

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Mesa 7 * 13J-18:00 h.

Reg	Presentador/a	Título de la Comunicación
160	CASAJUS LAGRANJA MARIA PILAR	EVALUACIÓN DE LA HISTORIA FARMACOTERAPÉUTICA EN PACIENTES POLIMEDICADOS DE CENTROS SOCIO SANITARIOS
213	COLL CLAVERO JUAN	PITES: PLATAFORMA DE INNOVACIÓN EN NUEVOS SERVICIOS DE TELEMEDICINA Y E-SALUD PARA PACIENTES CRÓNICOS Y DEPENDIENTES
361	ESCOLAR MARTINEZ BERGANZA TERESA	SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ERA DE LA DEPENDENCIA DE LA TECNOLOGIA
314	FUSTERO FERNANDEZ MARIA VICTORIA	CARRERA DE FONDO EN UN CENTRO DE SALUD: DE LA APERTURA A LA CERTIFICACIÓN ISO EN 22 MESES
129	GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN	CRIBADO DE EPOC EN FUMADORES EN LA ZONA DE SALUD DE BERDÚN
394	JOSE GUTIERREZ YASMINA	SEGUIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO DE LA HISTERECTOMÍA POR VÍA LAPAROSCÓPICA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL H.U. MIGUEL SERVET
113	MARCO GOMEZ BARBARA	REVISIÓN SISTEMÁTICA Y DETECCIÓN PRECOZ DE ALTERACIONES EN LAS ANALÍTICAS SOLICITADAS DESDE CONSULTAS DE PSIQUIATRÍA
238	MARTIN CARPI MARIA TERESA	OPTIMIZACIÓN Y CONTROL DE TERAPIAS RESPIRATORIAS, CPAP
63	MARZO ALVAREZ ANA CRISTINA	MEJORA DE LA GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET
268	REVILLA LOPEZ MARIA CONCEPCION	FORMACION DE EQUIPO DE AUDITORES INTERNOS: IMPLICACIÓN Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE CALIDAD DE UN SECTOR SANITARIO
411	RUIZ MARTINEZ DAVID	ESTUDIO DE CALIDAD EN LA ROTACIÓN DE OPIOIDE A NIVEL DOMICILIARIO EN EL PROGRAMA ESAD DEL SECTOR ZARAGOZA III (1 DE JULIO 2012- 31 DE DICIEMBRE 2012)
170	SOLER ABADIAS ROSA MARIA	ELABORACION DE UN MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA PARA LA UNIDAD DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO (UTRS)
292	VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION	RONDAS DE SEGURIDAD DENTRO DE UN PROGRAMA DE SEGURIDAD DE LA UCI DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 7

Nº Reg. 160

TÍTULO. EVALUACIÓN DE LA HISTORIA FARMACOTERAPÉUTICA EN PACIENTES POLIMEDICADOS DE CENTROS SOCIOSANITARIOS

Autores: CASAJUS LAGRANJA MP, CLERENCIA M, VILLAR I, PEREZ NOGUERAS J, GOMEZ C, GIMENO V, REAL JM, ABAD R
CASAJUS LAGRANJA MARIA PILAR . H MIGUEL SERVET . FARMACIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Optimizar el tratamiento de los residentes en un centro sociosanitario (CCSS) con elevada polifarmacia.

METODOLOGÍA

Seleccionamos uno de los CCSS por su polifarmacia y consumo farmacéutico. Establecimos reuniones entre la Geriatria de área y las farmacéuticas responsables, para seleccionar los pacientes más susceptibles de optimización farmacoterapéutica según criterios de polifarmacia y adecuación a las guías de tratamiento en ancianos (Criterios de Beers y Stopp-Start). Posteriormente la geriatra visitó al paciente y consensuó la revisión del tratamiento con el médico del CCSS. Las variables a estudiar fueron: sexo, edad, polifarmacia pre-intervención y post-intervención, número de intervenciones por paciente, tipo de intervención, problemas relacionados con los medicamentos (PRM), resultados negativos asociados a la medicación (RNM) y aceptación de las intervenciones. Se utilizó el Tercer Consenso de Granada para clasificar los PRM y RNM.

RESULTADOS

Se analizan 20 pacientes (6 hombres, 14 mujeres), con una edad media de 84 años (rango 65-93). La media de fármacos pre-intervención fue de 14,0 (rango 8-20) y la post-intervención de 11,5 (rango 6-17).

Se realizaron 77 intervenciones (57 suspender medicamento, 11 cambio de medicamento, 6 modificación de dosis y 3 inicio de medicamento). La media de intervenciones por paciente fue de 4,4 (rango 0-11).

