

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Mesa 7 * 20M-18:00 h.

| Reg | Apellidos y Nombre | Título de la Comunicación |
|-----|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 303 | ALQUEZAR GONZALEZ, ALICIA | MEJORA EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD SOBRE LA ALIMENTACIÓN EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DEL CENTRO DE SALUD DE |
| 163 | BOTELLA ESTEBAN, MARIA TERESA | RESULTADOS DE UN ESTUDIO COMPARATIVO EN RELACIÓN A LA IDONEIDAD DE LAS COLONOSCOPIAS EN EL SECTOR DE TERUEL |
| 121 | DE TORRES AURED, MARIA LOURDES | PROYECTO DE PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS VS RESULTADOS OBTENIDOS, EN CUIDADOS DE CIRUGÍA |
| 147 | DE TORRES AURED, MARIA LOURDES | EVALUACIÓN CONTINUADA DE LA DEGRADACIÓN DEL ACEITE DE FRITURAS, COMO CONTROL DE CALIDAD ALIMENTARIA. |
| 222 | DIEZ MANGLANO, JESUS | EFEECTO DE UNA INTERVENCION MINIMA DE RECUERDO PARA REDUCIR LOS DIAS DE SONDAJE VESICAL Y FLUIDOTERAPIA EN LOS |
| 207 | EGIDO LIZAN, PILAR | LA PUERTA DE ENTRADA A LA CALIDAD |
| 276 | GASPAR RUZ, MARIA LUISA | PROGRAMA DE ACOGIDA DE USUARIOS DE HOSPITAL DE DÍA GERIATRICO (RESULTADOS) |
| 293 | GIMENO BALLESTER, VICENTE | DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ADAPTADO A LA NUTRICIÓN PARENTERAL EN |
| 362 | GIMENO BALLESTER, VICENTE | ANALISIS FARMACOECONÓMICO DE LA TERAPIA BIOLÓGICA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE COLON METASTÁSICO EN |
| 186 | GOMEZ BARRENA, VIRGINIA | REDUCCIÓN DEL GASTO FARMACEUTICO EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS TRAS IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE DISPENSACIÓN |
| 253 | MARTIN CARPI, MARIA TERESA | ESTUDIO DE LAS CAUSAS DE SUSPENSIÓN DE LAS BRONCOSCOPIAS EN EL AÑO 2011 |
| 54 | MONRROY LOPEZ, FELIPE | CALIDAD Y GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO EN SERVICIOS QUIRÚRGICOS |
| 316 | NIÑO DE GUZMAN QUISPE, ENA PERY | EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA (OMS) EN UN HOSPITAL DE |

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 7

Nº Reg. 303

TÍTULO. MEJORA EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD SOBRE LA ALIMENTACIÓN EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DEL CENTRO DE SALUD DE BINEFAR

Autores: ALQUEZAR GONZALEZ A

ALQUEZAR GONZALEZ ALICIA · CS BINEFAR · PEDIATRIA (aalquezar@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Informar sobre los diferentes temas relacionados con la alimentación del lactante y el niño pequeño, entre los que se incluirían:

- Lactancia materna: Beneficios que aporta para el bebe y la madre, correcta técnica de amamantamiento, recomendaciones sobre el tiempo de lactancia materna exclusiva, como extraer y conservar leche materna...
- Lactancia artificial: como preparar la leche artificial, medidas higiénicas... Se realizará en el caso de madres que no puedan/quieran realizar lactancia materna o aquellas que deseen llevar a cabo una lactancia mixta.
- Alimentación de los 6 a los 12 meses: Introducción de la alimentación complementaria, que alimentos se pueden ofrecer según la edad del niño, como preparar los alimentos, como ofrecerlos según edad...
- Alimentación a partir de los 12 meses: Favorecer el paso a la alimentación familiar modificada, insistir en la importancia de la autoalimentación, favorecer la adquisición de hábitos alimentarios adecuados...

Lograr una adecuada comprensión por los padres de los pacientes sobre la alimentación adecuada para los niños.

Disminuir las consultas de demanda sobre dudas en la alimentación

METODOLOGÍA

Elaboración de un protocolo de la EpS sobre alimentación del lactante y el niño pequeño en el que se detalle el momento en el que se va a realizar la educación sanitaria, quien lo hará y que material se utilizará para ello. Responsables: componentes del equipo.
Elaboración de material y recomendaciones escritas sobre alimentación.
Información verbal y escrita sobre los diversos temas de alimentación.
Encuesta sobre conocimientos alimentarios y satisfacción.

