

## XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

**Mesa 6 \* 14M-16:00 h.**

Reg	Presentador/a	Título de la Comunicación
317	BALLESTIN MIGUEL MARIA JESUS	EXPERIENCIA PILOTO SOBRE GESTION COMPARTIDA IASS-SALUD, DE UNIDADES DE CONVALECENCIA SOCIOASISTENCIAL (UCSS) EN 2015
343	BESCOS OROS MARIA DEL MAR	IMPLEMENTACIÓN DE UN FORMULARIO DE RECOGIDA DE DATOS PARA LA REALIZACIÓN DE LA SEDACIÓN TERMINAL.
598	DE TORRES AURED MARIA LOURDES	IMPLEMENTACIÓN DE DIETA HIPERPROTEICA DE FÁCIL MASTICACIÓN PARA PACIENTES INGRESADOS, INCLUIDOS EN EL PROCESO DE CADERA
157	DIESTE GONZALEZ MARIA MERCEDES	ACTUACION DE ENFERMERIA EN EL MANEJO DEL RECUPERADOR DE SANGRE POSTQUIRURGICO
504	DOLZ ZAERA MARIA ISABEL	AFIANZAMIENTO DEL SISTEMA DE CALIDAD ISO EN EL SERVICIO DE NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA.
279	FERRANDO LACARTE IGNACIO	NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA REALIDAD EN EL PACIENTE TERMINAL
446	FRANCO GARCIA MARIA ESTHER	FORMACIÓN AL PACIENTE EN AUTOCONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL. ¿QUE HEMOS VARIADO EN 5 AÑOS?
644	FUSTERO FERNANDEZ MARIA VICTORIA	MEJORAR LA SEGURIDAD CLÍNICA Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN NUESTRO CENTRO DE SALUD
582	GALINDO ALLUEVA MARIA	IMPACTO DE LA ACTUALIZACIÓN DE LOS CRITERIOS DE BEERS EN NUESTRO MEDIO
475	HADDAD GARAY MARIA	PASOS A SEGUIR PARA LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CALIDAD EN EL SERVICIO DE NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA
612	JIMENEZ ALBERICIO JAVIER	ESTUDIO ESTADÍSTICO DE LA DISTRIBUCIÓN DE UNIDADES DE MONITOR EN PACIENTES EN TTº HIPOFRACCIONADO DE IMRT DE PRÓSTATA
569	JIMENEZ PEREZ EVA MARIA	OPTIMIZACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA Y DE LA CRIANZA, EN EL C.S. MARÍA DE HUERVA
196	LAGUNA CAPEL VANESA	PROGRAMA PRIMER IMPACTO DIRIGIDO A PACIENTES Y FAMILIARES RECIÉN DIAGNOSTICADOS DE CÁNCER
238	LAVIÑA CASTAN ANA BELEN	ACTUALIZACION POSTER ADMINISTRACION SEGURA FARMACOS EN OBSTETRICIA
122	MARTIN GRACIA LETICIA	DOLOR AGUDO EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS: ¿FENTANILO INTRANASAL O CLORURO MÓRFICO INTRAVENOSO?
94	MODREGO AZNAR MARIA FABIOLA	CÉNTRATE EN MEDIR LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE Y SU VIVENCIA. NUEVOS FÁRMACOS Y RESULTADOS EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS
529	MORATA CRESPO ANA BELEN	FASE 3 DE LA REHABILITACIÓN CARDIACA LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS. DONDE ESTAMOS?
41	POMBO MATO RAMON	IMPLEMENTACION PROTOCOLO SONDAJE VESICAL BASADO EN EVIDENCIA. PROYECTO COLABORACION HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS- UEA
633	PUERTA POLO ELENA	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA CONSERVADORA EN CA DE MAMA CON GANGLIO CENTINELA Y RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA
358	SANZ RUBIO MARIA CONCEPCION	VARIACIÓN DE LA SATISFACCIÓN EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS Y SU TRATAMIENTO
403	TOBAJAS SEÑOR EVA M	ACTUACIONES DE MUY BAJA EVIDENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS

## XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 6

Nº Reg. 317

### TÍTULO. EXPERIENCIA PILOTO SOBRE GESTION COMPARTIDA IASS-SALUD, DE UNIDADES DE CONVALECENCIA SOCIOSANITARIA (UCSS) EN 2015

*Autores: BALLESTIN MIGUEL MJ, J PEREZ LEONA M, HUALDE MOZOTA B, SIERRA CAÑIZARES E, VICO RUBIO P, HERNANDEZ ARNEDOM, BLASCO VIANA C, GARCES TRULLENQUE E*

*BALLESTIN MIGUEL MARIA JESUS . H CLINICO UNIVERSITARIO . TRABAJO SOCIAL*

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Proporcionar una atención adecuada a las personas que tras el alta hospitalaria precisan de cuidados y apoyo personal y no disponen del soporte sociofamiliar necesario para ello, garantizando la continuidad de la asistencia mediante la participación de Servicios Sociales en la convalecencia.

#### METODOLOGÍA

El HCU "Lozano Blesa" tiene disponibles 10 plazas en UCSS en Residencia pública "Santa Ana" Utebo. El tiempo de permanencia máximo es de 60 días.

Se ha elaborado un procedimiento para identificar a los pacientes, realizar valoración integral y solicitar plaza previo consentimiento informado del paciente y/o familia. A su vez consta el circuito de coordinación de los agentes implicados (IASS, UCSS, U. Trabajo Social, médico responsable, enfermería de valoración, S. de Farmacia, trabajador social del Centro de Salud).

Pueden ser susceptibles de ingreso las personas hospitalizadas, que residan en Aragón, se encuentren en situación de dependencia funcional, estén en disposición del alta médica y acrediten la necesidad de cuidados sanitarios continuados y, a su vez, carezcan de suficiente apoyo familiar o social.

#### RESULTADOS

La primera paciente se traslada a la UCSS el 27/01/2015. De 64 solicitudes, se han trasladado 53 pacientes, 31 mujeres (58.5%) y 22 hombres (41.5%). El rango de edad predominante ha sido de 80-89 años, 23 pacientes (41.5 %). Resulta destacable que 9 traslados han sido de personas de más de 90 años y 6 con menos de 60 años.

El servicio que más traslados ha realizado ha sido Medicina Interna, 22, (41.5%), seguido de Traumatología con 9 traslados (17%).

No se ha generado lista de espera. Los ingresos en la UCSS se han realizado de forma ágil. En general no se ha superado el tiempo máximo de permanencia.

#### CONCLUSIONES

Se puede afirmar que la UCSS es un dispositivo útil y eficiente para garantizar la continuidad de cuidados de las personas que carecen de soporte social adecuado.

La estancia en la UCSS ha evitado reingresos hospitalarios en pacientes identificados.

Uno de los puntos fuertes a reseñar es la estrecha coordinación y colaboración de los profesionales de Gerencia de IASS, Residencia, Hospital y Atención Primaria.

Es recomendable unificar lenguaje y criterios en ambos ámbitos intervinientes, sanidad y servicios sociales, para facilitar la coordinación y la toma de decisiones a fin de proporcionar a los ciudadanos una atención adecuada en el momento que se precisa cuando se requiere de la intervención de ambos sistemas.

## XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 6

Nº Reg. 343

### TÍTULO. IMPLEMENTACIÓN DE UN FORMULARIO DE RECOGIDA DE DATOS PARA LA REALIZACIÓN DE LA SEDACIÓN TERMINAL.

Autores: BESCOS OROS MDM, ZAMORA MOLINER AC

BESCOS OROS MARIA DEL MAR . ESAD HUESCA . ESAD

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Crear un formulario de recogida de datos que proporcionen la información necesaria para realizar una Sedación Paliativa (SP) sin que queden datos que deben ser conocidos en la Historia Clínica (HC) tanto por su interés clínico como ético y legal.
- Adjuntar este formulario a la HC, y que pueda ser consultado, revisado y justificado el acto médico.
- Conseguir que dicho formulario sea sencillo de cumplimentar y que no suponga un incremento del tiempo dedicado a la recogida de información.
- Utilizarlo durante 30 meses.

#### METODOLOGÍA

- Realizar un formulario
- Realizar estudio prospectivo descriptivo de las SP llevadas a cabo por el Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) de Huesca desde Octubre de 2012 a marzo de 2015 utilizando dicho formulario.
- Datos a registrar: Edad, Sexo, Diagnóstico, Pronóstico, Síntoma Refractario, con qué profesional se Consensúa, Fármacos previos que puedan deprimir el Sistema Nervioso Central (SNC), Tipo de SP, Consentimiento, Momento en el que se realiza, Fármacos utilizados, Vía de administración, Evaluación de la Intensidad de la SP y Días en que permanece sedado.
- Análisis estadístico con el paquete Excel 2007

#### RESULTADOS

Se realizaron 59 SP, el 11,8% de pacientes atendidos por el ESAD.  
La edad media: 78,96 años, con edades entre 45 y 100 años, 59 % varones.  
Diagnósticos: Neoplasias: 71,2% .  
Consenso con el médico de familia:57,6% especialista: 13,5% y enfermería:27,11%.  
Consentimiento Informado por parte del enfermo: 64%.  
Tratamiento Previo con fármacos depresores del SNC: 64,4%  
Grado de SP : 66% Superficial.  
Duración: 44% fallecen en las primeras 24 h. y 45% entre el segundo y tercer día.  
Fármaco utilizado: Midazolam a dosis variable según paciente.  
Morfina y Haloperidol como coadyuvantes.

#### CONCLUSIONES

- El formulario sirve para seguir el protocolo de SP, sin dejar de incluir datos fundamentales en la HC, como se observa frecuentemente.
- La SP por ESAD presenta porcentaje bajo.
- Las dosis de fármacos van ligadas a características del enfermo y a fármacos sedantes que tomaba previamente.
- El tipo de sedación demandada ha sido, en gran parte, superficial.
- El momento de la realización ha sido, mayoritario, en la agonía.
- El consentimiento con el enfermo es mayoritario respetando su derecho de autonomía.
- El 90% fallecen a lo largo de los tres días siguientes.

## XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 6

Nº Reg. 598

### TÍTULO. IMPLEMENTACIÓN DE DIETA HIPERPROTEICA DE FÁCIL MASTICACIÓN PARA PACIENTES INGRESADOS, INCLUIDOS EN EL PROCESO DE CADERA

Autores: DE TORRES AURED ML, IBARRA SIERRA C, TENA HERRERO J, LAGUNA HERNANDEZ P, PEREZ PASCUAL C, DE TORRES OLSON C

DE TORRES AURED MARIA LOURDES . H MIGUEL SERVET . DIETETICA Y NUTRICION

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- 1-Disminuir la prevalencia de la desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) en el proceso de cirugía de cadera, durante el periodo de ingreso y tras el alta
- 2-Implementar una dieta hiperproteica y de fácil masticación, como coadyuvante imprescindible para mejorar el estado nutricional, evitando deterioro cognitivo y rechazo de la prótesis

#### METODOLOGÍA

Una vez elaborados todos los menús de la dieta 24, la Unidad de Dietética y Nutrición del HUMS, diseña una estrategia de trabajo de manera que una parte se aplica y evalúa en dicha Unidad y otra la lleva a cabo el personal de enfermería de la Unidad de Cadera del HUMS

- 1- Se marca como Indicador, el control de restos en las bandejas de Comida, Merienda y Cena para calibrar la cantidad ingerida y averiguar el porcentaje de nutrientes aportados en cada ingesta. Al ser una dieta codificada novedosa, se ha diseñado con unas características concretas que el paciente debe conocer y en cuya ingesta es adiestrado para evitar rechazo y restos
- 2- Se diseña una plantilla de Método Comstock, para evaluación de restos en el desbarasado
- 3- Se publica un impreso de sugerencias de menús y características de la Dieta en "Consejos al Alta" de la intranet del HUMS para imprimir y entregar, como continuidad de Cuidados
- 4.-Se forma al personal de la Unidad de Cadera, sobre cómo se forma e informa a pacientes y familiares de la necesidad del consumo integral de cada menú.

#### RESULTADOS

- 1-En el primer trimestre evaluado, los restos de alimentos eran de un 37%, siendo mayoritarios en la tortilla de claras.
- 2-Tras un refuerzo en la información personalizada, los restos pasaron a un 31% en el segundo trimestre.
- 3-En el tercer trimestre se optó por servir sólo el segundo plato con el refuerzo proteico y el postre; los restos bajaron a un 18%

#### CONCLUSIONES

Coordinarse todos los servicios implicados en el Proceso de Cadera, junto con la ingesta de una dieta equilibrada e hiperproteica que evita la DRE, ha hecho que la estancia hospitalaria haya descendido sensiblemente, con todos los beneficios que ello supone para el paciente y el hospital. La implicación del personal de enfermería de la Unidad de Cadera en sinergia con el de la Unidad de Dietética y Nutrición, ha hecho que sea posible esta mejora de calidad para el paciente y económica para el HUMS

## XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 6

Nº Reg. 157

### TÍTULO. ACTUACION DE ENFERMERIA EN EL MANEJO DEL RECUPERADOR DE SANGRE POSTQUIRÚRGICO

*Autores: DIESTE GONZALEZ MM, GIMENO GIMENO MA, LOZANO SANCHEZ E, USON ALVAREZ MC*

*DIESTE GONZALEZ MARIA MERCEDES . H ROYO VILLANOVA . ANESTESIA Y REANIMACION*

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Valorar la eficacia de Sistema de Recuperador sanguíneo.  
Valorar su facilidad de uso.  
Valorar el coste al Sistema Sanitario.  
Beneficios en la recuperación del paciente.

#### METODOLOGÍA

Seleccionamos 20 pacientes quirúrgicos intervenidos de PTR a los que se les puso recuperador.  
Durante su estancia en la sala del despertar se activa el dispositivo observando resultados.

#### RESULTADOS

En 10 pacientes se realiza transfusión de la sangre del recuperador en la Sala del Despertar.  
En 3 pacientes se perdió el sistema de vacío siendo ineficaz el dispositivo..  
En 5 pacientes no hubo suficiente cantidad para la infusión.  
En 2 casos se transfundió más de una vez.

#### CONCLUSIONES

El sistema no facilita el uso del Recuperador produciéndose pérdida del vacío en alguno de los casos.  
Buena aceptación por parte del paciente ya que disminuye la necesidad de transfusión heteróloga.  
El sistema supone un ahorro en la utilización de los recursos.

## XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 6

Nº Reg. 504

### TÍTULO. AFIANZAMIENTO DEL SISTEMA DE CALIDAD ISO EN EL SERVICIO DE NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA.

