

## X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

### Mesa 8 \* 20M-18:00 h.

Reg	Apellidos y Nombre	Título de la Comunicación
294	ALONSO TRIANA, YARA MARIA	SEGUIMIENTO DE UN PROTOCOLO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN REUMATOLOGÍA
193	ASPIROZ SANCHO, CARMEN	RESULTADOS DEL TRABAJO DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR EN EL RECONOCIMIENTO Y LA CODIFICACIÓN DE LA SEPSIS
304	CID JIMENEZ, IRENE	ADECUACIÓN DE ANTICOAGULACIÓN EN PACIENTES QUE ACUDEN POR DISNEA A UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO.
277	DIEZ VELASCO, JUAN IGNACIO	CAMINAR APRENDIENDO. EXPERIENCIA EN UN CICLO DE MEJORA DE CALIDAD.
57	ENCISO ANGULO, MARIA PILAR	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS
148	ESTUPIÑAN ROMERO, FRANCISCO RAMON	PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN PROFESIONALES SANITARIOS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO
317	FORTUÑO CEBAMANOS, BLANCA	CULTIVO SISTEMÁTICO DE ORINAS CON LEUCOCITURIA SIGNIFICATIVA, ESTUDIO DE UN AÑO
258	GIMENEZ BARATECH, ANA CARMEN	EL EAP DE BERDÚN TRAS LA CERTIFICACIÓN ISO 9001
368	HERRERO ALONSO, ARTURO	ÁGIL GESTIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN, REGISTROS, INCIDENCIAS Y NO CONFORMIDADES ISO 9001
208	MARTIN CARPI, MARIA TERESA	ESTUDIO DEL GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN ASISTENCIAL A LAS PRUEBAS FUNCIONALES RESPIRATORIAS
225	PAREDES ALVARADO, ILEANA RUTH	MEJORA DE LA SALUD DEL ESCOLAR CON DIABETES
164	THOMSON LLISTERRI, CONCHA	EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS COLONOSCOPIAS EN EL SECTOR TERUEL
123	ZAMORA ELSON, MONICA	CONTROL DE CALIDAD DE SOBRE INFECCION NOSOCOMIAL EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA

## X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 8

Nº Reg. **294**

### TÍTULO. **SEGUIMIENTO DE UN PROTOCOLO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN REUMATOLOGÍA**

*Autores: ALONSO TRIANA YM, NAVARRO H, LARRODE I, SEBASTIAN M, PERRINO MJ, PASCUAL O, URIARTE M, ABAD R*

*ALONSO TRIANA YARA MARIA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . FARMACIA (hatha\_04@hotmail.com)*

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Valorar el cumplimiento de un protocolo de selección de terapias biológicas (TB) en artritis reumatoide (AR), espondiloartropatías (EAPs) y artritis idiopática juvenil (AIJ) aprobado por el Sistema Sanitario Público de nuestra comunidad y analizar la utilización de dichas terapias.

#### METODOLOGÍA

Se analizaron aquellos pacientes reumatológicos que iniciaron tratamiento con TB o modificaron el tratamiento biológico previo desde la aprobación del protocolo 12/05/2011 hasta 29/02/2012. El documento establece distintos niveles terapéuticos: AR: 1er nivel infliximab o anti-TNF sc (etanercept o adalimumab, según acuerdo centralizado), 2º nivel tocilizumab o abatacept o rituximab, 3er nivel golimumab o certulizumab; EAPs: 1er nivel infliximab o etanercept o adalimumab, 2º nivel golimumab, 3er nivel infliximab; AIJ: 1er nivel etanercept, 2º nivel adalimumab o abatacept. Datos recogidos: edad, sexo, diagnóstico, fármaco utilizado tras la implantación del protocolo, tratamientos anteriores y motivos de cambio de tratamiento. Fuente de datos: historia clínica, modelos de solicitud de TB y registros farmacoterapéuticos del Servicio de Farmacia. Análisis estadístico: spss 15.0.