RESULTADOS

Encuesta realizada sobre introducción de alimentación complementaria:

- El 85,2% creían que era muy necesario recibir información sobre el tema
- El 44,4% valoraron como muy importante el recibir información verbal
- El 77,8% valoraron como muy importante el recibir información escrita
- El 92,6 % quieren recibir este tipo de información por el equipo de pediatría y de estos el 92% lo quería recibir en la consulta programada

CONCLUSIONES

Los padres consideran que es importante recibir información sobre temas relacionados con la alimentación de sus hijos y quieren recibir dicha información del equipo de pediatría, por lo que debemos esforzarnos por realizar una educación sanitaria oral y escrita adecuada.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 7

Nº Reg. **303**

TÍTULO. **MEJORA EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD SOBRE LA ALIMENTACIÓN EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DEL CENTRO DE SALUD DE BINEFAR**

Autores: ALQUEZAR GONZALEZ A

ALQUEZAR GONZALEZ ALICIA · CS BINEFAR · PEDIATRIA (aalquezar@salud.aragon.es)

Para ello, a partir de ahora deberemos valorar si una vez puestas en marcha las diferentes actividades antes enumeradas los pacientes están satisfechos con la educación recibida y que aspectos son susceptibles de mejorarse.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 7

Nº Reg. 163

TÍTULO. RESULTADOS DE UN ESTUDIO COMPARATIVO EN RELACIÓN A LA IDONEIDAD DE LAS COLONOSCOPIAS EN EL SECTOR DE TERUEL

Autores: BOTELLA ESTEBAN MT, THOMSON C, ALCALÁ MJ, GARZA E, DOÑATE B, MARTÍNEZ M, CUERVO C

BOTELLA ESTEBAN MARIA TERESA . HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL . APARATO DIGESTIVO (mtbotella@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El aumento de la rentabilidad diagnóstica, de la seguridad y de la confortabilidad del paciente en las colonoscopias, así como el acceso desde Atención Primaria y su indicación en planes de cribado de cáncer colorrectal (CCR) ha provocado un incremento del número de solicitudes. La adecuación de las indicaciones de esta exploración es esencial para su uso racional.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo sobre los informes de colonoscopias realizadas en nuestra Unidad desde el 01/04/2011 al 30/09/2011 determinando la idoneidad de las mismas. Correlacionar dicha idoneidad con el hallazgo de patología relevante y comparar los resultados con los obtenidos en un mismo periodo de 6 meses durante 2005

RESULTADOS

Se han realizado 685 colonoscopias, 44,3% mujeres y 55,7% hombres, con una edad media de 60,8 años (DE 16). Globalmente hemos observado un aumento tanto de las indicaciones apropiadas como no apropiadas (61,3% y 15,3% frente a 71,2% y 18,2%) con descenso de las inciertas o inclasificables. Hemos detectado un incremento en las solicitudes por cribado CCR (20,9% al 25,1%), seguimiento postpolipectomía (8,2% al 12,7%) y anemia ferropénica (6,6% al 8,9%). Descendieron las indicadas por dolor abdominal (11,1% al 5,8%). Han sido apropiadas un 91% de las solicitudes en hemorragia gastrointestinal, 75,6% en cribado de CCR, 50,8% en seguimiento postpolipectomía, 98,4% en anemia ferropénica, 93,3% en diarrea, 64,3% en seguimiento del CCR y 33,3% en dolor abdominal. El mayor porcentaje de hallazgos relevantes los encontramos cuando las colonoscopias se realizaron por anemia ferropénica (29,5%), hemorragia gastrointestinal (25%) o diarrea (20%), correlacionándose esto con las indicaciones de mejor idoneidad

CONCLUSIONES

La hemorragia gastrointestinal sigue siendo la primera indicación de colonoscopia. Hemos observado un aumento de las solicitudes en relación al cribado del CCR y seguimiento post polipectomía y llama la atención que en ambas indicaciones el porcentaje de adecuación es escaso realizándose más colonoscopias de las aconsejadas pese a tratarse de pacientes asintomáticos. En el seguimiento del CCR y en el estudio del dolor abdominal no se logran adecuados niveles de idoneidad. Observamos que el porcentaje de hallazgos clínicamente relevantes que puedan modificar el manejo del paciente es más alto en aquellas indicaciones con mayor número de exploraciones idóneas y viceversa, lo que va a favor de la utilización de criterios de adecuación de las exploraciones endoscópicas

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 7

Nº Reg. 121

TÍTULO. **PROYECTO DE PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS VS RESULTADOS OBTENIDOS, EN CUIDADOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA**

Autores: de TORRES AURED ML, Ibarra-Sierra C, Pérez-Pascual C, Donoso-Alonso P, de Torres-Olson C, Laguna-Hernandez MP, Tena-Herrero J, Martínez-Casamayor C

DE TORRES AURED M^a LOURDES . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . DIETETICA Y NUTRICION (mldetorres@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Implementar en el hospital un protocolo de adiestramiento nutricional y de registros de resultados, para el seguimiento en consulta de enfermería, de los pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica.

METODOLOGÍA

Se diseña un protocolo de cuidados en la consulta, utilizando la Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE-NOC) cuya taxonomía es la organización sistemática de resultados por categorías basados en semejanzas, diferencias y relaciones comparativas entre ellos:

- Adiestramiento en el cumplimiento dietoterápico y adherencia a tratamiento.
- Evaluación de los resultados esperados y sus indicadores.
- Evaluación de resultados obtenidos y sus indicadores.
- Registro comparativo de resultados.

RESULTADOS

1-Los items se miden mediante escala tipo Likert de cinco puntos, que cuantifica el estado de los indicadores seleccionados, de menor a mayor cumplimiento:

Resultado: Conocimiento del régimen terapéutico.

