

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Mesa 8 * 13J-18:00 h.

Reg	Presentador/a	Título de la Comunicación
64	AGUARON JOVEN MARIA EVA	USO DEL BLOG COMO HERRAMIENTA DE FORMACIÓN. CREACION DE UN BLOG DE LA UNIDAD DOCENTE (UD) DEL SECTOR
241	ARNALDOS ESTEBAN MARTA	EVOLUCIÓN DE LOS OBJETIVOS DE UN EAP TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
214	CUBERO SALDAÑA EVA SOFIA	SEGURIDAD CLÍNICA DEL TRATAMIENTO CON BIFOSFONATOS EN PACIENTES CON OSTEOPOROSIS
293	ESPINOZA MOSQUERA PAUL	VARIABILIDAD DE DISTRIBUCIÓN EN DERIVACIONES A CONSULTA ESPECIALIZADA ENTRE PROFESIONALES DE UN CENTRO DE SALUD
117	IBÁÑEZ ROYO MARIA TERESA	PAPEL DE ENFERMERIA EN CIRUGIA FAST TRACK PROTESIS RODILLA
315	JAEN BAYARTE ESTEBAN	¿COMO ORGANIZAMOS EL SERVICIO DE ADMISIÓN EN UN CENTRO DE NUEVA APERTURA?
362	LOPEZ CALLEJA ANA ISABEL	LAS AUDITORÍAS INTERNAS EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA, HOSPITAL MIGUEL SERVER, PARA IMPLANTACIÓN DE LA NORMA ISO 15189
275	MARCO ARBUES MARIA MONLORA	IMPLANTACIÓN DE UN REGISTRO DE INCIDENCIAS PARA EVALUAR EL NUMERO DE HISTORIAS QUE NO RECIBE EL SERVICIO SOLICITANTE
161	MARTINEZ ALVAREZ ROSA MARIA	INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS POTENCIALES EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL
131	PEREZ DIEZ CRISTINA	GESTIÓN DE ENSAYOS CLÍNICOS Y FARMACÉUTICO DE HOSPITAL: ¿HAY INCIDENCIAS EN EL PROCESO?
413	REMARTINEZ FERNANDEZ JOSE MARIA	CREACIÓN DE UN MANUAL PARA ENFERMERÍA QUIRÚRGICA EN EL ÁREA DE LA OBSTETRICIA
395	SANZ RUBIO MARIA CONCEPCION	PROCESO DE REHABILITACIÓN / FISIOTERAPIA AMBULATORIAS EN PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR (SECTOR ZARAGOZA II)
171	SOLER ABADIAS ROSA MARIA	EFICIENCIA EN EL USO DE RECURSOS EN UNA UNIDAD DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO (UTRS)

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 8

Nº Reg. **64**

TÍTULO. **USO DEL BLOG COMO HERRAMIENTA DE FORMACIÓN. CREACION DE UN BLOG DE LA UNIDAD DOCENTE (UD) DEL SECTOR**

Autores: AGUARON JOVEN ME, OTAL CAMPO A, BURGASE OLIVAN C, GIMENO PRADAS MR, RIVERA FUERTES A, RODRIGUEZ TORRENTE M, ALDAMIZ ECHEVARRIA IRAURGUI JM

AGUARON JOVEN MARIA EVA . CS PERPETUO SOCORRO . ATENCION PRIMARIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Crear una herramienta que facilite la autoformación de los EAP y la difusión de información médica

METODOLOGÍA

Creación de un blog que permita: 1.Difusión de los documentos elaborados para sesiones formativas de EAP. 2.Recomendar bibliografía. 3.Difusión de la producción científica.

Presentación del blog a los CS del Sector

RESULTADOS

873 visitas. 58 archivos enlazados. 15 enlaces a blogs y páginas web de contenido docente y asistencial. Enlaces a sumarios de 5 revistas que recibe la UD.

CONCLUSIONES

El blog es una herramienta más a tener en cuenta para facilitar la formación de los EAP y la difusión de información científica.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 8

Nº Reg. **241**

TÍTULO. **EVOLUCIÓN DE LOS OBJETIVOS DE UN EAP TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**

Autores: ARNALDOS ESTEBAN M, BLASCO CASORRAN M

ARNALDOS ESTEBAN MARTA . CS ALCORISA . RESPONSABLE DE CALIDAD/DUE AT CONTINUADA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Valorar la evolución de los resultados de los objetivos del EAP de Alcorisa en un periodo de un año, desde la implantación del Sistema de Gestión de Calidad ISO:9001 en 2012.
- Hacer visible a profesionales y administraciones sanitarias el impacto de la implantación de estos sistemas en la salud de la población.