#### RESULTADOS

Se dispensaron TB a 455 pacientes. Cumpliendo criterios de inclusión 73 (16%), 39 (53,4%) inicios, 34 (46,6%) modificaciones. Patología: AR 56,9%, EAPs 43,1% (espondilitis anquilosante (EA) 26,4% y artritis psoriásica (AP) 16,7%). En todos los pacientes se sigue la secuenciación establecida, 3 con AR acceden al segundo nivel después de utilizar un único fármaco del primer nivel siguiendo excepciones establecidas. Pacientes que inician tratamiento (AR 52,7% y EAPs 47,3% (28,9% EA y 18,4% AP)): en AR la vía y fármaco más frecuentes fueron: subcutánea (95%) y etanercept (90%) respectivamente; en EAPs: subcutánea (94,5%) y etanercept (66,7%). Respecto a modificaciones (AR 61,8% y EAPs 38,2% (23,5% EA y 14,7% AP)): en el 67,6% era la segunda TB, y en 32,4% habían llevado más de dos TB; con AR las TB más frecuentes tras cambio: Adalimumab 33,3%, Etanercept 28,6%, Tocilizumab 14,3%, Rituximab 9,5% y con EAPs: Golimumab 61,5%, Adalimumab 30,8 % y Etanercept 7,7%. Los motivos del cambio fueron ineficacia 91,2% e intolerancia 8,8%.

#### CONCLUSIONES

Elevado cumplimiento del protocolo motivado por su consenso multidisciplinar. El fármaco más utilizado en el inicio es etanercept, en modificaciones se diversifican los tratamientos pasando adalimumab a primer lugar, siendo el principal motivo de cambio la ineficacia.

## X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 8

Nº Reg. 193

### TÍTULO. RESULTADOS DEL TRABAJO DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR EN EL RECONOCIMIENTO Y LA CODIFICACIÓN DE LA SEPSIS

*Autores: ASPIROZ C, COMPÉS ML, ALONSO JP, DORADO P, RODRIGO MP, MARTÍNEZ-ÁLVAREZ R, EZPELETA AI, GRUPO DE SEPSIS HRV*

*ASPIROZ CARMEN . HOSPITAL ROYO VILLANOVA . MICROBIOLOGIA (mcaspiroz@salud.aragon.es)*

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La sepsis presenta gran trascendencia por su elevada morbi/mortalidad y su sospecha clínica favorece el tratamiento precoz y la aplicación de medidas básicas, disminuyendo la mortalidad. En el 2008 se creó un grupo de sepsis multidisciplinar (GS) en el Hospital Royo Villanova de Zaragoza (HRV) con formación de profesionales e identificación y seguimiento activo de los casos. El objetivo del estudio fue cuantificar la sepsis en Aragón mediante diferentes métodos de búsqueda en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) y estimar la capacidad de detección de casos antes y después de la puesta en marcha del GS en el HRV.

#### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de la sepsis encontrada en el CMBD en los 9 hospitales públicos de Aragón entre 2005 y 2010, mediante 2 métodos de búsqueda que identifican:

1) Códigos específicos de sepsis de la CIE9MC

2) Códigos que sugieren sepsis grave (procesos con disfunción orgánica + procesos infecciosos/inflamatorios) (Angus et al, 2001)

Se calcularon las tasas de sepsis/1.000 altas según los dos métodos para cada año y una razón de tasas entre ambos métodos (RT: códigos sepsis grave/códigos CIE) para Aragón y para el HRV. En el HRV se realizó un análisis captura-recaptura entre ambas búsquedas en 2 periodos, 2005-2007 y 2008-2010, calculando las tasas de exhaustividad (E) o capacidad de detección de casos

#### RESULTADOS

La tasa de sepsis en Aragón medida según códigos que sugieren sepsis grave es superior a la sepsis mediante codificación CIE9: ambas presentan un porcentaje de cambio anual ascendente del 5%-6% y la RT permanece estable en 2,2.

En el HRV la RT se mantiene similar al conjunto de Aragón entre 2005-2007 (RT=2,2, 2,3 y 2,2 respectivamente), y descendente desde 2008 hasta 2010 (RT=1,5, 1,3 y 0,9, respectivamente), tras la actividad del GS. La E de la búsqueda por códigos específicos, ascendió del 25,8% (2005-2007) al 40,2% en 2008-2010. La E combinando ambos métodos de búsqueda fue inferior al 70%.