Indicador: -Descripción de los procedimientos prescritos.

Resultado: Control de peso.

Indicador: -Equilibrio entre ejercicio e ingesta calórica.

-Mantiene un patrón alimentario recomendado.

-Retiene las comidas ingeridas.

-Alcanza el peso óptimo y lo mantiene.

Resultado: Control de náuseas y vómitos.

Indicador: -Reconoce estímulos precipitantes.

-Evita factores causales cuando es posible.

Resultado: Continencia intestinal.

Indicador: -Ingiera una cantidad de líquidos adecuada.

-Ingiera una cantidad de fibra adecuada.

Resultado: Conducta de cumplimiento.

Indicador: -Realiza las actividades de la vida diaria según prescripción.

-Conserva la cita con el profesional sanitario.

2-Una vez definidos los resultados esperados con el paciente, se cotejan de acuerdo a los resultados obtenidos y se registran.

CONCLUSIONES

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 7

Nº Reg. 121

TÍTULO. PROYECTO DE PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS VS RESULTADOS OBTENIDOS, EN CUIDADOS DE CIRUGÍA

Autores: de TORRES AURED ML, Ibarra-Sierra C, Pérez-Pascual C, Donoso-Alonso P, de Torres-Olson C, Laguna-Hernandez MP, Tena-Herrero J, Martínez-Casamayor C

DE TORRES AURED M^a LOURDES · HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET · DIETETICA Y NUTRICION (mldetorres@salud.aragon.es)

- Diseñar un protocolo de revisión de resultados en la peri cirugía bariátrica, conlleva homologar los cuidados enfermeros, porque a su vez asegura el adiestramiento terapéutico de la dieta.
- Implementar los protocolos de evaluación continua de los indicadores, garantiza la cuantificación de resultados obtenidos durante todo el proceso.
- Registrar la evaluación continua durante el proceso de 24-48 h; 7-10 días; primer mes y en cada revisión clínica en la consulta de enfermería, ayuda a:
 - >Controlar los sistemas de evaluación.
 - >Promover y lograr la adherencia al tratamiento.
 - >Definir y contrastar los resultados esperados, con los resultados obtenidos.
- >Reducir el riesgo de incumplimiento terapéutico.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 7

Nº Reg. 147

TÍTULO. EVALUACIÓN CONTINUADA DE LA DEGRADACIÓN DEL ACEITE DE FRITURAS, COMO CONTROL DE CALIDAD ALIMENTARIA.

Autores: de TORRES AURED ML, Ibarra-Sierra C, Pérez-Pascual C, Donoso-Alonso P, de Torres Olson C, Laguna-Henández P, Tena-Herrero J, Pérez-Salillas M

DE TORRES AURED M^a LOURDES . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . U DIETETICA Y NUTRICION (mldetorres@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Evaluar la degradación del aceite de fritura, mediante Protocolo adaptado del hospital, que se ha elaborado con arreglo a las dos OM que son competentes:
- ORDEN DE 26 DE ENERO DE 1989, que aprueba la norma de calidad para los aceites y grasas calentados.
- ORDEN DE 1 DE FEBRERO DE 1991, que amplía la norma de calidad para los aceites y grasas calentados.

METODOLOGÍA

- Se hace observación directa sin mediciones, en la fase inicial cuando el alimento en fritura absorbe poco aceite y la calidad del producto final es buena.
- Tampoco se mide con aceite nuevo o fresco, donde se producen los primeros procesos de hidrólisis, aparecen los primeros mono-glicéridos y la calidad final es buena.
- La evaluación comienza en la fase aceite óptimo, cuando aparecen espumas, aunque el producto final tenga buena calidad.
- Las mediciones se hacen en las freidoras de la cocina dietética (de cesto) y en la de cinta de flujo continuo.

RESULTADOS

La evidencia recomienda que la temperatura de fritura nunca debe ser mayor de 180 °C, porque a mayor temperatura, mayor degradación del aceite. En el año 2011 los resultados de medidas de control han sido:

- 1.-Freidora de cinta de flujo continuo con 75 litros de capacidad, cambio tras 7 frituras de 600 raciones de alimentos frescos empanados y precocinados.
- 2.-Freidoras de cesto con 15 litros de capacidad:
 - a) cambio tras 3-4 frituras de 15-25 raciones de alimentos precocinados.
 - b) cambio tras 5 frituras de 10-15 raciones de patatas.