METODOLOGÍA

Análisis de los resultados de indicadores del Contrato de Gestión medidos durante el periodo 2011-2012. Comparación de estos indicadores a lo largo del tiempo mediante cortes trimestrales y representación gráfica de su evolución.

RESULTADOS

Los indicadores del Contrato de Gestión ha sido tomados como objetivos del EAP. El sistema de gestión de calidad fue implantado en el EAP de Alcorisa en Marzo de 2012. Los indicadores de cobertura en ese momento obtenían unos resultados negativos. Desde entonces, en un periodo de un año, la evolución de los indicadores ha sido muy positiva. Se alcanza el estándar mínimo en la mayoría de indicadores, aunque todavía no se llega al estándar marcado por ISO en otros, pero cabe destacar la mejora importante en indicadores de cobertura relacionados con la atención al tabaquismo, la atención a pacientes diabéticos, la prevención cardiovascular y la valoración enfermera.

El equipo ha desarrollado una sistemática de evaluación de indicadores, desarrollo de acciones y seguimiento que es efectiva y está dando unos buenos resultados.

CONCLUSIONES

La implantación del sistema de gestión de calidad ha supuesto un punto de inflexión para los resultados de los indicadores de cobertura valorados en el Contrato de Gestión en el CS de Alcorisa. Ha supuesto también un cambio en la metodología de trabajo y un impulso hacia la mejora continua.

El EAP debe estar satisfecho por el trabajo realizado y seguir esta tendencia positiva para la mejora de resultados en la salud de la población de su zona básica de salud.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 8

Nº Reg. 214

TÍTULO. SEGURIDAD CLÍNICA DEL TRATAMIENTO CON BIFOSFONATOS EN PACIENTES CON OSTEOPOROSIS

Autores: CUBERO SALDAÑA ES, ARNAL MEINHARDT A, LORBES MACHIN T, ISLA COBETA J, SOBREVIELA CELMA N, LOZANO ROYO S, CACERES PAREDES AM, PEMAN MUÑOZ T

CUBERO SALDAÑA EVA SOFIA . CS LA ALMOZARA . MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

1. Conocer el número de pacientes en tratamiento (tto) con bifosfonatos.
2. Detectar los factores de riesgo de fractura por osteoporosis según la escala FRAX.
3. Registrar el núm. de pacientes con diagnóstico de osteoporosis y densitometría ósea (DMO)
4. Cuantificar el núm. de pacientes con fracturas patológicas atípicas en tto con bifosfonatos > 5 años.

METODOLOGÍA

- Solicitud al servicio de Farmacia de listado de pacientes en tto con bifosfonatos.
- Elaboración de una tabla EXCEL con las siguientes variables: edad, sexo, médico prescriptor, DMO, T-Score, tto médico, otras prescripciones, fracturas asociadas a osteoporosis y fracturas atípicas.
- Extracción de datos clínicos, base de datos OMI-AP: pacientes diagnosticados de osteoporosis y pacientes en tto con bifosfonatos
- Revisar mediante escala FRAX los factores de riesgo de osteoporosis a todos los pacientes en tto con bifosfonatos.
- Detectar a los pacientes en tto con bifosfonatos si existen densitometrías óseas previas: Intranet Sector II y OMI-AP Historia Clínica
- Registrar la presencia de fracturas patológicas atípicas.
- Reevaluar la continuidad del tto farmacológico en los pacientes en tto con bifosfonatos.

RESULTADOS

Número (núm.) total de pacientes: 226

Núm. de densitometrías realizadas/núm. de pacientes diagnosticados de osteoporosis: 54/226= 23,89%

Núm. de fracturas patológicas atípicas en tto. con bifosfonato > 5años: 0 pacientes

Edad media: 68,8

Rango de edad: 20-91

Sexo: Mujeres 94,25%

Registro de DMO: 67 pacientes 29,65%

Registro de T-Score: 54 pacientes 23,89%

Fracturas asociadas a osteoporosis: 31 13,72%

Médicos prescriptores: MFYC 94 pac. 41,59%, Ginecología 26 pac. 11,5%, Traumatología 41 pac. 18,14% Reumatología 24 pac 8,62%, sin datos 39 pac. 17,26%

CONCLUSIONES

Existe un registro inadecuado del motivo de la prescripción de bifosfonatos, solo encontramos en el 24,8% de los pacientes criterios para su utilización (osteoporosis con DMO, fracturas patológicas, otras causas.)

El 42,59% de pacientes con T-Score sin valor diagnóstico de osteoporosis han recibido tto con bifosfonatos.

El 29,8% de los pacientes, supera los 5 años de tto con bifosfonatos.

No encontramos registro que justifique la indicación médica de bifosfonatos en el tto indicado por: Traumatología 80,49%, Ginecología 80%, MFYC 68,09%, Reumatología 54,17%.