#### CONCLUSIONES

La sepsis está aumentando en los hospitales de Aragón.

La creación de un GS en el HRV parece haber aumentado la visibilidad de la sepsis en el hospital.

Es de vital importancia extender el reconocimiento de esta entidad a todo el colectivo sanitario de Aragón y establecer sistemas que midan la repercusión de las medidas tomadas. Los datos de sepsis basados en los informes de alta tienen una baja sensibilidad y traducen una deficiente codificación de esta entidad, aspecto que puede ser corregido mediante campañas formativas como la implementada en el HRV.

## X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 8

Nº Reg. **304**

### TÍTULO. **ADECUACIÓN DE ANTICOAGULACIÓN EN PACIENTES QUE ACUDEN POR DISNEA A UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO.**

*Autores: CID JIMÉNEZ I, CONDON-ABANTO A, MOZOTA-DUARTE J, AMOROS R, PUERTAS P, SARASA PM*

*CID JIMÉNEZ IRENE . CS DELICIAS SUR (DRONDA) . ATENCION PRIMARIA/URGENCIAS HCU (irene.cid@hotmail.es)*

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Conocer la adecuación del tratamiento anticoagulante oral (TAO) en pacientes que acuden a un servicio de urgencias hospitalario de tercer nivel.

#### METODOLOGÍA

A partir de una base de datos previa de 18.790 pacientes atendidos en 12 meses a los que se les solicitó estudio de coagulación, se seleccionan 752 pacientes con TAO de forma aleatoria. Se eligieron aquellos que acuden por disnea y se analizan las variables epidemiológicas, prioridad, indicación de TAO, destino al alta e INR. Para calcular los rangos de INR, se ha tenido en cuenta si la indicación de TAO era prótesis valvular mecánica o resto de indicaciones recogidas. Análisis mediante el programa informático SPSS.

#### RESULTADOS

Los pacientes analizados son el 50,4% hombres y el 49,6% mujeres y tienen una media de edad 79,17 años. Ingresan en el SUH con prioridad I el 0,8, II-14,2%, III-33,9%, IV-51,2% y V-0,0%. La indicación de TAO fue fibrilación auricular en el 78,0%, tromboembolismo pulmonar 8,7%, trombosis venosa profunda 0,8%, sustitución valvular 4,7%, hipertensión pulmonar 4,7% y otras indicaciones 3,2%. El destino al alta del SUH fue su domicilio en el 33,1% de los pacientes, la sala de observación en el 6,6% e ingreso hospitalario en el 60,3%. El INR está en rango terapéutico en un 41,6% de los pacientes, supratrapéutico en el 36,8% e infratrapéutico en el 21,6%.

#### CONCLUSIONES

El paciente tipo que acude a urgencias por disnea con TAO es un hombre o mujer, de 79 años, con TAO indicado por ACXFA. Ingresan con prioridad IV y su destino es ingreso hospitalario. Generalmente presentan un mal control de TAO.

## X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 8

Nº Reg. 277

### TÍTULO. CAMINAR APRENDIENDO. EXPERIENCIA EN UN CICLO DE MEJORA DE CALIDAD.

*Autores: LOZANO ROYO S, CACERES-PAREDES AM, DIEZ-VELASCO JI, LORBES-MACHIN MT, PUEYO-SALAVERA CM, PEMAN-MUÑOZ MT, IGLESIA-ARA S, ARNAL-MEINHARDT A*

*LOZANO ROYO SANDRA . CS ALMOZARA . CS ALMOZARA (hartlock0081@hotmail.com)*

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Analizar el programa de calidad del Paciente Crónico Dependiente (PCD) realizado en el Centro de Salud Almozara a lo largo del año 2011.
- Identificar problemas en el desarrollo del programa de calidad del PCD.
- Conocer los factores implicados en la falta de consecución de algunos de sus objetivos.
- Proponer actividades de mejora para optimizar recursos y resultados de futuros proyectos de calidad.