CONCLUSIONES

- La degradación del aceite durante el proceso de fritura:
 - Interviene en la pérdida de características nutricionales y ello depende de: tipo de aceite; tipo, capacidad y frecuencia de limpieza de la freidora; tipo y cantidad de ración de alimento; temperatura y duración del proceso de fritura.
 - Modifica los triglicéridos, por lo que impedir la ingesta de los diferentes subproductos que se forman durante este proceso, es imprescindible para preservar la oxidación celular del organismo.
- Cumplir con la legislación vigente de evaluación continua del aceite de frituras:
 - Ayuda a encauzar los problemas habituales al poder conocer el momento preciso de desecho, porque ha perdido la calidad dietética de sus ingredientes.
 - Informa de la calidad del aceite usado en la cocina del hospital, lo que ayuda al mantenimiento cardiosaludable de la dieta equilibrada.
 - Evita que la degradación de los aceites durante el proceso de fritura, modifique la configuración bioquímica de los triglicéridos, porque resultaría no cardiosaludable.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 7

Nº Reg. **222**

TÍTULO. EFECTO DE UNA INTERVENCION MINIMA DE RECUERDO PARA REDUCIR LOS DIAS DE SONDAJE VESICAL Y FLUIDOTERAPIA EN LOS PACIENTES DE MEDICINA INTERNA

Autores: PALAZON FRAILE C, BARRANCO USON J, MARTINEZ RODES P, LANDA SANTESTEBAN MC, MUNILLA LOPEZ E, GARCES HORNA V, DIEZ MANGLANO J, Y LOS INVESTIGADORES DEL ESTUDIO IMPIMI (INTERVENCION MINIMA EN PACIEN

PALAZON FRAILE CLAUDIA . HOSPITAL ROYO VILLANOVA . MEDICINA INTERNA (jdiez@aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Determinar si una intervención mínima de recuerdo disminuye los días de sondaje vesical y fluidoterapia en los pacientes ingresados en Medicina Interna.

METODOLOGÍA

En octubre de 2010 se inició en una sala de hospitalización de medicina interna una reunión diaria del equipo terapéutico de médicos y enfermeras en la que dos veces por semana se realizaba una intervención mínima de recuerdo para retirar las sondas vesicales. En la otra sala de medicina interna no se realizaba esta reunión. Retrospectivamente revisamos las historias de enfermería y los datos administrativos de los pacientes ingresados en medicina interna en los meses de octubre 2010, enero 2011, mayo 2011 y octubre 2011. Se han dividido en dos grupos: grupo I los pacientes atendidos por el equipo que realizaba la intervención de recuerdo y grupo II los pacientes atendidos por otros equipos que no realizaban esta intervención. Para cada paciente se han recogido datos de edad, sexo, vivir en residencia, índice de Barthel, escala de Norton, utilización de fluidoterapia, días con fluidoterapia, colocación de sonda vesical, días de sondaje vesical, presencia de úlceras por presión, delirium durante el ingreso, categoría diagnóstica de enfermedad principal al alta, estancias en el hospital, peso del grupo relacionado para diagnóstico de alta. Los datos se presentan como media (desviación estándar) o número (porcentaje). La comparación entre variables cuantitativas se ha realizado con el test de Mann-Whitney y la de variables cualitativas con el test de X². Se ha utilizado un nivel de significación $p < 0,05$.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio hubo 768 ingresos y hemos incluido 747 (97.3%). La edad media era 74.3 (15.1) años y 389 (52%) eran mujeres. Durante la hospitalización 260 (15%) llevaron una sonda vesical y 519 (69%) sueroterapia. En 172 (64.9%) pacientes la sonda vesical se colocó en Urgencias, en 60 (22.6%) en planta y en 29 (10.9%) eran portadores permanentes. La puntuación en la escala de Norton era peor en los pacientes del grupo II (14.5 ± 4.6 vs 15.3 ± 4.7 ; $p=0.02$) pero no había diferencias en el índice de Barthel (64 ± 38 vs 67 ± 39 ; $p=0.32$). Los pacientes del grupo II llevaron con más frecuencia sonda vesical (39.1% vs 31.7%; $p=0.03$), durante más días (7.9 ± 7.2 vs 6.0 ± 6.4 días; $p=0.03$) y con más frecuencia llevaban sonda en el momento del alta (15.2% vs 10.1%; $p=0.04$). No hubo diferencias en los pacientes con fluidoterapia pero si en los días con fluidoterapia intravenosa (5.2 ± 4.6 vs 4.1 ± 4.0 días; $p=0.004$). No se observaron diferencias en la aparición de delirium ni úlceras por presión. La estancia media tendía a ser mayor en el grupo II (9.97 ± 8.19 vs 8.92 ± 6.84 días; $p=0.058$).

CONCLUSIONES

Una intervención mínima de recuerdo puede ayudar a disminuir el uso de sondas vesicales y a disminuir los días de sondaje vesical y de uso de fluidoterapia.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 7

Nº Reg. 207

TÍTULO. LA PUERTA DE ENTRADA A LA CALIDAD

Autores: Egido Lizán P, Omeñaca M, Palacian P, López A.I, Fernández J, Rodríguez A.L, Martínez N, Revillo M.J.

EGIDO LIZÁN PILAR . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . MICROBIOLOGÍA (pegido1@gmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La Norma UNE EN ISO 15189 considera como objetivo asegurar que las actividades previas al análisis se realizan sin que influyan adversamente en los resultados. El laboratorio posee un procedimiento de recepción de muestras con criterios de aceptación y rechazo accesible a todos los facultativos del Área. En este procedimiento está definida la resolución que el laboratorio adopta en cada uno de los supuestos. El objetivo de este trabajo es la realización de un estudio de las principales causas de rechazo y sus soluciones.