Es necesario evaluar nuestra actuación para adecuar la prescripción con la indicación médica.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 8

Nº Reg. **293**

TÍTULO. **VARIABILIDAD DE DISTRIBUCIÓN EN DERIVACIONES A CONSULTA ESPECIALIZADA ENTRE PROFESIONALES DE UN CENTRO DE SALUD**

Autores: ESPINOZA MOSQUERA P, FALCON REIBAN MF, ANGULO LOPEZ R, SANCHEZ JIMENEZ LE, ASARTA PEÑUELAS D, UTA A, REGLA MARTIN R, ISANTA POMAR C

ESPINOZA MOSQUERA PAUL . CS SAN JOSE CENTRO . MFYC

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Determinar la distribución de derivaciones de cada profesional con respecto al Centro de Salud (CS). Analizar la la distribución de las derivaciones las diferentes especialidades.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado en el Centro de Salud San José Centro en la ciudad de Zaragoza con una población de 18.264 personas en el que se analizan las derivaciones solicitadas por los profesionales de dicho CS a las consultas de atención especializada, se utilizaron las estadísticas necesarias para el análisis descriptivo y para la comparación entre los distintos profesionales médicos del CS, para el análisis se utilizó el Chi cuadrado y los residuos estandarizados. En el estudio se incluyen todas las derivaciones realizadas por personal médico del CS, que consta de 13 médicos. El periodo asignado de las derivaciones comprende desde el 1 de enero de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2010 con datos obtenidos a través de la Gerencia de Atención Primaria, ante la imposibilidad de obtención mediante la historia informatizada (OMI). Como indicadores se utilizan el número de derivaciones por cada 100 pacientes atendidos en la consulta habitual según cada profesional del CS y según la especialidad.

RESULTADOS

Se analizaron 6.345 derivaciones entre las diferentes especialidades, el total de las pacientes atendidos en el CS fueron 74.259 lo que corresponde a una tasa de derivación del 8,54%.

Las especialidades que mayor demanda abarcan fueron: Oftalmología 14,4% de derivaciones por cada 100 pacientes atendidos, dermatología (12,9%), traumatología (7,8%), ORL (7,7%), cardiología (5,8%), digestivo (5,1%), urgencias (4,7), neurología (4,7%), urología (4,1%), psiquiatría (3,6%), rehabilitación/fisioterapia (3,4%), reumatología (2,8%), endocrinología (2,2%), toxicología (1,8%), alergología (1,7%), neumología (1,5%), hematología (0,7%), medicina interna (0,5%), nefrología (0,3%), geriatría (0,3%).

CONCLUSIONES

El estudio muestra una amplia variabilidad de derivaciones a distintas especialidades por parte de cada profesional médico del CS, además de una variabilidad desproporcionada en cuanto a la frecuentación de derivación a según qué especialidades.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 8

Nº Reg. **117**

TÍTULO. PAPEL DE ENFERMERIA EN CIRUGIA FAST TRACK PROTESIS RODILLA

Autores: IBAÑEZ ROYO MT, RUIZ CACHO C, ABAD E, SEGURA MATA J, NAVARRO GISTAU C, ZAPATER R
IBAÑEZ ROYO MARIA TERESA . MUTUA DE ACCIDENTES DE ZARAGOZA (MAZ) . HOSPITALIZACION

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Elaboración de un protocolo de cuidado de cura quirúrgica en pacientes intervenidos de prótesis de rodilla por cirugía fast track.
Seguimiento de la herida quirúrgica a través de un registro diario
Mejorar la calidad asistencial y la satisfacción del paciente

METODOLOGÍA

Creación de un grupo de trabajo de enfermería que se encargó de revisar las evidencias disponibles para elaborar el protocolo de cura quirúrgica, y las hojas de registro de cuidado de cura. Dicho protocolo fue posteriormente revisado por médicos integrantes del programa de cirugía de prótesis de rodilla.

RESULTADOS

Protocolo realizado para la cura de herida quirúrgica en PTR con apósitos de PHMB.(polihexametileno biguanida)
Hojas de registro con los indicadores herida quirúrgica: número de curas, sangrado, exudado, seroso y/o purulento, signos de inflamación, flictenas, necrosis, hematoma
Tablas Excel con recogida de datos de la herida y seguimiento post-hospitalización

CONCLUSIONES

La implantación del programa cirugía fast track prótesis de rodilla ha supuesto un reto para el personal de enfermería, un cambio radical en la manera de trabajar, dirigido a la actualización y modernización de la enfermería del hospital.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 8

Nº Reg. 315

TÍTULO. ¿COMO ORGANIZAMOS EL SERVICIO DE ADMISIÓN EN UN CENTRO DE NUEVA APERTURA?