Los PRM detectados: 15(19,5%): dosis, pauta o duración inadecuada, 13 (16,8%) problema de salud insuficientemente tratado, 6 (7,8%) duplicidad, 4 (5,2%) otros problemas de salud que afectan al tratamiento, 4 (5,2%) probabilidad de efectos adversos y 35 (45,4%) otros. Dentro de estos últimos: 19 (24,7%) medicamentos no indicados, 12 (15,6%) medicamentos de baja utilidad terapéutica (UTB) y 4 (5,2%) cambio de forma farmacéutica.

Los RNM detectados: 32 (41,5%) recibe medicamento que no necesita, 23 (29,9%) inefectividad no cuantitativa de los medicamentos, 10 (12,9%) inefectividad cuantitativa, 8 (10,4%) problema por inseguridad no cuantitativa, 3 (3,9%) problema asociado por no recibir medicamento y 1 (1,30%) problema por inseguridad cuantitativa

CONCLUSIONES

La intervención ha reducido la polifarmacia y optimizado fármacos.

La colaboración con la geriatra permite valorar las intervenciones de forma más adaptada a la clínica actual del paciente.

Está prevista la revisión de la medicación de todos los pacientes del centro a lo largo del año, y evaluar además el impacto económico.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 7

Nº Reg. **213**

TÍTULO. **PITES: PLATAFORMA DE INNOVACIÓN EN NUEVOS SERVICIOS DE TELEMEDICINA Y E-SALUD PARA PACIENTES CRÓNICOS Y DEPENDIENTES**

Autores: COLL CLAVERO J, ANGLÉS BARBASTRO R, TORRES E, LERIS JM, ROMERO D, IBAÑEZ L, CASTILLON A

COLL CLAVERO JUAN · H BARBASTRO · INNOVACION

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El objetivo global consistió en el desarrollo de un entorno de aplicaciones, herramientas e infraestructuras TIC que permitiesen implementar soluciones de telemedicina y de e-Salud para los nuevos modelos de atención sanitaria con foco en personas con condición crónica, frágiles y dependientes.

Como objetivos específicos el proyecto buscaba:

- Diseñar el protocolo médico y social del servicio de monitorización del anciano crónico dependiente.
- Pilotar la nueva prestación, comparándola con la asistencia clásica, durante un período de 12 meses.
- Evaluar el comportamiento de la prestación desde el punto de vista clínico, social-económico y de satisfacción de usuarios y agentes.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un estudio prospectivo randomizado de una duración total de 36 meses con un total de 60 participantes (35 casos + 35 control). Los agentes implicados fueron el Sector Sanitario de Barbastro y la Cruz Roja Española de Huesca.

Una vez establecido el protocolo del servicio, seleccionados y randomizados los pacientes, comenzó la fase de monitorización y seguimiento por los agentes sociales y sanitarios, durante 12 meses.

El EVSS realizó un informe de valoración inicial y final, midiendo indicadores clínicos, económicos, de calidad de vida y de satisfacción de usuario y profesionales.

RESULTADOS

Se constata la satisfacción de los usuarios al recibir un trato más personalizado con visitas domiciliarias. Se disminuye su ansiedad en temas relacionados con el estado de su salud. Permite identificar la efectividad de los tratamientos seguidos por los pacientes y adaptaciones para su mayor efectividad y durabilidad. Se realiza un intercambio de roles entre los profesionales sanitarios y los proveedores de cuidados con un consumo objetivo de los servicios sanitarios, en sustitución del consumo periódico. Igualmente se reduce el número de urgencias transformándolas en emergencias programadas, gracias al seguimiento y monitorización, lo que prevé un diagnóstico precoz.

CONCLUSIONES

Las TIC permiten la realización de soluciones tecnológicas de telemedicina móvil personal y soportes de e-Salud necesarios para la realización del cambio a nuevos modelos de atención sanitaria para personas con dolencias crónicas, condiciones de fragilidad y de dependencia.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 7

Nº Reg. **361**

TÍTULO. **SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ERA DE LA DEPENDENCIA DE LA TECNOLOGIA**

Autores: ESCOLAR MARTINEZ BERGANZA T, ALLENDE BANDRES MA, GIMENO GRACIA M, SAENZ ABAD D, GUTIERREZ CIA I, MOLINER LAHOZ J, MONTIS PELEGAY FJ, AIBAR C

ESCOLAR MARTINEZ BERGANZA TERESA . H CLINICO UNIVERSITARIO . URGENCIAS

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La implantación de sistemas de prescripción electrónica asistida tiene consecuencias inesperadas, a veces negativas. Estos errores asociados a la aplicación de tecnologías sanitarias, que vulneran la seguridad del paciente, son conocidos como e-iatrogenia. Son resultantes de la interacción profesional-tecnología y de fallos en los sistemas informáticos. Son causas prevenibles de acontecimientos adversos. El objetivo principal es optimizar la calidad del proceso farmacoterapéutico en un sistema de dosis unitaria y prescripción electrónica asistida, valorando los errores de medicación relacionados con la e-iatrogenia y constatar la relevancia del fármaco en la elaboración de la historia fármaco-terapéutica y en la mejora de la calidad de este proceso