#### METODOLOGÍA

Diseño: Ciclo de mejora sobre el proyecto de calidad del PCD realizado en el Centro de Salud Almozara en el año 2011.

Participantes: 3 componentes del equipo de mejora de la calidad, 5 participantes del programa del PCD y 3 R1 de MFYC.

Técnicas: Brainstorming, Diagrama de Ishikawa, Comparación por Pares y Matriz de Priorización.

#### RESULTADOS

Mediante Brainstorming identificamos 21 causas de incumplimiento en el programa del PCD, agrupadas en 10 categorías, relacionándolas en el diagrama de Ishikawa. Utilizando la Comparación por Pares clasificamos los criterios por frecuencia y, con la Matriz de Priorización valoramos criterios de: factibilidad, satisfacción de usuarios y profesionales, número de profesionales implicados y apoyo de los gestores. Diferenciamos las variables estructurándolas según su posibilidad de mejora.

#### CONCLUSIONES

Las causas encontradas fueron en primer lugar la descoordinación del equipo de trabajo, el incumplimiento del cronograma, la dificultad en el registro de datos, la sobrecarga de trabajo del personal implicado. Como áreas susceptibles de mejora la metodología en el diseño de los nuevos programas y la mayor implicación de los componentes del equipo de calidad.

## X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 8

Nº Reg. 57

### TÍTULO. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS

*Autores: ENCISO ANGULO MP, MORENO- MATEO R, RODELES-DELPOZO R, TORRUBIA-ATIENZA MP, HIDALGO-SANCHEZ R, SANZ-RECIO JL, FORCE-BLASCO AI, AINSA-ESTAUN M*

*ENCISO ANGULO MARIA PILAR . DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA . ESAD (penciso@salud.aragon.es)*

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

1. Describir los Diagnósticos de Enfermería de los enfermos inmovilizados y terminales atendidos por el Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria del Sector II de Zaragoza durante el año 2010 y seleccionar los DE más frecuentes detectados en la práctica clínica relacionados con los pacientes paliativos.
2. Analizar su relación con distintos marcadores de riesgo y variables clínicas.
3. Determinar la utilidad de trabajar con los DE en la atención de los pacientes inmovilizados y terminales y su correlación con la complejidad de los enfermos atendidos por los ESAD

#### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de los enfermos inmovilizados y terminales atendidos durante el 2010 por el ESAD del Sector II de Zaragoza. Se han analizado los DE seleccionados en los pacientes y su relación con las siguientes variables: edad, sexo, procedencia, motivo de cese de asistencia, días de permanencia en programa, diagnósticos CIE-9, índice Barthel, índice Pfeiffer, lugar del fallecimiento y supervivencia

#### RESULTADOS

- Inclusión en el programa:436 pacientes
- Diagnósticos NANDA 3663
- DE más frecuentes: deterioro de la movilidad física (294), intolerancia a la actividad (240), y déficit de autocuidado baño/higiene (218). 28 pacientes no recibieron ningún DE (15 de ellos, procedencia de demanda familiar).
- Sexo: 226 varones y 210 mujeres
- Edad: 122 mayores de 85 años, 228 de 65-85, y 86 menores de 65
- Derivación: 242 desde el EAP, 115 del Hospital y 67 de la familia
- Alta del programa: 251 por fallecimiento ;78 ingresos en Hospital de Agudos y 53 ingresos en Hospital de convalecencia
- Fallecimientos: 236 (93,6 %) en domicilio y 15 (6,4 %) en hospital de convalecencia.
- Diagnóstico CIE-9: enfermos no oncológicos (83) presentaba media de DE = 9, mayor que los oncológicos (349, media = 8,31 DE). El CIE más frecuente fue neoplasia de pulmón/pleura (70 casos), en oncológicos; demencia, en no oncológicos
- Se encontró significación estadística en mayor nº de DE si la derivación era realizada desde el EAP, en cuanto al ingreso en Hospital de convalecencia y con la presencia de deterioro cognitivo y la incapacidad funcional. Existe significación estadística en la correlación negativa en cuanto al nº de DE y la supervivencia de los enfermos oncológicos, así como con la permanencia en programa en enfermos no oncológicos