Autores: JAEN BAYARTE E, BILBAO IBAÑEZ MTERESA, NAVARRO BARRADO ESTHER, MARTIN ABAD GLORIA, ENCABO GARCIA RAQUEL, CORTES LAZARO ASCENSION

JAEN BAYARTE ESTEBAN . CS VALDESPARTERA . ADMISION

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Puesta en marcha del servicio de admisión en un EAP de nueva creación, con profesionales procedentes de distintas realidades de la sanidad, aspirando a ofrecer un servicio óptimo para responder a las expectativas de la población ante la apertura del nuevo Centro

METODOLOGÍA

Implantación de un documento de acogida para los trabajadores del servicio donde se describen los trabajos y procedimientos utilizados en :

- 1.- Citaciones
- 2.- Tareas Administrativas
- 3.- Tarjeta Sanitaria Individual

RESULTADOS

El documento original estuvo preparado en el primer mes del funcionamiento del Servicio. Al ser un EAP nuevo se producen frecuentes cambios, además de los producidos por cambios de programas informáticos, legislación..etc, por lo que disponemos de un documento abierto que vamos actualizando constantemente

En el año 2012 el EAP se acreditó en Norma ISO con lo que el documento se transformo en una Instrucción de Trabajo, actualmente colgada en la Intranet en su versión de revisión B

CONCLUSIONES

El manual es una herramienta de trabajo fundamental para el buen desarrollo de las actividades, nos permite unificar criterios de actuación y que todo el personal que pase por el servicio conozca su funcionamiento con lo que favorecemos el poder alcanzar un óptimo grado de calidad en nuestro trabajo.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 8

Nº Reg. **362**

TÍTULO. **LAS AUDITORÍAS INTERNAS EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA, HOSPITAL MIGUEL SERVER, PARA IMPLANTACIÓN DE LA NORMA ISO 15189**

Autores: LOPEZ CALLEJA AI, OMEÑACA M, VELA ML, PALACIOS Y, REVILLO MJ

LOPEZ CALLEJA ANA ISABEL . H MIGUEL SERVET . MICROBIOLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Transmitir la experiencia obtenida con la realización de las auditorías internas por parte de los responsables de calidad y la dirección del Servicio, con el fin de verificar que las operaciones continúan cumpliendo los requisitos del sistema de gestión de la calidad.

METODOLOGÍA

De acuerdo con la norma ISO 15189 las auditorías internas deben realizarse en todos los elementos del sistema, tanto de gestión como técnicos, a intervalos definidos por el propio sistema, debiendo tratar progresivamente estos elementos y poner énfasis en las áreas de importancia crítica para el cuidado del paciente. Debe realizarse una vez cada doce meses.

En el inicio de la acreditación, las auditorías internas fueron realizadas por la consultora que estuvo encargada del asesoramiento de los equipos. En un segundo tiempo y por motivos económicos, el SALUD organizó equipos auditores integrados por especialistas de otros laboratorios aragoneses con la cualificación adecuada. Finalmente, y debido a la falta de experiencia previa en ciertas técnicas incluidas en la ampliación del alcance, por muy novedosas, el Servicio de Microbiología decidió formar un equipo integrado por los responsables de calidad y por la jefatura del servicio, cuyo cometido sería la verificación del sistema de calidad. Los auditores están cualificados como auditores internos.

Se planificaron y organizaron las auditorías y se han llevado a cabo en todas las áreas incluidas en el programa de acreditación, utilizándose el check-list del Plan de Auditorías Internas de SALUD

RESULTADOS

Se han realizado en las fechas previstas las auditorías de los alcances sometidos a acreditación:

- Biología Molecular vírica
- Serología
- Micobacterias
- Respiratorio
- Hemocultivos
- Cultivo de virus
- Hemocultivos
- Identificación (Maldi-tof)
- Sensibilidad antibiótica
- Hongos
- Cultivo de S.aureus
- Área de preanalítica

CONCLUSIONES

Se han realizado las auditorías internas con recursos propios, lo que ha facilitado su realización.

Se han detectado pequeñas desviaciones en cada una de las áreas auditadas que han conducido a la aplicación de acciones correctivas o preventivas.

Todo el personal implicado, responsables técnicos y técnicos de laboratorio, han colaborado activamente con excelente actitud.