METODOLOGÍA

En un hospital terciario se implantó un sistema de distribución de medicamentos en dosis unitaria, a través de prescripción electrónica. Diariamente un farmacéutico revisa todos los tratamientos prescritos. Una vez detectada una discrepancia no justificada por el médico, se comunica la recomendación terapéutica por escrito, a través del sistema informático, registrando la respuesta obtenida y considerando como aceptada la recomendación, si ésta supone un cambio en el tratamiento del paciente. Se han analizado las discrepancias en los tratamientos durante el primer trimestre del 2013

RESULTADOS

Se revisó el tratamiento de 2057 pacientes, dispensado a través del sistema informático de dosis unitaria. Se realizaron 589 recomendaciones farmacéuticas de cambios en el tratamiento, con una proporción de cambios propuestos por parte del servicio de farmacia en el tratamiento de un paciente del 0,28%. De esas 589 recomendaciones farmacéuticas, 536 fueron aceptadas por el clínico, por tanto, la tasa de cambios realizados en el tratamiento de un paciente, de todos los recomendados por el servicio de farmacia fue de 91%.

De las 589 recomendaciones farmacéuticas por discrepancias encontradas, 64 fueron por e-iatrogenia (el 11% del total). De éstos, 62 fueron aceptados

CONCLUSIONES

Es importante implantar sistemas inteligentes, con mantenimiento constante, aunque éstos no son infalibles. Ningún sistema de soporte debe ser superior al juicio clínico.

Al implantar sistemas informáticos de prescripción electrónica, que por un lado, facilitan la labor al clínico, han aparecido nuevos errores que podrían concluir en acontecimientos adversos hospitalarios y que son prevenibles, por lo que parece imprescindible establecer un sistema estandarizado que permita el seguimiento del tratamiento farmacoterapéutico

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 7

Nº Reg. **314**

TÍTULO. **CARRERA DE FONDO EN UN CENTRO DE SALUD: DE LA APERTURA A LA CERTIFICACIÓN ISO EN 22 MESES**

Autores: FUSTERO FERNANDEZ MV, JAEN BAYARTE E, OÑATE C, GIMENO A, CORCHON CONDON R, LATORRE C, RELANZON MJ, PUY S
FUSTERO FERNANDEZ MARIA VICTORIA · CS VALDESPARTERA · CALIDAD

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Desarrollar en un centro de salud urbano de nueva creación, una estrategia que nos sirva de instrumento y dirección operativa para comenzar a trabajar e implantar un sistema de gestión de calidad en un centro de salud de nueva apertura.

METODOLOGÍA

Creación de un grupo de calidad el primer mes de funcionamiento del EAP, elaboración del reglamento interno y arranque de las actividades:

1. Definición de Misión, visión y valores del EAP
2. DAFO de la situación de partida
3. Instalación de buzón de sugerencias
4. Elaboración de un proyecto de calidad, presentado y aprobado en la convocatoria de 2011: "Estrategia de mejora de la calidad del C.S. "que desarrolló varias líneas de mejora.
5. Invitación para preparar la certificación ISO (diciembre de 2011)
6. Elaboración de un manual de acogida y 4 Instrucciones de trabajo.
7. Realización de una encuesta de satisfacción y expectativas de los usuarios del centro en colaboración con la Universidad de Zaragoza

RESULTADOS

El EAP tiene un grupo de Calidad estable y operativo, mantiene abiertas y en revisión permanente varias líneas de Calidad, con indicadores cuyos resultados mejoran cada año.

La encuesta ha puesto de manifiesto un alto grado de satisfacción de los usuarios y se ha obtenido la certificación según la Norma ISO 9001 en Junio de 2012.

CONCLUSIONES

Se ha diseñado e implantado un plan de calidad en un centro de salud de nueva apertura, que en menos de dos años de funcionamiento nos ha permitido, ordenar y dirigir de forma operativa las actividades de calidad de nuestro centro de salud.

Los resultados conseguidos en el breve tiempo transcurrido nos animan a continuar trabajando en esta dirección.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 7

Nº Reg. 129

TÍTULO. CRIBADO DE EPOC EN FUMADORES EN LA ZONA DE SALUD DE BERDÚN

Autores: GIMENEZ BARATECH AC, ARNAL BARRIO A, ALLER BLANCO A, BOSQUE OROS A, VITORIA GOMEZ MA, ASCASO CASTAN L, GARCES ROMEO T

GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN . CS BERDUN . ATENCION PRIMARIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Debido al elevado índice de infradiagnóstico de la Enfermedad Obstructiva Crónica (EPOC), creemos que es necesario adoptar una actitud preactiva en la detección y diagnóstico temprano de esta enfermedad. Se buscó además fomentar el uso del espirómetro en el centro de salud.