#### CONCLUSIONES

- Existe correlación entre los DE con algunas de las variables comparadas y pueden ser tan útiles, sensibles y fiables como los diagnósticos tradicionales, si se utilizan para evaluar el seguimiento, toma de decisiones en derivaciones, descripción de la complejidad, etc.
- La determinación de los DE permite sistematizar la evaluación del paciente, priorizando los problemas encontrados, para dar respuestas adecuadas, como los ingresos de media-larga estancia.
- La derivación realizada desde el EAP se realiza de manera más pertinente que desde otros recursos.
- Seleccionar los DE más frecuentes encontrados en los pacientes atendidos, permite la creación de protocolos específicos para incluirlos en el registro de historia

## X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 8

Nº Reg. 57

### TÍTULO. **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS**

*Autores: ENCISO ANGULO MP, MORENO- MATEO R, RODELES-DELPOZO R, TORRUBIA-ATIENZA MP, HIDALGO-SANCHEZ R, SANZ-RECIO JL, FORCE-BLASCO AI, AINSA-ESTAUN M*

*ENCISO ANGULO MARIA PILAR . DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA . ESAD ([penciso@salud.aragon.es](mailto:penciso@salud.aragon.es))*

clínica informatizada con el programa OMI-AP implantado en los EAP del Sector Zaragoza II y así poder facilitar el registro y mejorar el seguimiento de estos pacientes, que en muchas ocasiones es compartido.

- Los resultados obtenidos en relación con los DE detectados como más frecuentes, se corresponden con los escasos estudios existentes en España

## X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 8

Nº Reg. 148

### TÍTULO. PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN PROFESIONALES SANITARIOS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA.

*Autores: ESTUPIÑÁN ROMERO FR, PERLADO-DELCAMPO E, BARRASA-VILLAR JI*

ESTUPIÑÁN ROMERO FRANCISCO RAMÓN . HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA . UNIDAD DE CALIDAD (pacoramon@gmail.com)

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Evaluar la percepción sobre la violencia de género y los malos tratos que tiene el personal sanitario de los servicios de Urgencias, Obstetricia y Ginecología, Psiquiatría y Pediatría del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza y plantear acciones para mejorar su percepción y detección.

#### METODOLOGÍA

A partir de un cuestionario utilizado en otros estudios, se realizó una encuesta para valorar la percepción sobre la violencia de género, tanto a nivel general como laboral, que tiene el personal médico y de enfermería de los de los servicios de Urgencias, Obstetricia y Ginecología, Psiquiatría y Pediatría. Se eligieron estos servicios por ser los más directamente implicados en este problema.. Se realizó un estudio descriptivo relacionando las principales variables (sexo, años de profesión, servicio, etc.) con las respuestas. La asociación entre las variables se realizó mediante la prueba de la chi cuadrado ( $\chi^2$ ) en las variables cualitativas. La significación estadística se estableció para valores de  $p < 0,05$ .

#### RESULTADOS

Se encuestó a un total de 263 profesionales, el 72,6% mujeres, obteniéndose una tasa de respuesta del 72,2%, siendo ésta ligeramente menor entre los MIR (55,9%). La violencia de género se percibe por la mayoría de los encuestados (68,3%) como un problema social y en menor medida como un tema de salud pública (17,7%) o personal (11,5%). Los profesionales de enfermería ( $p < 0,05$ ) son los que lo consideran como más importante. Sin embargo no hay diferencias significativas por sexo en la mayoría de las respuestas.

Hasta un 28,4 % afirma conocer a alguna mujer en esa situación en su familia, trabajo o vecindario y el 12,1% conoce a alguien en ese entorno que la propicia. Existen diferencias importantes en la percepción de la violencia de género por Servicios ( $p < 0,05$ ), siendo los profesionales de Urgencias quienes manifiestan tener una mayor relación con el problema, los que mejor conocen el circuito de asistencia (66,1%) y quienes proporcionalmente han notificado más casos (59,4%). En Psiquiatría es donde parecen detectarse más casos de violencia de género (el 78,4% manifiesta saber de algún caso entre sus pacientes), aunque solo un 29,7% dice haberlos notificado.