La integración de la dirección del laboratorio en el equipo auditor ha sido muy beneficiosa, porque se ha transmitido con claridad la implicación y el liderazgo de la jefatura de servicio en la implantación de este Sistema de Gestión de la Calidad

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 8

Nº Reg. 275

TÍTULO. **IMPLANTACIÓN DE UN REGISTRO DE INCIDENCIAS PARA EVALUAR EL NUMERO DE HISTORIAS QUE NO RECIBE EL SERVICIO SOLICITANTE**

Autores: MARCO ARBUES MM, MORENO VERNIS M, VALLESPIN MESEGUER M, SORO DOMINGO MF, BERNAL MARIN Y, VELAZQUEZ CUENCA P, SAN MIGUEL ARBUES E, AZNAR ASPAS C

MARCO ARBUES MARIA MONLORA . H MIGUEL SERVET . DOC. CLINICA Y ARCHIVOS

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Introducción y Objetivo:

El archivo, protección y préstamo de la documentación clínica generada a lo largo del proceso asistencial constituye uno de los principales cometidos de nuestro Servicio de Documentación Clínica y Archivos. Como forma de mejorar los procesos que nos permiten desarrollar con eficacia dichas tareas, venimos planteando un conjunto de actividades. En esta comunicación presentamos las actividades desarrolladas con el objetivo de garantizar que las historias clínicas sean entregadas y lleguen a los Servicios que las solicitan.

METODOLOGÍA

Actuaciones y Método:

Revisión de circuitos de historia clínica diferenciando:

Control interno: Los movimientos de Historias dentro del Servicio.

Control externo: Movimientos de la Historia fuera de nuestro Servicio

Estructurales: Medios materiales disponibles.

Reuniones con los trabajadores.

Diseño de formato de recogida del conjunto de acciones a desarrollar

RESULTADOS

Resultados:

Del conjunto de resultados se seleccionaron las siguientes incidencias:

Circuito interno:

1.- Historia mal clasificada.

Controles actuales: Listados de solicitud reflejando el lugar en el que deben depositarse , no contemplando las peticiones sin agenda.

Marcar en el listado control salida junto al número de Historia.

Nuevas acciones;

Listados en los que todas las peticiones tengan reflejado el número de cajetín, donde colocar la historia .

Marcar el listado, en el número de cajetín correspondiente.

2.- Historia no servida.

Controles actuales:

Adjudicación de dígitos por responsable que son revisados por cada persona.

Nuevas acciones:

Revisión aleatoria de las historias archivadas el día anterior.

Revisión de todos los dígitos con el objetivo de dar una vuelta completa al año.

Incidencias de los Clientes:

8.- Historias retenidas: Cartas solicitando la devolución de las Historias retenidas y reclamación telefónica.

11.- Historias solicitadas fuera de hora

-Revisión de las solicitudes fuera de hora.

Información telefónica a los Servicios en el momento que se produce, recordando la normativa.

CONCLUSIONES

Conclusiones:

Con esta metodología obtenemos:

Información de los puntos donde hay que aplicar acciones correctivas o de mejora.

Implicación de los trabajadores del Servicio para conseguir el objetivo de calidad.

Implicación de los Servicios solicitantes ya que son conocedores de sus propias incidencias.

La recogida de incidencias es un instrumento que nos permite alcanzar el objetivo planteado.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 8

Nº Reg. 161

TÍTULO. INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS POTENCIALES EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Autores: MARTINEZ ALVAREZ RM, TOYAS MIAZZA CARLA, HORNA O, DIEZ J, VICENTE C, MONCIN C

MARTINEZ ALVAREZ ROSA MARIA . H ROYO VILLANOVA . Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Conocer la influencia de una campaña informativa sobre interacciones en pacientes con infección por VIH en tratamiento antirretroviral (TARV). Las interacciones del TARV con otros medicamentos son un problema poco reconocido y según varias series afectan al 14-41% de pacientes.

METODOLOGÍA

En 2011 se realizó un estudio para conocer las interacciones del TARV con otros medicamentos. En 2012, a los pacientes en TARV, se les entregaron tablas de interacciones según el tercer fármaco de "hiv-drugsinteractions.com". Meses después se recogen de nuevo interacciones. Se comparan resultados antes y después de la campaña con la prueba Z de comparación de proporciones.

Los datos de consumo de fármacos fueron recogidos en farmacia. La información de medicación concomitante mediante entrevista y base de datos de facturación de recetas desde noviembre de 2010 a febrero de 2011 y desde junio a agosto de 2012. La valoración de interacciones se realizó a través de: www.hiv-druginteractions.org entre inhibidores de la proteasa (IP) o no análogos (ITINN) y otras terapias.

Se recogen también variables de sexo, edad, coinfección por virus C (VHC), CD4 y carga viral, conocimiento de la campaña informativa y conservación de las tablas y sensibilización por el tema.