Autores: DOLZ ZAERA MI, HADDAD GARAY M, VELA MARQUINA ML, VERGARA UGARRIZA JM

DOLZ ZAERA MARIA ISABEL . H MIGUEL SERVET . NEUROFISIOLOGIA CLINICA

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Implantación sólida, mantenimiento y buen funcionamiento del sistema de calidad ISO en el Servicio de Neurofisiología clínica.

#### METODOLOGÍA

Tras el esfuerzo realizado para la obtención de la acreditación del Servicio de Neurofisiología Clínica en la norma ISO, en 2015 resulta imprescindible seguir trabajando para conseguir una implicación de todos los compañeros y un compromiso con el nuevo sistema de calidad implantado.

Las reuniones con el grupo de mejora de la calidad, en el que están representados todos los estamentos del servicio así como las reuniones periódicas con los componentes de la Unidad de Calidad Asistencial resultan un pilar muy importante en el trabajo que supone el mantenimiento de este nuevo sistema de calidad.

Estas reuniones con la UCA refuerzan el compromiso de los responsables de calidad que se ven arropados y ayudados en los momentos de dificultad.

También resulta imprescindible la colaboración de la Dirección para conseguir los objetivos que se plantean y evalúan de forma anual.

Es un sistema exigente, que requiere una continuidad y un compromiso constante.

#### RESULTADOS

Nos ha resultado de gran utilidad el sistema de registro de incidencias para saber qué pasa en el servicio y cómo lo percibe el personal que allí trabaja. Este sistema ha potenciado la implicación y la motivación de nuestros compañeros. Por ello hemos decidido seguir manteniendo el registro en papel porque resulta más inmediato para el personal y se facilita la recogida de los distintos eventos.

El plan de formación elaborado por el grupo de calidad se basa en las necesidades percibidas por los trabajadores del servicio, con aspectos dirigidos a cada una de las categorías que lo integran.

Ha sido también un importante motivo de compromiso y satisfacción las encuestas de satisfacción realizadas tanto a los clientes internos como externos. En ellas han participado distintas categorías profesionales, que se han sentido valoradas y que han propiciado un sentimiento de adhesión al servicio.

#### CONCLUSIONES

El sistema de calidad ISO obliga a los servicios a realizar un importante esfuerzo en el momento de la implantación pero no acaba una vez obtenido.

El sistema obliga a una constante revisión y a un trabajo continuo que, si bien en ocasiones resulta costoso, logra mejorar la calidad del trabajo realizado. También ayuda a conseguir la satisfacción de nuestros pacientes y del personal que trabaja en el servicio.



## XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 6

Nº Reg. 279

### TÍTULO. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA REALIDAD EN EL PACIENTE TERMINAL

Autores: FERRANDO LACARTE I, GONZALEZ EIZAGUIRRE MM, DEZA PEREZ MC, CANOVAS PAREJA C, MINTHE M

FERRANDO LACARTE IGNACIO . H NTRA SRA DE GRACIA . GERIATRIA

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Es sabido que es un derecho del paciente conocer la verdad sobre la gravedad de la enfermedad que padece y su evolución. En ocasiones se omite dicha información para "proteger al paciente" y evitar situaciones de depresión o ansiedad, que pudieran perjudicar la evolución de su dolencia. El objeto de este trabajo es conocer la opinión del cuidador principal sobre la necesidad de informar al paciente, en situación de terminalidad.

#### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo prospectivo de pacientes ingresados entre octubre y diciembre 2015. Recogida de variables. Entrevista con cuidador principal. Descripción de patologías crónicas y años de evolución. Se formula pregunta al cuidador: "¿si el paciente tuviera patología grave con criterio de terminalidad y mantuviera capacidad de comprensión, querría que tuviera información real de su enfermedad" y en caso negativo, ¿ por qué motivo?".

#### RESULTADOS

172 pacientes edad media de 86,65 años, 64,5% mujeres, I. Barthel alta: <20: 37,5%, >60: 25,1%. MSQ Pfeiffer >3: 54,5%.

Viven: solos 5,8%, con cónyuge 19,2%, con hijos 34,9%, en residencia 32,6%. Cuidador principal: familia primer grado 60%, segundo grado 0,6%, cuidadores externos 32,6%. Nivel educativo del cuidador: universitarios 24,5%, estudios primarios y secundarios: 12,2%, sin estudios 15,7%.

Antecedentes: neoplasia 22%, HTA 116%, I cardiaca 50%, fibrilación auricular 56%, cardiopatía isquémica 17%, EPOC 32%, diabetes 36%, I renal 37%, anemia 62,5%, patología tiroidea 13%, artrosis 71%, ictus 45%, demencia 76%, Parkinson 8%, depresión 35%

En caso de enfermedad grave con criterios de terminalidad: 45,3% no desea que el paciente tenga ningún conocimiento, 25% considera adecuado lo que determine el profesional sanitario, 9,3% únicamente información seleccionada 14% la totalidad de la información real.

Los motivos para no informar: 32% no lo comprendería, 11% se alteraría, 6,4%, se deprimiría, 0,6% no especifica motivos.

#### CONCLUSIONES

Existe un elevado número de cuidadores de pacientes con criterios de terminalidad que no desean proporcionar información veraz acerca de su enfermedad para evitar sufrimiento, limitando su derecho a decidir y a conocer su patología.

Hay que potenciar la comunicación con el paciente y su núcleo familiar para romper el "complot del silencio" y prepararlos para esta etapa en el final de la vida

## XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 6

Nº Reg. 446

### TÍTULO. FORMACIÓN AL PACIENTE EN AUTOCONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL. ¿QUÉ HEMOS VARIADO EN 5 AÑOS?

Autores: FRANCO GARCIA ME, ABAD OLMOS AL, LOPEZ CORONADO PEREZ JL, PEREZ LAYO A, MONEVA JORDAN JJ, CARRASCO BARAJA V, LOPEZ GOMEZ LA

FRANCO GARCIA MARIA ESTHER . H NTRA SRA DE GRACIA . HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

En 2009 SALUD ofertó el ATAO; en 2010 surgió el grupo de ATAO del Sector I. En junio 2011 presentamos resultados del primer año de trabajo en estas jornadas. Ininterrumpidamente hemos seguido como único grupo en Zaragoza que forma y controla pacientes en ATAO y siendo sus hematólogos de referencia.

En 2010 empezamos con el material proporcionado por SALUD. En estos 5 años han surgido nuevas necesidades, por lo que hemos elaborado nuevos documentos, pautas y recomendaciones, implementando el material recibido de SALUD.

SALUD nos suministró en 2010:

diapositivas de docencia a pacientes

diarios del paciente anticoagulado (marrón para INR terapéutico 2-3; azul para INR 2,5-3,5), incluye las tablas para dosificación según el INR obtenido del autoanálisis

guía del SALUD para el paciente anticoagulado

coagulómetro portátil

bolígrafo de punción capilar

tiras reactivas de medición del INR

hoja de recogida de datos del paciente

consentimiento informado

Tras sucesivos cursos de formación impartidos hemos implementado:

teléfono de atención a nuestros paciente en ATAO

nuevas diapositivas para curso de formación a pacientes

hoja de observaciones generales; añaden información al diario y guía del paciente anticoagulado

hojas de recogida de resultados de INR y de dosis (copia de seguridad)

tablas de ajuste de dosis en INRs terapéuticos distintos de habituales

tablas equivalencia de DTS (TAO clásico) y niveles (ATAO)

pautas para HBPM, si precisa

pautas para no retirada de TAO en extracción dental sencilla (consenso de hematólogos y odontólogo)

ficha de inclusión del paciente en ATAO, para historia clínica

ficha de revisiones periódicas en nuestra consulta

informe del coagulómetro para aduana/aeropuerto

hoja registro (nº de serie) de coagulómetro entregado

test aptitud en ATAO del paciente/cuidador

informe para C Salud, indicando que el paciente pasa a ATAO

encuesta valoración/satisfacción del paciente tras curso de formación en ATAO

Hemos elaborado (junto al Grupo trabajo Coagulación de la Sociedad Aragonesa Hematología y Hemoterapia), de criterios de priorización para candidatos a ATAO y del formulario de solicitud de inclusión en ATAO, a cumplimentar por el médico que deriva al paciente.