La mayoría de los profesionales considera que su formación en violencia de género es insuficiente, es especial los pertenecientes a Pediatría, los de menos de 5 años de experiencia laboral y los MIR.

#### CONCLUSIONES

Los profesionales encuestados consideran la violencia de género como un problema social, más que de salud, del que tienen conocimiento tanto en su entorno profesional como en su esfera personal. Lo perciben como un tema importante en el que podrían implicarse en su detección, particularmente en el servicio de Urgencias. No parece haber diferencias en la apreciación del problema según el sexo de los encuestados y la principal oportunidad de mejora detectada es la necesidad de formación sobre ese tema, en especial a MIR y personas con pocos años de experiencia laboral.



## X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 8

Nº Reg. 317

### TÍTULO. CULTIVO SISTEMÁTICO DE ORINAS CON LEUCOCITURIA SIGNIFICATIVA, ESTUDIO DE UN AÑO

*Autores: Fortuño Cebamanos B, Aspiroz C, Boned B, Martínez-Alvarez R, Aldea MJ, Toyas C, Toledo M, Latorre V*

FORTUÑO CEBAMANOS BLANCA . HOSPITAL ROYO VILLANOVA . MICROBIOLOGÍA ([blancafortu@telefonica.net](mailto:blancafortu@telefonica.net))

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

En el año 2011 se estableció en el laboratorio del Hospital Royo Villanova un protocolo de seguimiento de leucociturias con objeto conseguir un diagnóstico etiológico y un tratamiento dirigido en las infecciones del tracto urinario ITU atendidas en nuestro centro.

#### METODOLOGÍA

Se sembraron por técnica de recuento en placa de agar sangre, las orinas remitidas al laboratorio de urgencias con leucocitos en la tira reactiva  $\geq 500/uL$ , y las procedentes de pacientes hospitalizados y de consultas, procesadas en el laboratorio de Bioquímica rutinariamente, en las que se objetivaron mas de 50 leucocitos x campo en el sedimento.

#### RESULTADOS

De marzo de 2011 a marzo de 2012 se procesaron 986 orinas procedentes el 90% de Urgencias, de Medicina Interna el 3,35% y el resto de servicios individualmente no alcanzó el 2%. Fueron positivas 575 muestras (58,3%). Al comparar la distribución por sexo y edad de los pacientes estudiados con aquellos cuyo resultado fue positivo no se observan diferencias; prevalece en ambos grupos el sexo femenino, cercano al 70%, y la edad avanzada  $> 75$  años, aproximadamente un 40%. Las especies/grupos bacterianos aislados por orden de frecuencia fueron Escherichia coli (63,13%), otras enterobacterias (16,66%), enterococos (5,72%), estafilococos (4,71%), bacilos Gram negativos no fermentadores (4,71%), otros Gram positivos (3,87%) y levaduras (1,18%). Un 68% de los aislados fueron resistentes a ampicilina, 36,9% a cotrimoxazol, 31,3% a ciprofloxacina, 21,3% a amoxicilina/clavulánico, 16% a tobramicina, 15,9% a nitrofurantoina y 15,4% a fosfomicina. Un 9,25% de los aislados fueron multirresistentes. Se han analizado los resultados de otras muestras microbiológicas (hemocultivos y urocultivos) solicitados a estos pacientes y es destacable por un lado que en 441 episodios (75,2%) el urocultivo rutinario fue no solicitado (64,8%) o negativo (8,36%) o no valorable (1%) y que en 19 (42%) de los 45 casos en los que se aisló la bacteria en sangre el foco de origen de la bacteriemia se confirmó gracias a este estudio.

#### CONCLUSIONES

El trabajo ha permitido por un lado conocer las etiologías y resistencias antibióticas de los patógenos urinarios aislados en episodios de ITU atendidos en el servicio de urgencias de nuestro hospital, importante desde el punto de vista epidemiológico, y por otro la actuación clínica de la unidad enfermedades infecciosas en los casos que ha sido necesario.