METODOLOGÍA

En el centro de salud de Berdún el 86% de los pacientes diagnosticados de EPOC son mayores de 65 años. Se seleccionó como población diana a los fumadores entre 40 y 65 años. Aceptando, según la Guía española de EPOC, que un 30% de la población adulta es fumadora, en nuestra zona de salud son aproximadamente 120 personas en este rango de edad. Se les pasó el cuestionario validado COPD-PS (cuestionario validado en castellano recomendado por la guía española de EPOC), para valorar la presencia de síntomas indicativos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. A los pacientes que obtuvieron una puntuación superior al punto de corte prefijado, se les ofreció la realización de una espirometría en el Centro de Salud.

RESULTADOS

Durante los meses de febrero a mayo de 2013, se realizaron 66 encuestas a la población seleccionada (55 %) de los cuales 59% fueron hombres y 41% mujeres. De ellos, obtuvieron una puntuación por encima del punto de corte 24 personas (20%). A estas personas se les ofreció la realización de una espirometría en el centro de Salud, llegándose a realizar 11. Las espirometrías que no se realizaron fueron por los siguientes motivos: Incapacidad para realizarla, 2, la no aceptación de su posible patología 10 y por problemas de desplazamiento 1. Se diagnosticaron 4 nuevos casos que cumplían criterios espirométricos de EPOC. Además a todos ellos se les realizó la intervención breve del tabaco.

CONCLUSIONES

Para diagnosticar la EPOC en la fase precoz, es necesario la búsqueda activa de la enfermedad en una población seleccionada, como son los pacientes fumadores. El rendimiento de la utilización de pruebas diagnósticas, en este caso la espirometría, se optimiza tras la selección de pacientes. Se ha podido realizar una terapia precoz en 4 nuevos casos de los pacientes diagnosticados en la fase temprana de la enfermedad.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 7

Nº Reg. **394**

TÍTULO. **SEGUIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO DE LA HISTERECTOMÍA POR VÍA LAPAROSCÓPICA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL H.U. MIGUEL SERVET**

*Autores: JOSE GUTIERREZ Y, PUIG FERRER F, LAMARCA BALLESTERO M, LANZON LAGA A, BOLEA TOBAJAS R, RUIZ CONDE MA
JOSE GUTIERREZ YASMINA . H MIGUEL SERVET . GINECOLOGIA*

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Debido al gran éxito de la implantación de esta técnica y al aumento de la demanda de este abordaje por nuestras pacientes, pretendemos continuar con la línea de mejora iniciada en 2011.

METODOLOGÍA

1. Actualizar la curva de aprendizaje diseñada, en función de las necesidades del Servicio.
2. Continuar realizando de sesiones de entrenamiento mediante pelvitrainer.
3. Actualización del material audiovisual, a disposición de todos los cirujanos.
4. Actualizar la formación para los médicos residentes con participación y responsabilidad progresiva en las cirugías programadas.
5. Fomentar la asistencia a cursos de formación específica en esta técnica, realizados por centros de reconocido prestigio.
6. Asistencia a la Sesión clínica con la finalidad de evaluar todas las pacientes que van a ser intervenidas mediante esta técnica.
7. Continuación de la base de datos específica de todas las pacientes intervenidas de una histerectomía por vía laparoscópica.
8. Realizar charlas, cursos de formación y sesiones docentes al personal de enfermería.
9. Continuar con la formación a otros especialistas en Ginecología de otros centros mediante el Programa Focuss que se realiza en el Servicio desde el 2012.

RESULTADOS

1. Continuar realizando en el Servicio el procedimiento de la histerectomía vía laparoscópica, aumentando cada año el número de cirugías realizadas.
2. Realizar >50% de las histerectomías en nuestro Servicio por vía laparoscópica. En función de los datos de la cirugía realizada el 2011 y 2012 se espera alcanzar una cifra de aproximadamente 200 histerectomías por esta vía durante el tercer año del proyecto.
3. Superar con éxito la curva de aprendizaje para la realización de esta técnica de forma segura, por los facultativos del Servicio.
4. Extender la formación a los médicos residentes.
5. Continuar introduciendo datos en la base de datos informatizada.
6. Mejora la seguridad de las pacientes.
7. Mejorar la asistencia global y la calidad asistencial a las pacientes con patología uterina.
8. Equipararnos a otros centros sanitarios de nuestro nivel.