El material referido se pondrá a disposición de enfermería de los centros que acudirán a los 2 cursos FOCUSS que realizamos en 2016 y al grupo de enfermeras CS Actur Norte, que adoptarán nuestros materiales, procedimientos y métodos, con el fin de expandir uniformemente el ATAO en Aragón, apoyados desde SALUD.



## XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 6

Nº Reg. 644

### TÍTULO. MEJORAR LA SEGURIDAD CLÍNICA Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN NUESTRO CENTRO DE SALUD

*Autores: FUSTERO FERNANDEZ MV, FRANCO PORTERO M, CANDIAL HERNANDO L, MARTINEZ LAFUENTE J, ROMAN AHIJADO M, GARCIA MALLA F, GONZALVO HERNANDO P, GINER FUSTERO V*

*FUSTERO FERNANDEZ MARIA VICTORIA . CS MARIA DE HUERVA . ATENCION PRIMARIA*

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Con la aparición de los anticoagulantes de acción directa (ACOD), como alternativa a los existentes, se precisa un abordaje centrado en el paciente, que identifique a aquellos que podrían beneficiarse de los nuevos fármacos y asegure, que cuando se utilizan, su indicación y seguimiento son correctos, con el objetivo de mejorar la seguridad clínica y calidad de vida de estos pacientes

#### METODOLOGÍA

- 1.-Identificación de pacientes anticoagulados con Antivitamina K, con criterios según el IPT, para cambiar a ACOD (datos de OMI AP)
- 2.-Identificación de pacientes en tratamiento con ACOD, al inicio del proyecto (datos de receta electrónica)
- 3.- Elaboración de un protocolo conjunto de seguimiento de los pacientes con ACOD
- 4.- Sesiones clínicas en el EAP de la anticoagulación y su seguimiento
- 5.- Actividad formativa con los pacientes anticoagulados y/o cuidadores

#### Indicadores:

- % de pacientes con Antivitamina K, que los últimos seis meses tienen menos del 60% de INR en rango
- % de pacientes con Antivitamina K y situaciones clínicas en las que el IPT, recomienda su paso a ACOD
- %de pacientes en tratamiento con ACOD del total de los anticoagulados
- Nº de sesiones clínicas de anticoagulación realizadas en el Centro de salud
- % de profesionales que han asistido a las sesiones
- Nº de pacientes/cuidadores que asisten a la reunión formativa

#### RESULTADOS

Se han realizado dos sesiones clínicas con asistencia del 75% de profesionales y una charla para pacientes con 22 participantes, celebrada el 15-12-2015.

El 42% de pacientes con Antivitamina K, tenían menos del 60% de INR en rango en junio de 2014 y un 36% en febrero de 2016.

Un 48 % de anticoagulados con Antivitamina K, están mal controlados y en situaciones clínicas en las que el IPT, recomienda su paso a ACOD.Los pacientes anticoagulados con ACOD, eran el 26% en junio de 2015 y ha pasado a 32% en febrero de 2016.

#### CONCLUSIONES

Ha mejorado el número de pacientes anticoagulados con Antivitamina K bien controlados.

Ha disminuido el riesgo de padecer eventos trombóticos o hemorrágicos en un 12%

Persiste un grupo de pacientes que pese a cumplir criterios de IPT para beneficiarse de un cambio de tratamiento, este no se ha realizado.

Los resultados obtenidos y el margen de mejora existente, nos animan a seguir trabajando en este proyecto durante el próximo año.

## XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 6

Nº Reg. 582

### TÍTULO. IMPACTO DE LA ACTUALIZACIÓN DE LOS CRITERIOS DE BEERS EN NUESTRO MEDIO

Autores: GALINDO ALLUEVA M, CASAJUS P, ARRIETA R, ESCOLANO A, NAVARRO I, PEREZ C, OLIER MP, ABAD SAZATORNIL MR

GALINDO ALLUEVA MARIA . H MIGUEL SERVET . FARMACIA HOSPITALARIA (FH)

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Analizar número y tipo de prescripciones potencialmente inadecuadas (PPIs) que presentan los pacientes al ingreso en medicina interna (MI) mediante criterios de Beers (CB) 2003, 2012 y 2015 así como las diferencias existentes.

#### METODOLOGÍA

Se analizó la medicación domiciliar al ingreso de pacientes = 65 años ingresados en MI (febrero-marzo 2016). Variables recogidas: edad, sexo, principios activos (PAs) al ingreso. Fuentes de datos: informe urgencias y receta electrónica. Análisis PPIs: CB 2003, 2012 y 2015 por separado, clasificadas en cinco tipos: evitar fármaco (EF), evitar en patología concreta (EPC), usar con precaución (UP), interacción (I) y evitar según función renal (EFR). Se realizó análisis descriptivo y comparativo, programa estadístico: SPSS 15.0.

#### RESULTADOS

60 pacientes: 56,7% hombres, edad media 83,3 años (rango: 66-95), media PA al ingreso: 8,58. Según CB 2003 20% pacientes presentaba alguna PPI frente a 71,7% según CB 2012 y 91,7% según CB 2015. Media PPIs por paciente: 0,25 CB 2003 (rango 0-2), 1,67 CB 2012 (rango: 0-7), y 3,05 CB 2015 (rango: 0-10). Existen diferencias significativas entre PPIs medidas según las tres actualizaciones ( $p=0,00$ ). CB 2003: 15 PPIs detectadas, 67% tipo EF y 33% EPC. CB 2003 más frecuentes: uso amiodarona 20% (tipo EF), uso benzodiazepinas (BZDs) de larga duración (EF), uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) 13% (EF) y uso de antiagregantes o AINES en paciente anticoagulado 13% (EPC). CB 2012: 100 PPIs detectadas, 49% tipo EF, 26% EPC y 25% UP. CB 2012 más frecuentes: uso de BZDs 22% (tipo EF), uso fármacos contraindicados en demencia 12% (EPC) y uso antipsicóticos 10% (EF). Beers 2015: 182 PPIs detectadas, 47% tipo EF, 35% UP, 14% EPC, 2% I y 2% EFR. CB 2015 más frecuentes: uso de diuréticos 22% (tipo UP), inhibidores de la bomba de protones (IBPs) sin indicación 21% (EF), BZDs 12% (EF) y uso de fármacos a evitar en pacientes con demencia 7% (EPC).