RESULTADOS

Se obtuvieron datos de 36 y 34 pacientes. Tenían TARV con IP en el primer periodo 13 (36.1%) y en el segundo 13 (38.2%); con ITINN 22 (61.1%) y 20 (58.8%); en II 1 y 2 pacientes. Edad media 42.9 (26-71) y 44.1 (23-72); varones 22 (61.1%) y 25 (73.5%); coinfectados 15 (41.2 %) y 6 (17.6%); carga < 20 copias/mL 27 (75%) y 20 (58.8%). Media de CD4 413/mm³ y 456/mm³.

Hubo 31 interacciones, en 13 pacientes (36.1%) y 21 interacciones en 11 (32.3%); 6 potencialmente graves en 4 pacientes (11.1% de los 36) y ninguna en el segundo, siendo la diferencia significativa (p 0.005). Las interacciones moderadas fueron 26,6 (18,7-36,3) y 16,3 (9,9-22,65) en ambos períodos siendo la diferencia estadísticamente no significativa (p=0,06) pero la diferencia es clínicamente relevante. Probablemente el tamaño muestral no es suficientemente grande para poder mostrar diferencias significativas.

Las interacciones aparecieron en el 27.3 % de los TARV basados en ITINN (6 de 22) y 10% (2 de 20); y en el 46.2% de los basados en IP (6 de 13) y 61.5% (8 de 13). Las interacciones con fármacos de acción sobre SNC fueron las más frecuentes 10 (32.3%) y 8 (38%). Afirmaban haber recibido información 25 pacientes (73.5%), 21 (61.8%) conservaban las tablas y mostraban preocupación por las interacciones 27 (79.4%).

CONCLUSIONES

Tras la campaña han desaparecido las interacciones graves siendo el descenso significativo y han mostrado una tendencia al descenso las moderadas. Los fármacos que más interacciones ocasionan son los que actúan sobre el SNC. Son más frecuentes en regímenes con IP. Un alto porcentaje de pacientes está sensibilizado.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 8

Nº Reg. 131

TÍTULO. **GESTIÓN DE ENSAYOS CLÍNICOS Y FARMACÉUTICO DE HOSPITAL: ¿HAY INCIDENCIAS EN EL PROCESO?**

Autores: PEREZ DIEZ C, LARRODE I, IDOPE A, BERNABE S, URIARTE M, PASCUAL O, ESCOLANO A, REAL JM

PEREZ DIEZ CRISTINA . H MIGUEL SERVET . FARMACIA HOSPITALARIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Análisis de la evolución de las incidencias registradas en el área de ensayos clínicos (EC) del Servicio de Farmacia (SF) durante los últimos 4 años en un hospital terciario, con el fin de establecer acciones para disminuirlas, dentro de un proceso de mejora continua.

METODOLOGÍA

Se registraron las incidencias ocurridas en el área de EC entre 2009-2012 incluyendo: fecha, persona que notifica, ensayo, fase del proceso de EC (protocolo, recepción, prescripción, validación, preparación, dispensación, administración, devolución, registro), servicio clínico, profesional implicado y descripción de la incidencia. Se analizaron las causas principales por las que se produjeron y las medidas correctoras adoptadas.

RESULTADOS

En los 379 EC en los que participó el SF se registraron 299 incidencias. Las incidencias ocurrieron principalmente en las fases de prescripción (46,82%), dispensación (21,00%), recepción de muestras (10,77%) y registro (8,03%), siendo los profesionales más implicados el prescriptor (47,15%) y el farmacéutico (27,42 %)

La frecuencia de las incidencias más frecuentes ha oscilado entre 0,92% y 2,01% para la prescripción, entre 0,10% y 1,04% para la dispensación y entre 1,21% y 2,55% para la recepción.

Las incidencias en la prescripción ocurrieron en el 1,5% del total de prescripciones realizadas (140/8927) Las causas más habituales fueron: no se especifica que la prescripción corresponde a un EC (34,92%), prescripción incompleta (30,74%) y no ajuste a protocolo (22,86%) La dosis no se ajustó al protocolo en un 16% de las prescripciones.

Las incidencias en la dispensación ocurrieron en el 0,7% del total de prescripciones realizadas (63/8927). Los errores más frecuentes fueron: incumplimiento de los requisitos administrativos (38,10%), no ajuste a protocolo (33,34%) y lugar de dispensación erróneo (23,40%)

Las causas de las incidencias en la recepción (1,91% del total de recepciones realizadas, 32/1667) fueron el incumplimiento de los requisitos administrativos (48,20%) y las discrepancias en el albarán (34,75%)

CONCLUSIONES

Tras el análisis de las incidencias registradas en el área de EC, las acciones de mejora aplicadas fueron: ampliar la prescripción electrónica y difundir las normas de dispensación y de recepción a los profesionales implicados.