CONCLUSIONES

Pretendemos seguir potenciando en el Servicio la realización de cirugía endoscópica, ya que al tratarse de una técnica poco invasiva nos permite realizar cirugías con una recuperación más rápida de las pacientes, con mejores resultados estéticos y menor dolor postoperatorio, con la mejora de la calidad asistencial que ello implica.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 7

Nº Reg. **113**

TÍTULO. **REVISIÓN SISTEMÁTICA Y DETECCIÓN PRECOZ DE ALTERACIONES EN LAS ANALÍTICAS SOLICITADAS DESDE CONSULTAS DE PSIQUIATRÍA**

Autores: MARCO GOMEZ B, BOSQUED MOLINA L, GUILABERT VIDAL M, NEBOT MACIAS M, PEREZ ALVAREZ C, DE LA CAMARA IZQUIERDO C, PIREZ MORA G

MARCO GOMEZ BARBARA . H CLINICO UNIVERSITARIO . PSIQUIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Detección precoz de alteraciones analíticas (generales o asociadas a efectos relacionados con el tratamiento psicofarmacológico), en pacientes en seguimiento psiquiátrico ambulatorio.

METODOLOGÍA

Los Residentes de Psiquiatría que rotan por el dispositivo de Consultas Externas del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, realizan una revisión sistemática del buzón virtual del laboratorio, con una frecuencia de 2-3 veces/semana. De estas analíticas se notifican al psiquiatra de referencia aquellas que contienen alteraciones susceptibles de un abordaje precoz, para evaluar la necesidad de anticipar el contacto con el paciente respecto a la cita prevista. Se registra el tipo de anomalía detectada según las siguientes categorías:

- Niveles plasmáticos de psicofármacos (Litio, CBZ, Valproato, Antidepresivos)
- Vitamina B12 y Ac. Fólico
- Hormonas (TSH, PRL...)
- Hemograma
- Bioquímica (hipercolesterolemia, hiperglucemia...)
- Función hepática
- Función renal

RESULTADOS

Se revisaron 786 analíticas durante el año 2012, de las cuales 215 (27'3%) presentaban alteraciones significativas en los parámetros anteriormente citados.

De esta manera se han detectado efectos adversos a ciertos tratamientos psicofarmacológicos de forma precoz, y niveles plasmáticos de fármacos fuera del rango terapéutico, lo cual ha permitido llevar a cabo las medidas necesarias en cada caso.

Los tipos de actuaciones realizadas han sido: a) Adelantar la cita; b) Modificar telefónicamente el tratamiento; c) Llamar al paciente para acudir a su Médico de Atención Primaria para revisión de analítica y actuación en consecuencia (tratamiento, derivación a especialista...). De esta manera, se produce una activación precoz del engranaje diagnóstico-terapéutico.

Por otra parte, y de forma más secundaria, esto constituye un beneficio para el medio ambiente (al reducir gasto de papel y tinta).

CONCLUSIONES

A pesar de no contar todavía con parámetros de resultados a corto plazo, consideramos que la intervención precoz es un método que puede contribuir en mejorar la calidad de vida del paciente, así como en prevenir futuros eventos potencialmente perjudiciales para su salud. Este sistema puede además aumentar la adherencia al tratamiento evitando efectos secundarios indeseados y mejorar la alianza terapéutica.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 7

Nº Reg. **238**

TÍTULO. **OPTIMIZACIÓN Y CONTROL DE TERAPIAS RESPIRATORIAS, CPAP**

Autores: MARTIN CARPI MT, MUÑOZ ESCOBAR B, TEJADA ARTIGAS A, GASCON PELEGRIN JM, DE PABLO CILLERO F, CHACON VALLES E, BELLO DRONDA S

MARTIN CARPI MARIA TERESA . H MIGUEL SERVET . NEUMOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Apnea-Hipopnea del Sueño, (SAHS), se caracteriza por episodios repetidos de obstrucción de la vía aérea superior. Esto provoca descensos de la SaO₂ y despertares ...

Conocer la situación en el Sector II de Zaragoza respecto a la prescripción y utilización de este dispositivo. Establecimos un mínimo de 4h/noche de media para considerar buena cumplimentación. Detectar a aquellos casos en que no se alcanzaba y solucionar los problemas.

METODOLOGÍA

Creación de un grupo de trabajo formado por personal facultativo y administrativo, subdirección médica y la empresa suministradora de dichas terapias. Control del consumo por parte del contador del que dispone cada aparato y que es contabilizado por personal técnico de dicha empresa. Apertura de consulta específica con agenda oficial centralizada para pacientes malos cumplimentadores.

RESULTADOS

A fecha de junio de 2012, en nuestro Sector, existían 2211 prescripciones de CPAP. Se comprobó la utilización de la misma durante >4h/noche de media en 1600 pacientes (72%), <4h/noche en 611 (28%). En tres meses con prestación en su domicilio, 94 de los 2211 pacientes (4%) la había utilizado entre 0-1h/noche de media. Durante 6 meses el 35 (2%) y durante 9 meses 16 (1%). Se comenzó la visita en consulta con ellos. 77 pacientes citados, de todos estos, a 32 pacientes (42%) se retiró por mejoría de la sintomatología o negativa a utilizarlo, recomendando controles periódicos. A 45 (58%) se les solucionaron los efectos secundarios o modificaron los sistemas de anclaje o mascarillas.