METODOLOGÍA

En el área preanalítica se define incidencia cuando faltan datos en el volante o la muestra, existen discrepancias entre ambos o la muestra no es idónea para el análisis solicitado. Cuando se detecta una incidencia se crea en el SIL una determinación llamada INCIDENCIA que puede vincularse a cualquier tipo de muestra del laboratorio. En esta determinación aparecen codificadas, las incidencias más frecuentes.

Los códigos son

Vsindestino o Vsindemograf: incidencias administrativas y se aceptan con notificación. Indican que no existe servicio peticionario o doctor solicitante o que faltan datos como nº de historia clínica

Mnorecib: muestra no recibidas dado que se utiliza un volante multimuestra

Msinidentif: la muestra no está identificada y no tiene trazabilidad con el volante

Mmaltrans: muestras con medio de transporte incorrecto o derramadas

Mnoidonea: muestras inadecuadas para el análisis solicitado

Vsindeter: aquellos volante en los que no se especifica tipo de muestra o determinación solicitada

Vdemodiscrep: volante y muestra llevan distintos datos demográficos

Vmdiscrep: discrepancia entre la muestra solicitada y la recibida

Otrasinci : miscelánea de situaciones menos frecuentes

Todas las muestras se reciben y se guarda la imagen del volante

El facultativo revisa la incidencia y la comunica al servicio peticionario

RESULTADOS

Entre el 1 de enero y el 30 de abril de 2012 se registraron 1781 incidencias.

Vsindestino 952 (53.5%).

Mnorecib 171 (9.6%)

Msinidentif 72 (4%)

Mmaltrans 69(3.9%)

Mnoidonea 64 (3.6%)

Vsindeter 51 (2.9%)

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 7

Nº Reg. 207

TÍTULO. LA PUERTA DE ENTRADA A LA CALIDAD

Autores: Egido Lizán P, Omeñaca M, Palacian P, López A.I, Fernández J, Rodríguez A.L, Martínez N, Revillo M.J.

[EGIDO LIZÁN PILAR](mailto:pegido1@gmail.com) · HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET · MICROBIOLOGÍA (pegido1@gmail.com)

Vsindemograf 49 (2.8%)
Vdemodiscrep 41 (2.3 %)
VMdiscrep 21 (1.2%)
Otrasinci 291 6.

CONCLUSIONES

Debemos impulsar la implantación de la petición electrónica. La clave usada por el facultativo permitirá conocer el servicio y doctor solicitante
Conviene difundir el manual de toma de muestras para evitar las muestras no idónea o mal transportada.
Las incidencias que conllevan el rechazo de la muestra deben ser informados con rapidez

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 7

Nº Reg. 276

TÍTULO. PROGRAMA DE ACOGIDA DE USUARIOS DE HOSPITAL DE DÍA GERIATRICO (RESULTADOS)

Autores: GASPAR RUZ MAL, GASPAR RUZ ML, CUCULLO JM, IZQUIERDO A, ALMUDÍ T

GASPAR RUZ MARIA LUISA . HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA . HOSPITAL DE DIA GERIATRICO (mlgaspar69@gmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Mejorar el procedimiento de acogida de los usuarios de HDG.

Favorecer la adhesión al tratamiento.

Informar al usuario del funcionamiento general del servicio.

METODOLOGÍA

Redacción del protocolo.

Elaboración de un díptico explicativo.

Realización de dos encuestas de valoración de resultados.

RESULTADOS

Análisis de los datos recogidos en las encuestas realizadas a los usuarios.

Valoración subjetiva de los miembros participantes en el proyecto sobre el impacto de la medida.

CONCLUSIONES

Ha mejorado la adhesión de los usuarios al programa de HDG según indica el descenso de bajas por no adaptación.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 7

Nº Reg. **293**

TÍTULO. **DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ADAPTADO A LA NUTRICIÓN PARENTERAL EN NEONATOLOGIA**

Autores: GIMENO BALLESTER V, REAL JM, LARRODE I, URIARTE M, PASCUAL O, RITE-GRACIA S, PALOMO P, ABAD MR

GIMENO BALLESTER VICENTE . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . FARMACIA (vgimenob@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Mejorar la seguridad del paciente y mejorar la calidad de la prescripción.

Describir las características del programa informático utilizado para la prescripción electrónica.

Exponer el proceso seguido en su implantación en los Servicios de UCI Neonatología y Neonatología

METODOLOGÍA

El programa Nutriwin® es el programa utilizado para la gestión de las nutriciones en el hospital. Este software está conectado con el programa de gestión de farmacia y con admisión, dispone de una ventana donde aparecen todos los pacientes activos, tanto con prescripciones confirmadas como pendientes. El módulo de prescripción electrónica ayuda al médico en la realización de los cálculos porque permite prescribir los macronutrientes en gramos y los micronutrientes en miliequivalentes; además la prescripción se puede realizar por kilo de peso del paciente o por peso total. Alerta de la osmolaridad máxima autorizada por vía periférica, precipitación calcio-fosfato y niveles máximo y mínimos de potasio. También se puede decidir la vía de administración, velocidad de perfusión y volumen total requerido y existe un campo con texto libre que facilita la comunicación entre el médico y el farmacéutico

RESULTADOS

Antes de empezar con la prescripción electrónica hubo que definir tanto los macronutrientes como los micronutrientes a utilizar en los pacientes neonatos para que el programa pudiera realizar bien los cálculos. Se fijó una osmolaridad máxima de 810 mosm/L, se decidió utilizar para el cálculo de la precipitación calcio-fosfato la fórmula: $Ca \text{ (meq/L)} + P \text{ (mmol/L)} > 23$ y se fijaron los niveles máximos y mínimos de potasio en 4 y 1 meq/Kg, respectivamente.