El análisis sistemático de incidencias es una herramienta que permite establecer medidas para controlarlas y disminuirlas, incrementando así la eficiencia del proceso de gestión de EC.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 8

Nº Reg. 413

TÍTULO. CREACIÓN DE UN MANUAL PARA ENFERMERÍA QUIRÚRGICA EN EL ÁREA DE LA OBSTETRICIA

Autores: REMARTINEZ FERNANDEZ JM, FERNANDEZ GONZALEZ MR, FERNANDEZ HERRERA G, RUBIRA EGIDO MA, SAVIRON CORNUDELLA R, ESTEBAN SOMOLINOS L, CARCAVILLA SARRATO S, GRACIA SANCHEZ M

REMARTINEZ FERNANDEZ JOSE MARIA . H MIGUEL SERVET . ANESTESIOLOGIA REANIMACION Y UNIDAD DEL DOLOR

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Elaboración de criterios de actuación comunes en los quirófanos de obstetricia donde se incluyen cirugías urgentes. El personal que se necesita para asegurar la asistencia adecuada es voluminoso y sobretodo variado; diferentes edades, origen y formación se mezclan con procesos rápidos y cargados de tensión.
- Reunir en unas pocas páginas las formas de actuación más adecuadas en los procesos más habituales, sin olvidar los más urgentes.
- Presentarlo en un tamaño que lo haga muy manejable y con un diseño de los temas eminentemente práctico.
- Se han de incluir además temas que resuelvan dudas diarias de ámbito administrativo como los procedimientos para la petición de material, hemoderivados o pruebas complementarias desde el quirófano.

METODOLOGÍA

Se ha elaborado un libro que incluye los veintiocho temas más importantes relacionados con la actividad obstétrica de la enfermería en quirófano. Con un tamaño práctico y un diseño conceptual permite la rápida visualización de esquemas, tablas y puntos clave. Se ilustra con abundantes fotos y dibujos integrados junto a los textos que también han sido hechos por los autores. Se trata de un proyecto desarrollado en su mayor parte por enfermeras y a ellas está orientado, sin olvidar la esencia multidisciplinar del proyecto, que lo hace también atractivo para el personal de plantas, urgencias o salas de despertar. Un total de veinticinco profesionales han colaborado para publicar un libro de bolsillo que resume las situaciones más habituales y otras menos frecuentes, aunque graves, que por su importancia requieren unos conocimientos siempre actualizados. El esfuerzo se ha visto plasmado en un manual de corta tirada editado en 2012, cuyos destinatarios son los enfermeros y enfermeras que trabajan en esta zona del hospital y que ha supuesto para ellos una herramienta práctica y de uso diario.

La información más sensible al error proviene de las terapias farmacológicas y su dosificación, es por ello que en este libro se han utilizado tablas con medicamentos divididos por familias en los que se han distinguido columnas de concentración, presentación y preparación.

Una gran variedad de material gráfico, extraído del mismo quirófano de obstetricia, ilustra todos los temas y acerca físicamente al lector con el medio donde aplicar los conocimientos aprendidos.

RESULTADOS

El manual ha pasado a ser de uso diario y es herramienta habitual en la actividad laboral en nuestro quirófano, especialmente en aquellos profesionales recién llegados a éste área de trabajo. La estandarización de procesos habituales supone una disminución de incidentes y accidentes en la práctica diaria. Los conocimientos aprendidos tras la lectura y estudio del manual contribuyen a validar una capacitación para el desarrollo de este trabajo tan específico y exigente. El diseño práctico del texto ha facilitado su utilización como "guía rápida" que, sin sustituir un libro de mayores dimensiones, no retrasa el desarrollo de un proceso quirúrgico inminente.

CONCLUSIONES

- Un libro de pequeño formato supone una gran contribución al trabajo diario.
- Los conocimientos aportados mejoran el desarrollo profesional y contribuyen a la formación continuada de la enfermería.
- El manual demuestra un esfuerzo de colaboración por parte de la enfermería implicada.
- Un proyecto multidisciplinar como éste integra a diferentes profesionales con un objetivo y facilita el entendimiento en futuras actividades asistenciales.
- La aplicación de conocimientos actualizados y consensuados mejora la calidad asistencial del paciente y, por tanto, la práctica clínica.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 8

Nº Reg. **395**

TÍTULO. **PROCESO DE REHABILITACIÓN / FISIOTERAPIA AMBULATORIAS EN PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR (SECTOR ZARAGOZA II)**

Autores: SANZ RUBIO MC, REVILLA LOPEZ MC, GARCIA GALAN MJ, MERCADO RUS S, TOBAJAS SEÑOR E, VILLA GAZULLA MT, COCA MORENO J, GARRIDO SANTAMARIA I

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

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Objetivo principal: Asegurar al usuario una atención fisioterápica de calidad con un uso óptimo y racional de los recursos, mejorando la eficacia y la eficiencia mediante la coordinación entre Atención Especializada (AE) y Atención Primaria (AP).

