de los residuos ajustados (r).

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

La muestra estuvo formada por un total de 62 personas (n=62), de los cuales el 63% (n=39) eran hombres y el 37% mujeres (n=23). Un 71% (n=44) están casados, un 18% (n=11) es viudo/a, un 10% (n=6) es soltero/a y un 2% (n=1)

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 6

Nº Reg. 360

TÍTULO. PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DE CONTROL DE IMPULSOS EN LA ENFERMEDAD DE

Autores: SOBREVIELA AURE M, CHUECA MIGUEL EP, ASTIASU PEÑA AC, MARIN ESPAÑOL L, NAVARRETE TORRES P, GRACIA AZNAR M, SOBREVIELA AURE MARTA . ASOCIACION PARKINSON ARAGON . ASOCIACION PARKINSON ARAGON

está divorciado/a.

La media de edad de este estudio fue de 68 años. La mayoría de los sujetos se encontraba entre los 60-69 años (33.9%), seguidos de un rango de edad de 70-79 años (30.6%) y de 80-89 años (24.2%). Un 3.2% de los sujetos se encontraba entre los 40-49 años y un 8.1% entre 50-59 años.

Con respecto a los estudios realizados, la mayoría de los sujetos terminaron sus estudios primarios 44% (n=27), seguido por un 19% que había finalizado estudios universitarios (n=12), un 16% de la muestra había finalizado estudios de formación profesional y un 15% (n=9) estudios secundarios. Solo un 6% (n=4) no tenía estudios. Así mismo, la mayoría de los sujetos, un 87% se encuentran actualmente jubilados (n=52) mientras que, un 9.7% se dedican a tareas del hogar (n=6) y un 3.3% se encuentra en otra situación (n=4).

La mayoría de los sujetos estaba diagnosticado de Parkinson idiopático (79%), un 19% de algún tipo de parkinsonismo y un 2% de parálisis supranuclear progresiva.

Con respecto a los años de enfermedad, un 37.1% había sido diagnosticado hace menos de 5 años, un 30.6% fueron diagnosticados hace menos de 10 años y más de 5 años, un 14.5% había sido diagnosticado hace más de 10 años pero menos de 15 años, un 9.7% entre 20-15 años y un 8.1% hace más de 20 años pero menos de 25 años.

TRASTORNOS DE CONTROL DE IMPULSOS

Es de destacar que, un total de 32 personas de los 62 sujetos (51%) que participaron en esta investigación presentaron algún tipo de trastorno de control de impulsos.

El trastorno de control de impulsos con mayor prevalencia fue el de comida compulsiva con un 21%, seguido por un 17.8% que presentaron compra compulsiva y un 11.3% presentaron comportamiento sexual compulsivo. La menor prevalencia la obtuvo el juego patológico con un 3.2%.

Con respecto a otras conductas compulsivas, un 21% presentaron conductas de hobbismo, un 17.7% presentaron conductas de punding, un 11.3% uso/abuso de la medicación y un 4.8% presentaron conductas de vagabundeo o walkout.

De los 32 participantes que presentaron algún tipo de TCI u OCC, 20 presentaron más de un trastorno de control de impulsos (Tabla 1). Se encontraron diferencias significativas con un nivel de confianza del 99% en la relación del TCI compras y comida ($p=0.002$), es decir que los sujetos que cumplían los criterios para la comida compulsiva presentaban también compra compulsiva y viceversa y además, esa relación es significativa. Así mismo, las conductas de hobbismo y de punding también mostraron una relación positiva y significativa ($p=0.006$).

RELACIÓN DE TCI Y OCC CON OTRAS VARIABLES

Se encontraron diferencias significativas con respecto a la edad en los TCI de Juego patológico y de compras. En ambos se encontró que, con una significación del 99% en el juego patológico ($p=0.003$) y con un 95% en el caso de la compra compulsiva, los sujetos en edades comprendidas entre los 40 y los 49 años mostraban una relación positiva en presentar ambos TCI.

Con respecto al género, se encontraron diferencias significativas con respecto al TCI de sexo, con un 95% ($p=0.031$) los hombres mostraban una relación positiva con este TCI mientras que las mujeres mostraron una relación con no presentarlo.

También se encontraron diferencias significativas en cuanto a la variable años de enfermedad en los TCI de compras y comida. Con respecto a las compras, el rango de años de edad comprendido entre los 10-15 años presentó una relación significativa con un 95% ($p=0.011$) de presentar este TCI. Al igual que en el TCI comida, con un 99% ($p=0.002$) los sujetos que llevaban entre 10-15 años de enfermedad, junto a los que llevaban entre 20-25 años de enfermedad mostraron una relación positiva con este TCI mientras que, los sujetos que acaban ser diagnosticados o llevaban menos de 5 años de enfermedad mostraron una relación negativa con este TCI.