Se seleccionó a un médico del Servicio de Neonatología y a un farmacéutico para coordinar el proceso. Se llevaron a cabo sesiones formativas diarias tanto en neonatología como en farmacia.

Se creó un usuario con contraseña para cada médico para controlar el acceso al programa. Se contó con el soporte informático para solucionar los problemas que fueron surgiendo.

Se instaló el programa de nutrición en tres ordenadores, uno en la UCI de Neonatología, otro en la sala de pacientes neonatos y el tercero en el despacho médico.

CONCLUSIONES

La prescripción electrónica permite aumentar la seguridad en la atención al paciente y en la calidad de la asistencia y paralelamente promueve la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales.

La prescripción electrónica de la nutrición parenteral en neonatos optimiza los tiempos en todo el proceso, desde la prescripción hasta la elaboración y dispensación de la nutrición.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 7

Nº Reg. **362**

TÍTULO. **ANÁLISIS FARMACOECONÓMICO DE LA TERAPIA BIOLÓGICA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE COLON METASTÁSICO EN PRIMERA LÍNEA**

Autores: GIMENO BALLESTER V, REAL JM, ALONSO Y, LARRODE I, CASAJUS P, VILLAR I, PALOMO P

GIMENO BALLESTER VICENTE . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . FARMACIA (vgimenob@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Estimar el coste de la terapia biológica (panitumumab, cetuximab y bevacizumab), en primera línea en pacientes con cáncer colorrectal metastásico en primera línea

METODOLOGÍA

El estudio se realizó desde la perspectiva del Servicio de Farmacia, teniendo en cuenta unos costes de adquisición de bevacizumab, cetuximab y panitumumab de 3,06 €, 1,85 € y 4,00 € respectivamente. Las dosis utilizadas fueron 5,00 mg/kg para bevacizumab, 500 mg/m² para cetuximab y 6,00 mg/kg para panitumumab, se tuvo en cuenta el reaprovechamiento de los viales. Los valores antropométricos se tomaron de nuestros pacientes con cáncer de colon metastásico en tratamiento con cetuximab y bevacizumab, se consideró un peso corporal medio de 66 ± 13,52 Kg y una talla de 163 ± 9,18 cm, la superficie corporal se calculó por la fórmula de duBois y duBois. La duración del tratamiento se estimó en 10 ± 2 meses, a partir de la obtenida en los ensayos clínicos. No se incluyeron en el análisis los costes de la quimioterapia al ser similares para los tres fármacos. Con los datos anteriores se realizó una simulación de Monte Carlo en excel con 30.000 pacientes.

RESULTADOS

El coste de tratamiento calculado fue 12.110 € (7.722 ; 16.878) para bevacizumab, 18.923 € (14.288 ; 23.900) para cetuximab y 19.052 € (12.177 ; 26.572) para panitumumab. Bevacizumab presentó un ahorro en el 95,4 % de las simulaciones frente a cetuximab y en el 91,4 % frente a panitumumab.

CONCLUSIONES

El tratamiento con bevacizumab en primera en pacientes con colorrectal metastásico supone un ahorro importante para los hospitales en comparación con la utilización de cetuximab o panitumumab.

La utilización de simulaciones de Monte Carlo es un método útil en la gestión económica cuando se aplica a los escenarios en los que influyen múltiples variables.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 7

Nº Reg. 186

TÍTULO. **REDUCCIÓN DEL GASTO FARMACEUTICO EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS TRAS IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE DISPENSACIÓN DE UNIDOSIS** □

Autores: GOMEZ BARRENA V, CAMPOS-CALLEJA C, PÉREZ-DELGADO R, ROMERO-SALAS Y, SANCHO-GRACIA E, BOSQUE-GRACIA C, LATORRE-IZQUIERDO A, REAL-CAMP JM

GOMEZ BARRENA VIRGINIA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . URGENCIAS HOSPITAL INFANTIL (vgomez@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Reducir el gasto en recetas de la Unidad de Urgencias de Pediatría mediante la dispensación al alta de fármacos en forma de dosis unitarias en determinadas patologías agudas muy frecuentes: bronquitis/crisis asmática, urticaria aguda y gastroenteritis aguda
- Favorecer el uso racional del medicamento adecuando el tratamiento prescrito a la patología aguda y evitando el acopio innecesario de medicamentos en el domicilio

METODOLOGÍA

Análisis de los datos referentes al gasto en recetas así como el gasto del consumo intrahospitalario correspondiente a la Unidad de Urgencias de Pediatría para los fármacos incluidos en el programa (salbutamol inhalado, corticoides orales, suero de rehidratación oral y antihistamínicos de 2ª generación). El periodo de estudio es de un año desde la implantación del programa: entre 1 de marzo de 2011 y 29 de febrero de 2012. Para comparar los resultados hemos calculado el gasto para ambos conceptos durante el periodo anual inmediatamente anterior: entre 1 de marzo de 2010 y 28 de febrero de 2011.