CONCLUSIONES

El número de incumplidores es similar al descrito en la literatura. El control de la utilización así como la creación de consultas específicas nos permite solucionar los problemas que surgen de esta terapia. El abordaje de los problemas detectados en cuanto a cumplimentación y facturación deben contemplarse en las reuniones del grupo de trabajo específico para estas terapias.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 7

Nº Reg. 63

TÍTULO. MEJORA DE LA GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET

Autores: MARZO ALVAREZ AC, RIVERA RODRIGUEZ MI, BAILO MASTRAL P, CARRANZA MARTINEZ JM, SOGUERO VALENCIA I, BERNARDOS ALCALDE C, VAZQUEZ BERGES I, MARCO LUQUE MA

MARZO ALVAREZ ANA CRISTINA . H MIGUEL SERVET . ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Unificar la lista quirúrgica interna de cada servicio y la general del hospital.

Disminuir los trámites burocráticos.

Facilitar el trabajo al Servicio de Admisión y prescindir de pasos intermedios.

Disminuir el tiempo en lista de espera quirúrgica, dando prioridad, según la gravedad de la patología a tratar.

Aumentar la satisfacción de pacientes y profesionales.

METODOLOGÍA

Se ha diseñado y creado una base de datos informatizada, de tal forma que, por cada paciente que entra en lista de espera quirúrgica se rellena un formulario en la base de datos Hp Doctor. Se incluyen varios ítems: tratamiento habitual (antiagregación, anticoagulación, Metformina y otros), valoración anestésica (no precisa, remitido, valorado, no apto, programado, intervenido, error de inclusión), fecha de valoración de anestesia y fecha de programación de cirugía. La base de datos es dinámica y se van actualizando los datos en función de la etapa en la que se encuentre el paciente. El formulario tiene textos predeterminados lo que permite que todos los facultativos utilicen el mismo lenguaje, además al ser un sistema de "clic" es fácil de rellenar y muy sistemático. Al terminar de rellenar el formulario automáticamente se genera el documento de registro de demanda quirúrgica. De este modo, se puede prescindir de las 3 copias autocalcables que hasta ahora se rellena.

Además se ha elaborado hoja informativa para el paciente, en la que se explica de forma clara y sencilla los pasos a seguir, tras ser incluido en la lista de espera. Esta hoja se genera automáticamente al rellenar el formulario ya comentado, con lo cuál no aumenta el tiempo de consulta y facilita el entendimiento del proceso al paciente.

RESULTADOS

Está previsto que con este proyecto se pueda obtener una mejor gestión de la lista quirúrgica, obteniendo una mejor recogida de datos, disminuyendo la pérdida de información, eliminando los errores de transcripción y prescindiendo de pasos intermedios innecesarios. A pesar de la presión asistencial actual, con esta forma de proceder, se disminuirá el tiempo de consulta. Al entregar la hoja informativa se mejora la calidad asistencial.

La elaboración e implementación de este proyecto no precisa de recurso económicos y supone una medida de ahorro ya que se prescinde del papel de calco.

CONCLUSIONES

Con este nuevo sistema, se consiguen los objetivos planteados, eliminando las fichas manuscritas, mejorando la organización de la lista de espera quirúrgica y mejorando la calidad asistencial.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 7

Nº Reg. 268

TÍTULO. FORMACION DE EQUIPO DE AUDITORES INTERNOS: IMPLICACIÓN Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE CALIDAD DE UN SECTOR SANITARIO

Autores: REVILLA LOPEZ MC, OBON AZUARA B, VELA MARQUINA ML, GARCIA MATA JR

REVILLA LOPEZ MARIA CONCEPCION . H MIGUEL SERVET . UCA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Crear un grupo de auditores internos capacitados y motivados para realizar auditorias internas en el Sector

METODOLOGÍA

Diseño de un plan de formación y capacitación para profesionales pertenecientes a servicios con ISO implantada

Realizar sesiones de asesoramiento pautado y sistemático desde la Unidad de Calidad Asistencial, a los profesionales de los distintos servicios, para facilitar la implantación del sistema

Plan de formación:

Nivel básico

Preparación de auditoría interna

Confeción de un check-list guía

Capacitación, participando en las auditorias internas del sector

Nivel avanzado

Realización de auditorias (auditor jefe o auditor)

Elaboración de informe de auditoria (revisado por consultora)

Evaluación del check list

Consolidación del equipo de auditores internos, con ficha de cualificación

RESULTADOS

Las auditorias internas de los 10 servicios certificados del Sector se realizaron por los propios profesionales capacitados, sin precisar la contratación de empresas externas

El sistema de auditorias, además de formar sólidamente en Gestión de Calidad, permitió

Creación de alianzas entre los servicios auditados

Difusión de la cultura de calidad y seguridad

Optimización de la documentación y funcionamiento de los servicios (medidas correctoras, trazabilidad, opinión de los usuarios...)