Aunque no se encontraron diferencias significativas en cuanto al estado civil, si se encontró una relación positiva entre estar soltero y presentar juego patológico y estar casado y no presentar juego patológico.

En lo relativo al nivel de estudios, no se encontraron diferencias significativas en ningún TCI pero, si se encontró una relación entre el nivel de estudios FP y presentar este TCI.

La variable tipo de enfermedad se mostró significativa en el TCI de comida con un 95% de confianza ($p=0.026$), mostrando una relación positiva (r) entre el diagnóstico de Parkinsonismo y no presentar TCI comida.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 6

Nº Reg. 360

TÍTULO. PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DE CONTROL DE IMPULSOS EN LA ENFERMEDAD DE

Autores: SOBREVIELA AURE M, CHUECA MIGUEL EP, ASTIASU PEÑA AC, MARIN ESPAÑOL L, NAVARRETE TORRES P, GRACIA AZNAR M, SOBREVIELA AURE MARTA . ASOCIACION PARKINSON ARAGON . ASOCIACION PARKINSON ARAGON

No se encontraron diferencias significativas en la variable situación laboral, si bien, al ser la muestra tan pequeña y debido a la edad de los participantes, la mayoría de los sujetos se encontraba en situación de jubilación.

No se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables de este estudio con OCC.

INFORMACIÓN DE ESTAS CONDUCTAS

De las 62 personas participes en esta investigación, sólo 8 personas afirmaron haber informado de estas conductas a alguna persona; 2 personas habían hablado con el Neurólogo, 2 personas a un Psicólogo, otras 2 personas lo habían hablado con algún familiar y 2 personas no lo habían hablado con nadie.

De las 2 personas que habían hablado con el Neurólogo, afirmaban que se les había regulado la medicación y estas conductas habían desaparecido.

Con respecto al interés por estas conductas, la mayoría de los sujetos 85% afirmaba presentar mucho interés por ellas y por recibir tratamiento en el caso de presentarlas.

CONCLUSIONES

Debido a que la muestra obtenida en este estudio es pequeña los resultados deben ser tenidos en cuenta con cautela. Los resultados obtenidos obtienen tasas de prevalencia de TCI/OCC de 51.6%, de los que además el 60% de ellos presentaban más de un TCI/OCC. Estos resultados indican la importancia de tener en cuenta estas conductas. Es de destacar que, todos los participantes que presentaron algún TCI tomaban un agonista dopaminérgico. Este dato es compatible con los resultados obtenidos por los estudios realizados anteriormente.

Con respecto a las otras medidas evaluadas, cabe destacar también la importancia que daban los sujetos a estas conductas, queriendo obtener información sobre el tratamiento y, no solo para las personas que puntuaron positivamente para algún TCI, sino para la mayoría de los participantes de este estudio. Otro dato a considerar es que la mayoría de las personas que presentaron algún TCI reconocían darse cuenta de que no podían controlar estas conductas pero, no lo habían hablado con nadie. Este dato es muy indicativo del gran estigma que producen estos trastornos, al igual que con otros muchos de los síntomas o motores que presentan los afectados de Parkinson y que la mayoría de las veces se mantienen en el tiempo por desconocimiento y por vergüenza. Es por ello que, el desarrollar este tipo de investigaciones ha sido más que adecuado para poder haber dado a conocer este tipo de conductas y trabajar con la imagen negativa (auto-estigma negativo) que producen.

DISCUSIÓN Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Debido a que el tamaño de la muestra fue muy pequeño, los resultados no pueden ser generalizados es por ello que sería muy conveniente que se sigan realizando investigaciones para poder estudiar la prevalencia de estos trastornos en muestras más grandes ya que, como hemos mencionado anteriormente, crean mucho estigma en los afectados de Parkinson y son muchas veces ellos mismos los que no se atreven a reconocer lo que les está ocurriendo y el sufrimiento que estas conductas les hacen padecer es muy acusado es por ello que hemos diseñado una guía para favorecer el conocimiento de TCI. Debido a la confianza que tienen los enfermos en los médicos de atención primaria consideramos que desde Atención Primaria también se puede ayudar a detectar los TCI estableciendo vías de comunicación que favorezcan su calidad de vida.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 6

Nº Reg. **313**

TÍTULO. **COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA CPRE REALIZADA EN NUESTRO CENTRO EN EL AÑO 2012**

Autores: SOLANO SANCHEZ M, ARIÑO PEREZ I, DUCONS GARCIA J, LUE A, LACARTA GARCIA P, ARGUEDAS LAZARO Y, REVUELTO ARTIGAS T