#### CONCLUSIONES

Con cada actualización de CB aumenta el porcentaje de pacientes con PPIs y la media de PPIs por paciente, lo que indica que la sensibilidad ha ido en aumento y cada vez son más aplicables a nuestro entorno. La retirada de criterios por la actualización de la evidencia provoca que PPIs frecuentes según CB 2003 no lo sean según criterios posteriores, como el uso de amiodarona o antiagregación en paciente anticoagulado. Así mismo, otras PPIs no presentes, pasan a ser habituales, como el uso de IBPs sin indicación, añadido en 2015, y con uso muy extendido en nuestro ámbito.

## XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 6

Nº Reg. 475

### TÍTULO. PASOS A SEGUIR PARA LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CALIDAD EN EL SERVICIO DE NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA

Autores: HADDAD GARAY M, DOLZ ZAERA I, VERGARA UGARIZA JM, VELA MARQUINA ML

HADDAD GARAY MARIA . H MIGUEL SERVET . NEUROFISIOLOGIA CLINICA

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Como decisión estratégica del Servicio de Neurofisiología Clínica del HUMS de Zaragoza, se decide implantar un Sistema de Gestión de la Calidad según la Norma ISO 9001.

#### METODOLOGÍA

En colaboración con los responsables de calidad, el Jefe de Servicio, la supervisora de enfermería y el grupo de mejora se pone en marcha la implantación del sistema de gestión de calidad. Los pasos a seguir son varios. En la fase de documentación el punto de partida es la elaboración de un Mapa de Procesos del Servicio. Durante un año se han ido elaborando los Procedimientos Generales y los Procedimientos Operativos del Servicio. Se pone en marcha un sistema de recogida de incidencias que dará lugar a la apertura de las no conformidades y de su resolución. Todo ello se ha ido comunicando al resto del personal mediante varias reuniones informativas. Posteriormente se pasó una Auditoría Interna a cargo de otros servicios del hospital ya certificados, una revisión por la Dirección y finalmente una Auditoría Externa a cargo de una empresa externa al hospital.

#### RESULTADOS

Obtención de la certificación.

#### CONCLUSIONES

La implantación de un sistema de calidad en un servicio hospitalario es un proceso largo que requiere sucesivos pasos y la colaboración del personal de dicho servicio. Nuestra experiencia en este proceso podría ser de utilidad para otros servicios que en un futuro desearan establecer un Sistema de Gestión de Calidad.

## XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 6

Nº Reg. 612

### TÍTULO. ESTUDIO ESTADÍSTICO DE LA DISTRIBUCIÓN DE UNIDADES DE MONITOR EN PACIENTES EN TTº HIPOFRACCIONADO DE IMRT DE PRÓSTATA

Autores: JIMENEZ ALBERICIO J, FONT JA, GANDIA A, MENGUAL MA, ANDRES MM, LOZARES S

JIMENEZ ALBERICIO JAVIER . H MIGUEL SERVET . FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El objetivo es, a partir de los datos de pacientes tratados en un año, encontrar cotas para las unidades de monitor (UM) de cada campo en función de la dosis por haz, y de la profundidad radiológica a la que se encuentra el punto de cálculo, que permitan ahorrar la verificación mediante medidas dosimétricas de los mapas de dosis.

#### METODOLOGÍA

Se ha trabajado sobre datos de 60 tratamientos realizados. Éstos han sido planificados según una plantilla ajustada para tratamientos de próstata. En todos ellos se utilizan 7 incidencias, energía de 6MV, y la dosis por sesión es 3 Gy. En todos los tratamientos se ha realizado una verificación campo a campo de las dosis administradas. Para ello en primer lugar en el planificador se trasladan los campos de tratamiento planificados para el paciente a un maniquí homogéneo en el que se calcula la dosis en un plano situado a 5 cm de profundidad. Posteriormente se realiza una medida del mapa de dosis en las mismas condiciones en las que se ha calculado anteriormente. Se han comparado los mapas de dosis calculados y medidos, y en todos los casos se ha superado el test de coincidencia. Posteriormente se han registrado los siguientes parámetros para cada campo: UM, dosis calculada en un punto de referencia, y profundidad radiológica a la que se encuentra el punto de referencia. A partir de estos datos se ha llevado a cabo una representación gráfica por cada campo de las distribuciones del cociente de las UM entre la dosis en función de la profundidad radiológica. Para cada campo los datos se agrupan en regiones bien definidas. Definimos los límites de estas regiones.

#### RESULTADOS

Los resultados obtenidos muestran, en primer lugar, que en todos los casos más del 90% de los puntos analizados por mapa de dosis superan el test de coincidencia. En segundo lugar que en todos los campos las distribuciones se agrupan en regiones concretas del plano definido por las variables "UM/fracción/dosis" y "profundidad radiológica". Esto nos lleva a buscar funciones que supongan una cota superior e inferior de cada distribución. Con estas funciones establecidas, se puede determinar si un nuevo tratamiento calculado está dentro de las regiones delimitadas por las funciones.

#### CONCLUSIONES

Se han parametrizado las distribuciones de UM/fracción/dosis en el punto de referencia, en función de la profundidad radiológica del punto para los tratamientos de IMRT de próstata, con 20 sesiones de 3 Gy. Estas se utilizan para verificar el tratamiento del paciente reduciendo el tiempo total de planificación de este tipo de tratamientos.

## XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 6

Nº Reg. 569

### TÍTULO. OPTIMIZACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA Y DE LA CRIANZA, EN EL C.S. MARÍA DE HUERVA

Autores: JIMENEZ PEREZ EM, ROMAN M, ROSEL V, CANDIAL L, HIGUERAS P, LOZANO S

JIMENEZ PEREZ EVA MARIA . CS MARIA DE HUERVA . PEDIATRIA

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Aumentar el número de niños que toman leche de madre en nuestro Centro de Salud, para que puedan beneficiarse de sus múltiples propiedades.

#### METODOLOGÍA

1. Captación de embarazadas para recomendar su asistencia prenatal al grupo de lactancia.
2. Realizar precozmente la 1ª visita del Recién Nacido para reforzar el establecimiento de la LM y solucionar los primeros problemas que vayan surgiendo, remitiendo para ello al Grupo de Lactancia.
3. Asistencia al Grupo de Lactancia y Crianza de las madres, acompañadas por el bebé, y si lo desean por otro cuidador.
4. Reforzar los beneficios de continuar con LM, en cada una de las Revisiones del Programa de Salud Infantil.
5. Encuesta para evaluar el grado de satisfacción de los usuarios y mejoras conseguidas.
6. Sesión con el EAP con el objetivo de poner en conocimiento el proyecto.
7. Captación de madres donantes para el Banco de Leche Materna.

#### RESULTADOS

1. % de lactantes de 0-5 meses de edad alimentados exclusivamente con LM: 51,25%
2. % de lactantes de 0-5 meses que recibieron LM como fuente principal de alimentación: 53,75%
3. % de niños de 6-23 meses de edad que son amamantados junto a otros alimentos sólidos: 53.75%
4. % de niños de 0-23 meses no amamantados:20%
5. % de ingresos hospitalarios en lactantes de 0-2 años que recibieron LM exclusiva los primero 6 meses: 2.5%
6. % de ingresos hospitalarios en lactantes de 0-2 años que nunca recibieron LM:6.25%

#### CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos van a favor de continuar con el proyecto ya que se consigue un aumento del número de bebés amamantados.

## XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 6

Nº Reg. 196

### TÍTULO. PROGRAMA PRIMER IMPACTO DIRIGIDO A PACIENTES Y FAMILIARES RECIÉN DIAGNOSTICADOS DE CÁNCER

Autores: LAGUNA CAPEL V

LAGUNA CAPEL VANESA . ASOCIACION ESPAÑOLA CONTRA EL CANCER (AECC) . EQUIPO PSICOSOCIAL

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Programa destinado a abordar las necesidades bio-psico-sociales del enfermo recién diagnosticado de cáncer y sus familiares de manera integral e inmediata.