- Objetivos específicos:

- * Establecer circuitos y criterios de derivación.
- * Potenciar las Unidades de Fisioterapia en AP.
- * Protocolizar las actividades.
- * Mejorar la atención a pacientes crónicos.
- * Disminuir la lista de espera para tratamientos agudos y urgentes en AE.
- * Mejorar la atención a pacientes hospitalizados.
- * Descentralizar prestaciones y acercar el tratamiento fisioterápico al ciudadano.

METODOLOGÍA

En Abril de 2008 se formó un grupo de trabajo interdisciplinar y multidisciplinar para la coordinación entre los servicios que prestan atención fisioterápica en AP y AE.

El grupo comenzó con un análisis de la situación de partida, encontrando diferentes áreas susceptibles de mejora sobre las que actuar. La metodología empleada está basada en gestión por procesos, con el seguimiento de los indicadores definidos.

RESULTADOS

Hasta el momento actual, el grupo multidisciplinar de ambos niveles asistenciales ha consensuado:

- La definición del proceso, el circuito y los criterios de derivación.
- Determinación de Patologías a tratar en las Unidades de Fisioterapia de AP, definiendo los criterios de inclusión y exclusión.
- Revisión y actualización de los protocolos correspondientes.
- Elaboración de documentos sencillos que se han añadido a la biblioteca de OMI para conocimiento y manejo rápido en la consulta.
- Seguimiento de indicadores desde diciembre de 2011 hasta la actualidad.

El grupo de trabajo continúa su actividad para la revisión y elaboración de protocolos sobre diferentes patologías.

CONCLUSIONES

La regulación, ordenación y protocolización de la actividad fisioterápica en ambos niveles asistenciales favorece la atención de los usuarios según criterios objetivos, con un uso óptimo y racional de los recursos.

Cada usuario es atendido en el nivel asistencial que le corresponde por su patología, mediante el mismo protocolo y con menor demora.

La homologación de los procesos hace viable una evaluación global de los indicadores que podrá plantear nuevas áreas de mejora.

De esta manera se promueve mejorar los resultados en salud y garantizar a los usuarios la equidad y la calidad basada en la evidencia científica disponible y en la coordinación de todos los niveles asistenciales.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 8

Nº Reg. 171

TÍTULO. EFICIENCIA EN EL USO DE RECURSOS EN UNA 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

En la UTRS, se han detectado unas necesidades, por parte de profesionales, de usuarios y del sistema sanitario, en lo que se refiere a recursos materiales, susceptibles de ser mejoradas con unas sencillas intervenciones.

Las necesidades de los profesionales son: En la unidad disponemos de material de repuesto, sin inventariar.

En el año 2012, se realizaron 1835 estudios de sueño. Debido al volumen de solicitudes, es imprescindible continuar con la base de datos para registrar dicha actividad.

La necesidad de los usuarios es: Las mascarillas nasales para realizar las ACPAP domiciliarias son desechables, nos planteamos el uso de mascarillas reutilizables, de mejor calidad y tolerancia por parte de los pacientes.

La necesidad del sistema sanitario es: Elevado coste del sistema mascarilla desechable frente al reutilizable.

OBJETIVOS

Disponer de un inventario, con el material de repuesto

Seguir teniendo organizadas y registradas todas las peticiones recibidas y realizadas.

Mejorar adaptación y tolerancia a las mascarillas nasales.

Disponer de un protocolo de limpieza y desinfección de las mascarillas reutilizables.

Disminuir gasto sanitario.

METODOLOGÍA

Diseño: Elaboración de un inventario, etiquetando cada repuesto con un número.

Registro en Excel de las peticiones recibidas y realizadas, permitiendo realizar estadística mensual.

Adaptación en la consulta de enfermería la mascarilla reutilizable, siendo imprescindible la elaboración de un protocolo de limpieza y desinfección de las mismas.

Análisis de los costes de las mascarillas desechables.

RESULTADOS

El material de repuesto queda correctamente etiquetado y accesible.

Se evitan duplicidades de pruebas al tener las peticiones registradas, y es posible registrar la actividad asistencial.

Mejora la adaptación a las mascarillas y con ello la tolerancia a los sistemas de CPAP.

Existencia de un protocolo de limpieza y desinfección que permite unificar actuación de las auxiliares de enfermería.

Actualmente reducción del gasto sanitario en un 50%, en cuanto a mascarillas nasales.

CONCLUSIONES

El éxito de una organización depende de la correcta gestión de los recursos materiales disponibles, necesaria para ofertar un servicio con la máxima calidad. Es importante la disminución del gasto sanitario siempre a expensas de un beneficio para el paciente.