SOLANO SANCHEZ MARINA . H.CLINICO UNIVERSITARIO . APARATO DIGESTIVO

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Valorar las complicaciones derivadas de la CPRE en nuestro centro a lo largo de 2012 y compararlas con los estándares de referencia publicados en la guía de la American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) de 2012

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo y prospectivo que recoge las complicaciones que se han producido en las CPRE realizadas en el 2012 en nuestro centro. Según los criterios de la ASGE consideramos: Pancreatitis: Empeoramiento del dolor abdominal existente o aparición de novo; prolongación de la estancia hospitalaria de al menos dos días o ingreso nuevo, amilasemia superior a tres veces el límite alto de la normalidad (a partir de las 24h). Hemorragia: Sangrado derivado del procedimiento que haya supuesto repercusión hemodinámica o transfusión sanguínea. Perforación: periampular, duodenal o de los conductos biliares. Colangitis: Leve: Fiebre a partir de 38°C entre las 24h y 72h postCPRE; Moderada: Sepsis que precisa más de 3 días de tratamiento hospitalario, drenaje endoscópico o percutáneo; Grave: Shock séptico o necesidad de cirugía.

RESULTADOS

De las 378 CPRE realizadas en 2012, se han producido 7 pancreatitis (1.85%) de las que sólo ha fallecido 1 paciente, lo que supone una mortalidad específica por pancreatitis postCPRE del 0.27%. Otras complicaciones han sido 6 hemorragias (1.59%) y 1 colangitis (0.27%) con 0% de mortalidad, así como 4 perforaciones (1.09%) falleciendo 2 pacientes, lo que supone una mortalidad específica por perforación del 0.53%. Mortalidad de la técnica: 0.79% (3/378).

CONCLUSIONES

Para interpretar correctamente los resultados hay que considerar la complejidad de los pacientes de un hospital terciario de referencia con un programa de trasplante hepático. Comparándonos con los estándares de referencia de la ASGE observamos que nuestro porcentaje de pancreatitis es inferior, siendo del 1.85% (7/378) frente al 3.5%. Lo mismo sucede con la tasa de colangitis del 0.27% (1/378) frente al 1%. La tasa de hemorragias es similar; 1.59% (6/378) frente al 1.3% IC95%(1.2%-1.5%). Se han de implementar medidas que reduzcan la incidencia de perforaciones que suponen el 1.09% (4/378) frente al 0.6% y la tasa de mortalidad, que a pesar de ser baja es del 0.79% (3/378) con respecto al 0.45% de los estándares. Para ello se propone la revisión y adopción de medidas tales como el uso de diclofenaco rectal, canulación del conducto pancreático, esclerosis postesfinterotomía, profilaxis antibiótica en pacientes con obstrucción biliar... etc. Se puede concluir que la La CPRE es una técnica segura y eficaz.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 6

Nº Reg. 169

TÍTULO. EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEA DEL SUEÑO (SAOS)

Autores: SOLER ABADIAS RM, MARIN TRIGO JM, MARTIN CARPI T, MAINAR RUCIO P, ANSON MANSO MA, IBAÑEZ PINA M, GIL GOMEZ V, AGUAVIVA MARCUELLO B

SOLER ABADIAS ROSA MARIA . H MIGUEL SERVET . NEUMOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Se ha detectado en la consulta de enfermería de una Unidad de Trastornos respiratorios del Sueño (UTRS) un importante grado de desconocimiento por parte del paciente con SAOS sobre su patología. Dada su cronicidad y la necesidad de tratamiento con sistemas relativamente complejos, surge la necesidad de que el paciente adquiera conocimientos sobre su propia patología y sobre las terapias prescritas. Serán los enfermer@s responsables de la unidad los encargados de transmitir estos conocimientos.

OBJETIVOS

- Mejorar los conocimientos de los pacientes con SAOS, acerca de su patología, de hábitos higiénicos del sueño y de la terapia con CPAP.
- Valorar la efectividad de la intervención educativa.

METODOLOGÍA

Diseño de estudio: Estudio prospectivo y con intervención.

Sujetos de estudio: pacientes diagnosticados de SAOS.

Lugar: Consulta de Enfermería de la UTRS del Hospital Universitario Miguel Servet.

Intervención. Se proporcionará por escrito un material didáctico basado en las necesidades de este grupo de pacientes. Incluye información sobre:

- Hábitos de higiene de sueño.
- Definición, causas, mecanismos y complicaciones de la apnea.
- Terapia CPAP
- Potenciales problemas y soluciones de la terapia con CPAP
- Teléfono de contacto.