Conocimiento más profundo de la Organización

Adherencia a la gestión por procesos como forma de trabajo implícita

El papel de la Unidad de Calidad como facilitador del proceso de auditorías del Sector, potenciando la utilización de herramientas comunes (sistema LEAN, base de datos de incidencias) ha sido fundamental en el proceso

CONCLUSIONES

Implicación de los profesionales en la gestión de sus propios servicios y unidades redundando en la mejora de la asistencia sanitaria, y de la seguridad clínica

Autonomía de los servicios en el mantenimiento del sistema de calidad

Creación de un equipo de auditores capacitados y motivados

Aprendizaje entre los servicios y enriquecimiento del trabajo posterior

Benchmarking interno entre los servicios implicados

Cambio en la percepción de las auditorias, pasando de "fiscalización o control" a instrumento de ayuda y aprendizaje

Desde la Unidad de Calidad, se ha impulsado y constituido una alianza entre la Calidad y la Asistencia Sanitaria, alineando los objetivos de los profesionales sanitarios con los de la Organización

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 7

Nº Reg. **411**

TÍTULO. ESTUDIO DE CALIDAD EN LA ROTACIÓN DE OPIOIDE A NIVEL DOMICILIARIO EN EL PROGRAMA ESAD DEL SECTOR ZARAGOZA III (1 DE JULIO 2012- 31 DE DICIEMBRE 2012)

Autores: RUIZ MARTINEZ D, GONZALEZ BARRIO I, VISIEDO SANCHEZ S, CID JIMENEZ I, PEREZ VICENTE R, JUEZ CLAVERIA J, ANTOLIN HORNO L, BAQUER SAHUN C

RUIZ MARTINEZ DAVID . CS DELICIAS SUR . MFYC

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La rotación de opioide es un acto terapéutico que se emplea cada vez con más frecuencia en las unidades de cuidados paliativos. La utilización de dicha técnica ha demostrado un mejor control analgésico y una adecuada reducción de los efectos secundarios que se asocian al empleo de opioides. La manera de llevar a cabo la rotación está bien descrita y fundamentada, sin embargo se viene detectando en los últimos años una infrutilización de la técnica y/o una realización deficiente de la misma. Es por esto que a través de este estudio presentamos nuestra experiencia en el empleo de la rotación de opioide y analizamos como se realiza y si se hace acorde a unos criterios de calidad que hemos definido.

El Objetivo del estudio es determinar la prevalencia de dicha maniobra terapéutica en nuestra unidad de cuidados paliativos domiciliarios y las características específicas de cómo se lleva a cabo la rotación de opioide.

METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio retrospectivo de los pacientes con cáncer avanzado en seguimiento a lo largo del segundo semestre del año 2012, que presentaron un mal control analgésico y que estaban en tratamiento con algún tipo de opioide. Las variables registradas y evaluadas han sido múltiples destacando estas: generales(número de pacientes atendidos por año, número de pacientes con dolor y opioides, características de la rotación),características de los pacientes(sexo, edad, origen del tumor primario e índice de Barthel),características del dolor, tratamiento opioide previo(fármaco, dosis-día), causa que motiva la rotación, como de realizó y resultado de la misma.

RESULTADOS

Durante el periodo del estudio se recogieron 120 pacientes, de los cuales 68 presentaban dolor al inicio de la valoración y 47 estaban en tratamiento con algún tipo de opioide. En 20 pacientes se realizó al menos una rotación de opioide. De estas, la secuencia de rotación más efectuada fue de Oxidona a Morfina (6) y de Morfina a Fentanilo (4), seguidas de Buprenorfina a Fentanilo(3).Los motivos de la rotación fueron mayoritariamente el mal control analgésico junto con la aparición de Neurotoxicidad de diversa índole. La mediana de la intensidad del dolor fue de un EVA 6/10. Tras la rotación se consiguió un mejor control analgésico según EVA en 12 de los pacientes, no tolerándose la misma en otros 4.En otros 2,los efectos secundarios de neurotoxicidad desaparecieron. En los 2 restantes la rotación se efectuó al perder el paciente la vía oral.

CONCLUSIONES

Como conclusiones generales cabe destacar que la morfina y la oxidona por vía oral son los opioides primarios en los que mas se ha registrado una rotación secundaria con otro opioide;Sin embargo el Fentanilo vía s.c. es el opioide en primera instancia mas introducido en la practica clinica y que sin embargo se mantiene sin utilizar rotacion sobre el mismo, eso si las dosis de rescate asociadas al mismo son frecuentes. El preincipal motivo de la rotacion es el mal control analgesico, seguido de la neurotoxicidad inducida por el opioide.La rotacion por perdida de via oral recientemente contempalda tambien se describe en nuestro estudio.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 7

Nº Reg. **170**

TÍTULO. **ELABORACION DE UN MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA PARA LA UNIDAD DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO (UTRS)**

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

SOLER ABADIAS ROSA MARIA . H MIGUEL SERVET . NEUMOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Los usuarios que son citados en la UTRS, son derivados por los diferentes servicios de neumología, ya sea de Consultas externas del HUMS o de los Centros Médicos de Especialidades, para diagnóstico y/o tratamiento de los TRS, ya sea apnea del sueño u otras patologías asociadas al mismo.