Se basa en un modelo de intervención psicosocial que ofrece una adecuada cobertura a las necesidades del enfermo y/o sus familiares. Se abordan desde un inicio las reacciones emocionales que surgen del diagnóstico ya que desempeñan un papel fundamental en la adaptación a la enfermedad, y se potencian los recursos sociales y personales, con el objetivo de evitar un proceso desadaptativo de la enfermedad.

#### METODOLOGÍA

La intervención se realiza en los hospitales y se pone en marcha a través de acuerdos de colaboración y mediante reuniones informativas con el personal sanitario hospitalario y de atención primaria.

Se ejecuta a través de la acogida, donde se detectan necesidades sociales, emocionales y médico sanitarias del paciente y/o familiar, mediante un proceso de triage a través de una entrevista semiestructurada y el termómetro de distress. Al identificar estas necesidades se determina el servicio o programa más adecuado dando acceso inmediato a los recursos terapéuticos, materiales, económicos y de información disponibles.

#### RESULTADOS

Se consigue dar una atención rápida y eficaz que ayuda a disminuir el impacto emocional propio de esta fase, mejorar la fluidez y satisfacción en la relación terapéutica y aumenta la satisfacción de los usuarios al percibir en el ámbito sanitario una prestación asistencial más humanizada y de mayor calidad.

#### CONCLUSIONES

El cáncer se asocia a una amenaza para la salud y repercute en todas las esferas de la vida del paciente y de sus familiares: a nivel social, laboral, económico y familiar. Una intervención integral e inmediata incrementa el bienestar, mejora el ajuste y el afrontamiento de la enfermedad y reduce el malestar provocado por el diagnóstico, así como una mejor adhesión a los tratamientos oncológicos.



## XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 6

Nº Reg. 238

### TÍTULO. ACTUALIZACION POSTER ADMINISTRACION SEGURA FARMACOS EN OBSTETRICIA

*Autores: LAVIÑA CASTAN AB, BERGES PEREZ R, MARCHADOR PINILLOS B, BRUN VALVERDE AP, SEBASTIAN GURRIA I, ORTEGA LACAMBRA E, BERNAD COMET M, ADIEGO I*

*LAVIÑA CASTAN ANA BELEN . H MIGUEL SERVET . OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA*

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

##### OBJETIVO PRINCIPAL

Aumentar la seguridad de la gestante/paciente

##### OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Disminución variabilidad en la administración
- Disminución incidentes/accidentes por errores en la administración.
- Aumento detección reacciones adversas.
- Conocer los nuevos protocolos de obstetricia del HUMS

##### METODOLOGÍA

Se constituyó un equipo multidisciplinar formado por profesionales del área obstétrica o de farmacia.

Este equipo realizó en 2013 un póster que fue aceptado y revisado por todas las unidades de obstetricia

Tras ser valorado satisfactoriamente este proyecto y la utilidad del póster realizado en 2013 se aprecia la necesidad de revisión y actualización continua, debido a:

- Aparición de nuevos protocolos que incorporan nuevos fármacos y actualizan formas de administración de los que se usan actualmente.
- Ampliación fármacos en gestantes < 24 semanas EG.

Tras revisar los nuevos protocolos de la SEGO y del HUMS se elabora un nuevo póster de fármacos actualizados.

Los protocolos nuevos o modificados en 2015 en el HUMS son:

- Hipertensión y preeclampsia.
- Gestación interrumpida en primer trimestre.
- Fiebre puerperal.
- Amenaza parto pretérmino.

##### RESULTADOS

Impresión y colocación en lugar visible en la zona de administración de medicación del póster revisado u actualizado según los nuevos protocolos del HUMS elaborados o revisados en el año 2015

##### EN UN FUTURO PRÓXIMO

Continuar con la revisión del póster incorporando actualizaciones de fármacos recogidas en nuevos protocolos del HUMS que se vayan elaborando o revisando.

##### CONCLUSIONES

- Experiencia positiva de colaboración interdisciplinar.
- Importancia de hacer partícipe al personal en aumentar la seguridad del paciente con un uso y conocimiento adecuado de los fármacos.
- Toma conciencia por parte del personal de actualización continua en los nuevos protocolos que vayan surgiendo en obstetricia.

## XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 6

Nº Reg. 122

### TÍTULO. DOLOR AGUDO EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS: ¿FENTANILO INTRANASAL O CLORURO MÓRFICO INTRAVENOSO?

*Autores: MARTIN GRACIA L, PEÑALVA BORONAT E, NAVARRO TORRES M, CARRASCO NAVARRO MJ, PINA MARQUES B, LATORRE IZQUIERDO A, BOSQUE GRACIA C*

*MARTIN GRACIA LETICIA . H MIGUEL SERVET . PEDIATRIA*

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Pese a su elevada frecuencia, el manejo del dolor en las urgencias pediátricas sigue siendo mejorable. Actualizar los conocimientos sobre el uso de fentanilo intranasal (IN) en el manejo del dolor agudo, como alternativa frente al uso de cloruro mórfico intravenoso (IV).

#### METODOLOGÍA

Búsqueda bibliográfica: PubMed, Biblioteca Cochrane Plus y Medes con las siguientes palabras y múltiples asociaciones: INTRANASAL FENTANYL, INTRAVENOUS MORPHINE, ACUTE PAIN, PEDIÁTRICS. De todos los artículos, 4 reunían los criterios de búsqueda.

#### RESULTADOS

Borland et al: ensayo clínico aleatorio, con 67 niños de entre 7 y 15 años con dolor agudo por fracturas. Concluyeron que el fentanilo IN proporcionaba un efecto equivalente al del cloruro mórfico IV a los 20 minutos de su administración, sin aumento en los efectos adversos.  
Murphy et al: revisión Cochrane de 12 artículos sobre el manejo del dolor agudo con fentanilo IN. Incluyó estudios con menores de 18 años y con niños de entre 3 y 15 años. Se concluyó que el fentanilo IN puede ser efectivo en el tratamiento del dolor agudo y su administración causa un malestar mínimo. Aunque no se detectaron efectos adversos graves, no hay evidencia suficiente para juzgar los efectos del fentanilo IN en comparación al cloruro mórfico IV.  
Borland, Clark y Esson: estudio descriptivo-retrospectivo con 617 pacientes. Concluían que el fentanilo IN es efectivo en el tratamiento del dolor agudo en niños y redujo el tiempo de administración de la primera dosis de analgesia, por no requerir un catéter IV. Desde la introducción del protocolo de uso del fentanilo IN en 2005, el uso de vías para administrar analgesia y de morfina disminuyó considerablemente.  
Seeger y Berg: revisión sistemática de 14 artículos. Resumieron el aumento de la popularidad de métodos analgésicos no invasivos en los últimos años. Se demostró una falta de estudios de calidad, con sólo 4 estudios clínicos, de los cuales sólo 2 eran ciegos para recomendar el fentanilo IN como primera opción terapéutica frente al cloruro mórfico IV en el dolor agudo.