RESULTADOS

El gasto en consumo interno para los fármacos incluidos durante el primer periodo fue de 3689,84€y de 6618,94€durante el segundo; sin embargo el gasto correspondiente a las recetas emitidas para estos mismos medicamentos durante los mismos periodos fue de 8198,83€y de 2289,52€respectivamente. De esta manera, el balance total del gasto farmacéutico para la Unidad se ha reducido en 2980,21€en el periodo de 12 meses tras la implantación del programa en relación con los 12 meses previos. Cabe destacar que durante este 2º periodo el nº de usuarios atendidos en la Unidad de Urgencias de Pediatría se incrementó en 2000 personas/año.

CONCLUSIONES

Los datos analizados nos permiten confirmar el ahorro asociado a la dispensación de fármacos en forma de unidosis en la Unidad de Urgencias de Pediatría. Estos resultados favorables nos han motivado para ampliar el programa a otro grupo de fármacos asociados a otras patologías.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 7

Nº Reg. **253**

TÍTULO. ESTUDIO DE LAS CAUSAS DE SUSPENSIÓN DE LAS BRONCOSCOPIAS EN EL AÑO 2011

Autores: ALBERICIO GIMENO MA, GARCIA V., CHACÓN E., MARTIN MT

ALBERICIO GIMENO MARIA ASUNCION · HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET · NEUMOLOGIA (tmartinc@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Los objetivos de nuestro grupo son cuantificar las exploraciones endoscópicas (broncoscopias) programadas no realizadas y el motivo para ello así como la propuesta de diferentes soluciones.

METODOLOGÍA

Las diferentes técnicas endoscópicas realizadas en el Servicio de Neumología son: fibrobroncoscopia, ecobroncoscopia (EBUS) y broncoscopia intervencionista, rígida, para tratamiento con láser y/o colocación de prótesis endobronquiales.

Se ha establecido un protocolo de solicitud de Broncoscopia en el que se verifica la cumplimentación de determinados requisitos: aceptación por parte del paciente y la consiguiente firma del Consentimiento Informado, hemograma y coagulación normales, imágenes radiológicas, estabilidad hemodinámica y respiratoria así como ECG. Además el paciente debe encontrarse en ayunas.

| PRUEBA | PROGRAMADAS | REALIZADAS | SUSPENDIDAS | % |
|---------------------|-------------|------------|-------------|-----|
| FIBROBRONCSCOPIA | 732 | 680 | 52 | 7,1 |
| ECOBRONCSCOPIA | 97 | 91 | 6 | 6,2 |
| B. INTERVENCIONISTA | 21 | 21 | 0 | 0 |
| TOTAL | 850 | 792 | 58 | 6,8 |

RESULTADOS

Las causas de suspensión de las exploraciones han sido:

- Decisión médica: 19
- Empeoramiento clínico: 11
- Negativa del paciente: 9
- Mala preparación del paciente: 9
- Trastornos de la coagulación: 5
- Ausencia de ayunas: 3
- Ausencia de pruebas de imagen: 1
- Organizativas: 5
- Averías: 2 EBUS
- Otros: 3
- Realizadas en otro centro: 1
- Coincidencia de horario con otra exploración: 1
- Exitus: 1

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 7

Nº Reg. **253**

TÍTULO. ESTUDIO DE LAS CAUSAS DE SUSPENSIÓN DE LAS BRONCOSCOPIAS EN EL AÑO 2011

Autores: ALBERICIO GIMENO MA, GARCIA V., CHACÓN E., MARTIN MT

ALBERICIO GIMENO MARIA ASUNCION . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . NEUMOLOGIA (tmartinc@salud.aragon.es)

CONCLUSIONES

- El porcentaje de fallos es bajo.
- Los motivos no dependen del personal de la unidad.
- Debemos incidir en la cita presencial, explicar verbalmente las normas que se dan por escrito en la hoja de citación.
- Revisar con antelación el estudio de coagulación y hemograma.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 7

Nº Reg. 54

TÍTULO. CALIDAD Y GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO EN SERVICIOS QUIRÚRGICOS

Autores: MONRROY LOPEZ F, CALDERÓN MEZA JM, BARRASA VILLAR JI, CASTÁN RUIZ S, LÓPEZ IBORT N, RODRIGUEZ COGOLLO R

MONRROY LOPEZ FELIPE . DIRECCION DE ATENCION ESPECIALIZADA . ATENCION ESPECIALIZADA (fmonrroy@aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Determinar la calidad y el grado de cumplimiento del consentimiento informado escrito en los servicios quirúrgicos de un hospital de tercer nivel