En la unidad hay dos DUE, en turno de mañana y noche. Cada turno tiene unas actividades propias.

Durante la mañana se entregan, recogen y descargan aparatos domiciliarios.

Durante la noche, se llevan a cabo estudios vigilados con intervención.

Surge la necesidad de recoger las actividades correspondientes a cada turno, así como tener registrado el uso del aparataje utilizado.

OBJETIVOS

- Unificar actuación enfermera
- Facilitar rotación enfermera
- Elaboración de un manual de procedimientos de enfermería.

METODOLOGÍA

El personal de enfermería de la unidad elabora un manual de enfermería, especificando las actividades propias de cada turno.

Diseño: El manual se estructura desarrollando las actividades propias del turno de mañana y de noche. Se presenta en forma de cuadernillo, en formato papel.

RESULTADOS

Disponemos en la unidad de este manual de procedimientos de enfermería, facilitando el modo de actuación, sirviendo de material de consulta y facilitando la rotación de enfermería, ya que toda actividad queda registrada de forma detallada, clara y concisa.

CONCLUSIONES

Disponer de un manual de procedimientos, resulta imprescindible en las unidades, para tener documentadas las actividades que se realizan, ya que facilitan la práctica diaria, unifican modos de actuación y guían en el trabajo diario.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 7

Nº Reg. 292

TÍTULO. RONDAS DE SEGURIDAD DENTRO DE UN PROGRAMA DE SEGURIDAD DE LA UCI DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Autores: VALDOVINOS MAHAVE MC, PEREZ C, MONTON JM, TORRALBA JC, GARRIDO I, SANTED MJ, LUZ J

VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION . H OBISPO POLANCO . UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Las rondas de seguridad tienen un papel fundamental en el desarrollo de una cultura de seguridad y en la mejora de la calidad asistencial en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI); permitiendo realizar un plan de cuidados centrado en las necesidades de los pacientes, prevenir los eventos adversos y mejorar los resultados.

Los objetivos de este estudio fueron implementar y evaluar las Rondas de Seguridad basadas en el cumplimiento semanal de un checklist y la realización de una reunión semanal del equipo de seguridad de la UCI.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio prospectivo y observacional. Durante el periodo de un año (Enero 2012-Diciembre 2012) se implementaron semanalmente rondas de seguridad y reuniones del equipo de seguridad de la UCI. Elaboramos un formulario para registrar el cumplimiento con: los checklists de medidas de prevención de la neumonía asociada a la ventilación mecánica y de la bacteriemia relacionada con catéter venoso central, las medidas de prevención de caídas, los cambios en la medicación, las hojas de objetivos y el plan de cuidados. Se impartieron sesiones educativas a toda la plantilla acerca de los objetivos y metodología de las rondas de seguridad. Las rondas se realizaron por: la supervisora de enfermería, el responsable de calidad y la enfermera y el médico responsables de cada uno de los enfermos. Se llevaron a cabo a pie de cama una vez por semana, los viernes, y tras ello, se celebraron reuniones del equipo de seguridad de la UCI para: revisar los resultados, compartir perspectivas e identificar oportunidades de mejora para incrementar la seguridad y la calidad. Tras ello, se informaba al equipo de la UCI acerca de los temas tratados en las reuniones, se implementaron medidas para evitar los fallos detectados en el cumplimiento con las guías de práctica clínica y se reforzó la necesidad de informar sobre los incidentes y eventos adversos. Se desarrollaron indicadores de cumplimiento con las rondas y reuniones, y se monitorizaron cada tres meses. Se diseñó una encuesta para evaluar las percepciones del equipo de UCI sobre la utilidad y efectividad de las rondas.

RESULTADOS

Durante el periodo de un año, se realizaron semanalmente rondas de seguridad y reuniones, y los formularios fueron cumplimentados. Se analizaron los resultados de la encuesta y todos los miembros de la UCI contestaron que las rondas fueron útiles para: incrementar la conciencia acerca de los temas de seguridad y el informe sobre incidentes y eventos adversos, establecer líneas de comunicación acerca de la seguridad del paciente, clarificar objetivos, promover el cumplimiento con las guías basadas en la evidencia, estandarizar las medidas de cuidado, disminuir los errores y mejorar la satisfacción del equipo.

CONCLUSIONES

La implementación de las rondas de seguridad ha mejorado el trabajo en equipo y ha promovido un cuidado del paciente más seguro y con más calidad en nuestra UCI.