#### CONCLUSIONES

Pese a ser rápido y fácil de administrar, no puede recomendarse el fentanilo IN como analgésico de primera elección, por no haber estudios suficientes de alta calidad que lo avalen. No se hallaron diferencias significativas entre el efecto de administrar fentanilo IN o cloruro mórfico IV en el dolor agudo. No se reportaron casos de efectos adversos tras la administración de fentanilo IN. Los autores coinciden en la necesidad de seguir investigando y realizar ensayos clínicos de calidad sobre el uso de fentanilo IN.

## XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 6

Nº Reg. 94

### TÍTULO. CÉNTRATE EN MEDIR LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE Y SU VIVENCIA. NUEVOS FÁRMACOS Y RESULTADOS EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS

Autores: MODREGO AZNAR MF, MAGDALENA BELIO J

MODREGO AZNAR MARIA FABIOLA . H CLINICO UNIVERSITARIO . PSIQUIATRIA

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- 1.- Conocer los resultados de trabajar dos diagnósticos enfermeros NANDA específicos:  
00001. Desequilibrio nutricional por exceso r/c ingesta superior a las necesidades m/p peso corporal elevado.  
00059. Disfunción sexual r/c aumento de prolactinemia m/p dificultades para lograr la excitación sexual.
- 2.- Describir cómo se sienten los pacientes con el nuevo tratamiento antipsicótico de aripiprazol en formulación depot.
- 3.- Comparar la mejora objetiva de los parámetros antropométricos y sanguíneos tras el cambio de antipsicótico inyectable depot.

#### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo. La población del estudio la constituyeron 9 pacientes (4 mujeres y 5 hombres), que acudían a la consulta enfermera de salud mental y que llevaban más de seis meses recibiendo la aplicación inyectable de aripiprazol de liberación prologada.

Se realizó una entrevista personal con una sola pregunta abierta, se midió con una escala Likert el resultado logrado (Nunca demostrado, Raramente demostrado, A veces demostrado, Frecuentemente demostrado, Siempre demostrado). Se revisaron los parámetros físicos (peso, índice de masa corporal, tensión arterial, perímetro abdominal) y analítica sanguínea (bioquímica y hormonas (prolactina)). Las variables dependientes fueron la percepción de bienestar, la percepción de eficacia del tratamiento y la reducción objetiva de peso corporal y niveles de prolactinemia.

#### RESULTADOS

Los resultados mostraron un aumento del bienestar percibido por los pacientes, pérdida de peso en 4 pacientes y reducción de los niveles de prolactinemia en 2 de ellos.

La entrevista muestra la satisfacción de los pacientes con el tratamiento inyectable de aripiprazol: "Estoy mucho mejor", "Estoy fenomenal, he perdido 8 kilos!", "Estoy más despejado", "Estoy más activo", "Estupenda, sin mareos; vaya veranito que he pasado", "Muy bien, muy bien, protesto menos", "¡Estoy perdiendo peso, me he comprado ropa nueva con dos tallas menos!", "Voy funcionando, voy funcionando", "Estoy muy bien, menos deprimido".

#### CONCLUSIONES

- 1.- La mejoría de los parámetros de salud, peso y prolactinemia, ha sido significativa a los seis meses de tratamiento.
- 2.- Es posible mejorar los efectos adversos de la terapia medicamentosa aplicando la menos nociva.

## XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 6

Nº Reg. 529

### TÍTULO. FASE 3 DE LA REHABILITACIÓN CARDIACA LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS. DONDE ESTAMOS?

Autores: MORATA CRESPO AB, GIMENO GONZALEZ M, GARCIA RUBIO MJ, LAITA MONREAL S, CORTES RAMOS JM, SOTO AYERBE C, DE LA FUENTE BAYO D

MORATA CRESPO ANA BELEN . H MIGUEL SERVET . MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El objetivo final es el desarrollo de la fase 3 extrahospitalaria de la Rehabilitación Cardíaca  
El objetivo inicial es la formación-información de los profesionales de atención primaria sobre el plan de cuidados de los pacientes que realizan un programa de rehabilitación cardíaca fase 2, y la necesidad de continuidad asistencial.

#### METODOLOGÍA

Dentro de los programas de apoyo a iniciativas de mejora de Calidad en Salud fue seleccionado el proyecto: fase 3 de la Rehabilitación Cardíaca, la continuidad de los cuidados.

Hemos realizado sesiones informativas-formativas en 3 centros de salud de Zaragoza capital, informando a los profesionales de atención primaria sobre los programas desarrollados en Aragón, los objetivos de los mismos, y la necesidad de crear iniciativas desde atención primaria para mantener objetivos alcanzados en fase 2.

Realizamos una encuesta a los profesionales de atención primaria, sobre conocimientos previos y utilidad-sugerencia de la sesión.

#### RESULTADOS

Encuestas contestadas: 18 en centro de salud Fuentes Norte, 11 en Torrerramona, 13 en Fernando el Católico.  
Respecto a los conocimientos previos sobre los programas de rehabilitación cardíaca encontramos: que el 50%, 3.6.3% y 53.8% no sabían en que consistía la rehabilitación cardíaca, en relación a los programas impartidos en los hospitales de Zaragoza 100% desconocían los tratamientos hospitalarios, en la pregunta sobre los componentes del programa el 100% no contó con los pilares básicos, y tan solo 52% conocían uno de los pilares. El 100% consideró que la sesión había ayudado a aumentar sus conocimientos en el tema, y en el apartado sugerencias los dos aspectos más solicitados eran: mejorar la formación del personal de atención primaria y la relación internivelar.

#### CONCLUSIONES

Es necesario hacer llegar información sobre los programas de rehabilitación cardíaca a más profesionales de atención primaria.

Tener un profesional de enlace internivelar nos permitiría mejorar la comunicación y conseguir un mejora seguimiento de nuestros pacientes.

## XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 6

Nº Reg. 41

### TÍTULO. IMPLEMENTACION PROTOCOLO SONDAJE VESICAL BASADO EN EVIDENCIA. PROYECTO COLABORACION HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS- UEA

*Autores: POMBO MATO R, GONZALEZ TEJEDOR RAQUEL, SISAS RUBIO RAQUEL, VISCOR PATRICIA, FLORENTIN EVELYN, SECORUN AMPARO, MOLINA ANA ROSA*

*POMBO MATO RAMON . H SAN JUAN DE DIOS . GERIATRIA*

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Implementar un nuevo protocolo del sondaje vesical en nuestro centro, basándonos en protocolo en vigor y protocolo de Sondaje vesical del IACS realizado por grupo de trabajo y validado. Con el objetivo:

- unificar procedimiento
- detectar puntos críticos para actuar
- mejorar resultados en pacientes

#### METODOLOGÍA

- Puesta en común Protocolos y revisión bibliográfica con búsqueda de evidencia científica. Actualización
- Definir parrilla de datos para recogida de datos de los cortes observacionales.
- Seminarios presentación protocolo revisado en turnos diurnos y nocturno. Se revisan puntos críticos observados
- Cortes observacionales trimestrales
- Seminarios informativos de resultados. Compartiendo mejora de datos e informando de las desviaciones detectadas.

#### RESULTADOS

- Todo el proyecto se ha llevado a cabo en su totalidad. Partiendo de unos datos de cumplimentación del 82%, previo a la puesta en marcha de este proyecto, registramos cifras del 93,3% (tercer trimestre 2015) de cumplimiento.
- Alguno de los puntos críticos han mejorado sustancialmente
- Mantenemos monitorizados los resultados de los cortes para seguir actuando sobre desviaciones.