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, anidado dentro de un estudio más amplio diseñado para medir la “Incidencia de Eventos Adversos Posquirúrgicos en un hospital de tercer nivel”, en el que se revisó el grado de cumplimiento de CI escrito en una muestra de 326 historias clínicas (HC) de pacientes mayores de 14 años intervenidos con hospitalización en 2009. Como criterios de calidad del CI escrito se establecieron 1) que el documento fuera oficial y validado por el hospital; 2) que incluyera identificación y firma del médico y 3) lo mismo del paciente. Si cumplía con estos criterios se consideraba como CI Ideal

RESULTADOS

De las 326 historias clínicas revisadas, en el 88,3% [IC95%: 84,8-91,7] había un documento de CI. La proporción del CI en cirugías programadas fue del 88% [IC95%:84,3-91,7] y en cirugías urgentes del 90% [IC95%:86,3-93,7]. Había ligeras diferencias por servicios, siendo Traumatología (96,8 %) y Obstetricia (96,3%) donde existía en mayor proporción, aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p>0,05$) ni por el tipo de cirugía, tipo de anestesia, motivo de alta, ni servicio.

El 81 % de los documentos de CI utilizados eran los oficiales y estaban validados por el centro aunque aquí si que había una diferencia significativa por servicios identificándose varios de ellos que usaban mayoritariamente los correspondientes de sus sociedades científicas en lugar de los del centro. Por otro lado, 99% de los CI estaban firmados por el médico y en casi la totalidad por los pacientes.

Tenidos en cuenta todos los criterios de calidad al mismo tiempo, el grado de cumplimiento del denominado “CI ideal” alcanzó un 70,6%, [IC95%: 65,7-75,5] respecto al total de historias clínicas revisadas. Había diferencias significativas por servicios, destacando Traumatología (87,1%) y Otorrinolaringología (87,0%) como los de mayor grado de cumplimiento

CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados de este estudio, dicha práctica de obtención de CI escrito esta documentada en la historia clínica en el 88,3% de las cirugías con hospitalización, quedando por tanto un margen de mejora superior al 10%. El tipo de intervención (programada/urgente) no parece ser un factor decisivo a la hora de determinar la obtención del CI escrito, pues a la vista de los resultados de este estudio el grado de cumplimiento en las intervenciones urgentes es, incluso, ligeramente mayor (90%). No obstante, el objetivo debe ser mejorar el CI Ideal pues lleva implícito al menos tres criterios de calidad 1) que el documento utilizado sea el institucional –como reflejo de la corrección e idoneidad del soporte informativo utilizado- 2) que exista la firma del médico –como reflejo de su participación en el proceso de información- y 3) que exista la firma del paciente –como expresión manifiesta de su consentimiento y, en nuestro caso, el margen de mejora aquí es bastante mayor

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 7

Nº Reg. 316

TÍTULO. EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA (OMS) EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Autores: LORENZO CORONADO JM, NIÑO DE GUZMAN- ENA, BARRAZA JOSEIGNACIO

LORENZO CORONADO JESSICA MARIANA . UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA PREVENTIVA . Medicina Preventiva (eniguzqui@gmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Evaluar el grado de implantación del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica (LVSQ) en un hospital de tercer nivel.

METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo transversal de una muestra representativa de las intervenciones realizadas durante el período octubre-noviembre 2011 seleccionadas de forma aleatoria evaluando la presencia del formulario del LVSQ en la historia clínica, la cumplimentación por tipo de profesional, por apartados y por ítems.

RESULTADOS

El LVSQ se encontró en el 74,6% [IC95%,70,1%–79,3%] de las 346 intervenciones estudiadas. Con mayor presencia en las intervenciones programadas (81,9%) que en las urgentes (48,7%). Por sexo y edad del paciente intervenido, fue más frecuente en intervenciones de hombres y de edades avanzadas, diferencia que no se mantiene al analizar por tipo de intervención. Se halló variabilidad en la utilización del LVSQ por servicios, en Angiología y Cirugía Vascul ar el LVSQ estaba presente en la mayoría de las intervenciones (93%). La cumplimentación global de los ítems fue alta, por encima del 90% para el total, sin diferencias significativas entre servicios. La identificación del profesional por apartado del LVSQ globalmente mostró diferencias, el grupo profesional que cumplimentó adecuadamente los datos de identificación fue Enfermería (96,5%) y el grupo que se identificó en menor medida fue Cirugía (83,3%). Por apartados, el segundo apartado tuvo una frecuencia de cumplimentación (94%) significativamente superior al tercer apartado (74%). El ítem con menor cumplimentación fue la notificación de problemas con el material. El porcentaje global de LVSQ correctamente cumplimentados (17 casillas cumplimentadas) alcanzó el 68,2% [IC95% = 62,5%-73,9%].

CONCLUSIONES

La presencia del documento del LVSQ en la mayoría de las intervenciones programadas representa un resultado positivo, reflejando que la mayoría de los servicios se han implicado en tomar parte activa en la mejora de la seguridad del paciente quirúrgico. A pesar de las diferencias entre servicios y profesionales en la cumplimentación adecuada y completa del LVSQ, los resultados obtenidos son comparables a otros estudios. La tarea pendiente es el refuerzo continuo de la importancia del uso de esta herramienta para lograr mejores resultados a mediano y largo plazo.