Evaluación de conocimientos y rendimiento de la intervención. Se administrará un cuestionario de 7 preguntas de respuesta múltiple para valorar los conocimientos previos y posteriores a la intervención educativa. El cuestionario incluye conocimientos teóricos y prácticos.

Análisis de resultados. Cada ítem del cuestionario es valorado de 0 (ningún conocimiento) a 10 (máximo conocimiento). Los análisis descriptivos e inferenciales se realizarán con el paquete estadístico spss v 15.0.

RESULTADOS

Se estudiaron 44 pacientes diagnosticados de SAOS severo. Antes y después de la intervención educativa, el valor del bloque teórico fue de 14.0 ± 10.8 vs 33.6 ± 5.7 ($p < 0.001$), el valor del bloque práctico fue de 5.3 ± 7.3 vs 17.1 ± 3.5 ($p < 0.001$) y del acceso telefónico fue de 6.7 ± 3.3 vs 8.9 ± 1.2 ($p < 0.001$). El cambio en la puntuación total fue de 16.1 ± 18.1 vs 59.7 ± 9.5 ($p < 0.001$)

CONCLUSIONES

La intervención educativa especialmente diseñada para mejorar el conocimiento del SAOS es efectiva a corto plazo tanto en coste como en calidad percibida por el paciente.

Nos hemos planteado a raíz de estos resultados: 1) evaluar la eficiencia de la intervención a largo plazo, 2) evaluar la eficacia de esta intervención en pacientes con SAOS, ya portadores de CPAP y 3) determinar si esta intervención mejora la adherencia a las terapias con CPAP.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 6

Nº Reg. 60

TÍTULO. **SEGURIDAD EN URGENCIAS: UTILIZACIÓN DEL MÉTODO LONDON PARA ANÁLISIS DE UN CASO CLÍNICO**

Autores: YAÑEZ RODRIGUEZ F, RECIO JIMENEZ E, CATALAN LADRON ML, ALONSO HERNANDEZ M, MONTESA LOU C, URDAZ HERNANDEZ M

YAÑEZ RODRIGUEZ FELICIDAD . H ERNEST LLUCH . URGENCIAS

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El objetivo principal es implantar una cultura y metodología de trabajo en seguridad clínica en nuestro Servicio de Urgencias para disminuir el riesgo de aparición de eventos adversos en el paciente. Presentamos a continuación el resumen del análisis de un caso clínico

METODOLOGÍA

Aplicamos el método London, realizando una descripción de los hechos, con identificación de las posibles causas inmediatas y las condiciones latentes, cribado de las consecuencias y propuesta de estrategias para disminuir el riesgo. La descripción detallada de los acontecimientos se presentará en la comunicación definitiva, manteniendo el orden cronológico de los hechos, con criterios de máxima objetividad y neutralidad, sin buscar culpabilidades.

RESULTADOS

En nuestro caso, se trata de un paciente varón de 81 años que acude en tres ocasiones al Servicio de Urgencias, siendo atendido por distintos facultativos los días 31 de julio, 3 y 5 de agosto. En resumen, viene por una lumbalgia de la que finalmente resulta un aneurisma de la aorta abdominal de evolución tórpida.

Hemos identificado los posibles motivos inmediatos del efecto adverso, como fallo de diagnóstico inicial y sobre todo en la segunda atención, o al menos la falta de sospecha o de realización de diagnóstico diferencial.

Otras causas comprobadas son la ausencia de registro de antecedentes personales en la primera y segunda asistencias y fallos en la historia clínica.

En cuanto a las condiciones latentes, hemos advertido elementos propios del paciente, por la complejidad del tema y por circunstancias sociales o culturales. Por nuestra parte, destacan factores propios del equipo humano y sobre todo del profesional sanitario, especialmente en la segunda atención, en cuanto a conocimientos, aptitudes, competencia y fatiga. Además, se detectan problemas de comunicación escrita o de registro y falta de supervisión y asesoramiento, así como el efecto de la turnicidad y nocturnidad del equipo humano. Como datos de menor relevancia, se han identificado deficiencias de tareas y tecnología, tales como la ausencia de protocolo vigente y otras carencias ambientales de trabajo.

Tras realizar el cribado de las condiciones latentes, diseñamos las estrategias para disminuir el riesgo en cuanto a la historia médica, la supervisión de la tarea del M.I.R. y la implantación de protocolo.

Como discusión nos planteamos si se podía haber evitado la muerte por aneurisma disecante de la aorta abdominal en el caso de que la sospecha diagnóstica se hubiera establecido antes y se hubieran registrado antecedentes, supervisado el proceso y seguido un protocolo.

CONCLUSIONES

A pesar del pronóstico muchas veces adverso del aneurisma de la aorta abdominal, se pueden plantear estrategias de mejora para evitar riesgos.