#### CONCLUSIONES

La apuesta por la protocolización, como sistema de mejora para de la calidad asistencial, permite minimizar al máximo las complicaciones derivadas de esta técnica e incrementar la seguridad y la satisfacción del paciente. Con ello optimizamos recursos y garantizar un nivel mínimo de calidad independientemente del lugar de atención: zona geográfica o prestador de servicios de Salud.

## XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 6

Nº Reg. **633**

### TÍTULO. **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA CONSERVADORA EN CA DE MAMA CON GANGLIO CENTINELA Y RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA**

*Autores: PUERTA POLO E, CASAMAYOR FRANCO MC, HERNANDO ALMUDI E, MATUTE NARRAJO MS, VALLEJO BERNAD C, OLIVER GULLEN JR, RODRIGUEZ ARTIGAS JM, DEL CAMPO LAVILLA M*

*PUERTA POLO ELENA . H MIGUEL SERVET . CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO*

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Con motivo de la XIV Jornadas de Trabajo sobre Calidad en Salud y XII Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial se presenta el consentimiento informado para la técnica de cirugía conservadora con ganglio centinela y técnica de RIO en pacientes con cáncer de mama que ha sido elaborada de forma conjunta por los Servicios de Oncología Radioterápica y Cirugía General del Hospital Universitario Miguel Servet.

#### METODOLOGÍA

Desarrollo del documento y aprobación por la Unidad de Calidad del consentimiento informado específico para esta novedosa modalidad de tratamiento en cáncer de mama, que ya puede ser descargada en la Intranet.

#### RESULTADOS

Se describe la técnica quirúrgica de la tumorectomía así como la del ganglio centinela, haciendo hincapié en los objetivos y beneficios de la aplicación de la Radioterapia Intraoperatoria. Así mismo se explican los riesgos y posibles efectos secundarios y complicaciones derivadas de los procedimientos propuestos. Se incluye un apartado explicativo sobre la RIO en dosis única o su aplicación como "boost", con necesidad de completar con radioterapia glandular externa.

#### CONCLUSIONES

La información detallada de las mejores opciones de tratamiento disponibles para cada caso, con sus beneficios y potenciales efectos adversos, son una obligación para el facultativo y un derecho para los pacientes. La reciente adquisición del aparato en nuestro medio y la implementación de la técnica de la RIO, de la que se llevan intervenidos más de cien casos, hacía obligada la elaboración de un protocolo específico.



## XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 6

Nº Reg. 358

### TÍTULO. VARIACIÓN DE LA SATISFACCIÓN EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS Y SU TRATAMIENTO

*Autores: SANZ RUBIO MC, MARCEN ROMAN Y, FRANCO SIERRA MA, VARONA LOPEZ W, NOSTI ESCANILLA J, MORO LARA FJ, YAGÜE SEBASTIAN MM, YAGÜE SEBASTIAN MP*

*SANZ RUBIO MARIA CONCEPCION . CS ROMAREDA (SEMINARIO) . UNIDAD DE FISIOTERAPIA*

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Determinar la frecuencia de satisfacción e insatisfacción en usuarios atendidos en las unidades de Fisioterapia de Atención Primaria del sector Zaragoza II en 2015 y si ésta varía entre características de los usuarios y su tratamiento.

#### METODOLOGÍA

Encuesta de opinión sobre la percepción de la satisfacción en la atención recibida en las unidades de Fisioterapia de Atención Primaria del sector Zaragoza II.

Adicionalmente al Cuestionario de Satisfacción de Usuarios, se utilizaron las bases de datos con la actividad asistencial prestada en estas unidades.

#### RESULTADOS

En el análisis de los 588 cuestionarios cumplimentados el volumen de mujeres es superior al de hombres. La media de edad de los participantes es 58,51 años. Las personas de más de 65 años son las que mayor peso tienen en la muestra. La patología prevalente es la que cursa sobre la columna y la media de sesiones recibidas es 11.

En cuanto a la variable de la edad, la categoría de usuarios mayores de 65 años conlleva un porcentaje de usuarios satisfechos significativamente superior en la facilidad para conseguir cita, la confianza que el personal transmite, la información recibida y el respeto a su intimidad.

La condición de trabajar presenta una menor respuesta de satisfacción en el tiempo de espera entre la hora de citación y la atención y en la información recibida.

Los usuarios atendidos por problemas relacionados con la columna vertebral aportan un menor porcentaje de respuestas con satisfacción en cuanto al interés mostrado por el personal. Las personas que han recibido 15 o más sesiones son las que se muestran significativamente más satisfechas con el respeto a su intimidad en la atención (96,6%).

En el ítem que valora la asistencia en general se observa una mayor respuesta de satisfacción, estadísticamente significativa, entre los usuarios con afecciones distintas a la patología de columna vertebral y hombro (94,9%).

#### CONCLUSIONES

1.Los sujetos más jóvenes y los que trabajan son los que menos satisfacción acumulan en algunos ítems como la facilidad para conseguir la cita, el tiempo de espera desde la hora de cita a la atención y la información recibida.

2.Los usuarios atendidos por problemas relacionados con la columna vertebral presentan menor satisfacción en algunos ítems como el interés mostrado por el personal.

3.Los usuarios mayores de 65 años muestran una mayor respuesta de satisfacción con el servicio prestado, tanto en elementos internos como externos a la propia atención.

## XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 6

Nº Reg. 403

### TÍTULO. ACTUACIONES DE MUY BAJA EVIDENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS

Autores: TOBAJAS SEÑOR EM, PASCUAL GUTIERREZ F, SUÑER ABADIA S, TERUEL MAICAS A, ARRIETA HIGUERAS E, BRUN SOTERAS C, GONZALO LOZANO MF, SARASA BELLOSTA C

TOBAJAS SEÑOR EVA M. DAP ZARAGOZA 2. DIRECCION DE ENFERMERIA AP

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Argumentar las actuaciones de muy baja evidencia en el tratamiento de las quemaduras entre los profesionales sanitarios

#### METODOLOGÍA

El manejo adecuado de las quemaduras es fundamental.

Los profesionales sanitarios se encuentran ante una falta de evidencias científicas sobre quemaduras, y en muchos casos, ante mensajes contradictorios o actuaciones desaconsejadas. Se realiza una búsqueda de la mejor evidencia disponible, además de haber recibido formación acreditada y asistir a varios Simposios Nacionales sobre Heridas. Para la clasificación de la calidad y fuerza de las recomendaciones se utilizó el sistema del GRADE Working Group. Aquellas actuaciones con evidencia muy baja según dicha clasificación, se consideraran como poco aconsejadas.

#### RESULTADOS

Se consideran actuaciones con evidencia muy baja:

En las quemaduras epidérmicas o de primer grado, el uso de cremas con corticoides (2,3)

En quemaduras de segundo grado superficial / profundo y tercer grado:

- Retirar el vello que rodea la quemadura (3-5)
- La cura tradicional frente a la cura en ambiente húmedo(6)
- Utilizar cultivos realizados con hisopo para orientar el cuidado de estas heridas (7)
- Uso de antibióticos sistémicos como profilácticos en quemaduras menores (3,4,8)
- No evaluar el estado nutricional de forma individualizada y continua hasta la curación de la herida (3)

Se argumentará la actuación aconsejada en cada caso.

#### CONCLUSIONES

Conocer las actuaciones con muy baja evidencia en el tratamiento de las quemaduras resulta necesario para la toma de decisiones en practica clínica diaria.