## X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 8

Nº Reg. 258

### TÍTULO. EL EAP DE BERDÚN TRAS LA CERTIFICACIÓN ISO 9001

*Autores: GIMENEZ BARATECH AC, ARNAL BARRIO A, GARCES ROMEO T, BOSQUE ORÓS A, ASCASO CASTAN L, MAÑE GODE M, PARDO BAIDEZ V*

*GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN . CS BERDUN . ATENCION PRIMARIA (acgimenezb@salud.aragon.es)*

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Al trabajar en el sistema de calidad ISO 9001 durante el año 2011, nuestro principal objetivo ha sido el de consolidar en el EAP, este sistema de gestión.

Los puntos en los que más se incidieron fueron:

- seguimiento de las incidencias y elaboración de No Conformidades,
- actualizar el Manual de Acogida
- llevar a cabo las actividades programadas que marca la Norma ISO 9001

#### METODOLOGÍA

- A lo largo del año 2011 seguimos realizando reuniones de equipo sobre la Norma ISO.
- Se analizaron todas las incidencias del 2011, consensuando su solución y se abrieron NC en las no resueltas.
- En mayo de 2011 se realizó la emisión inicial del Manual de Acogida, difundiéndolo a todo el EAP.
- Se ha trabajado en todos los procedimientos operativos del nivel II del sector Huesca, llevando a cabo los registros necesarios.

#### RESULTADOS

Aunque no tenemos encuestas, se observa un ambiente de colaboración y de trabajo en equipo favorable a este sistema de gestión.

Actividades:

- Hemos realizado 14 sesiones sobre ISO 9001.
- De las 40 incidencias recogidas, pudimos solucionar 39, que representa un 97,4%, y dio lugar a una No Conformidad. Así mismo, tras la auditoría interna se abrió otra No Conformidad.
- Se ha recopilado y actualizado los Curriculum Vitae de todos los miembros del EAP.
- Se consensó el plan de formación 2011, quedando sin realizar 4 sesiones de todas las programadas. Se llevaron a cabo 12 talleres formativos promovidos por la Unidad de Calidad del SALUD.
- Desarrollamos los 5 procedimientos operativos del nivel II de Huesca.
- De todas las actividades se ha levantado Acta con las conclusiones y acuerdos adoptados, incluyendo sesiones formativas, reuniones de equipo, Consejos de Salud, reuniones con Dirección.
- Se informó sobre el Manual de Acogida a las 4 nuevas incorporaciones

#### CONCLUSIONES

- El trabajo en Calidad conlleva una forma de trabajar que redunde en beneficios para el Centro y sus trabajadores, sobretodo en la organización y registro de los documentos.
- El correcto registro y posterior evaluación de las incidencias, nos ha permitido conocer los problemas más importantes o más frecuentes que suceden en las diferentes áreas de trabajo.
- Dejar reflejado en las actas las actividades y los acuerdos tomados, nos ha resultado útil para su posible revisión y evaluación de las decisiones adoptadas

## X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 8

Nº Reg. **368**

### TÍTULO. **ÁGIL GESTIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN, REGISTROS, INCIDENCIAS Y NO CONFORMIDADES ISO 9001** □

*Autores: HERRERO ALONSO A, DE LA CUEVA LETICIA, MENDEZ AGUSTINA, ANDRES MERCEDES, GUALLAR ANA, ABOS MARIA DOLORES*

*HERRERO ALONSO ARTURO . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . RADIOTERAPIA/FISICA/ MEDICINA NUCLEAR (maherreroa@salud.aragon.es)*

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Facilitar el cumplimiento de la Norma ISO 9001 para todo el personal del Servicio, así como una ágil gestión de la documentación, registros, incidencias y no conformidades.

#### METODOLOGÍA

Elaboración de dicha aplicación como base de datos en Access

#### RESULTADOS

Implantación en los tres Servicios Radioterapia, Física Y Medicina Nuclear acreditados de los cuales soy el Supervisor y la exportación de dicha aplicación desde la UCA al resto de los servicios acreditados para su utilización así como referencia en aplicaciones similares.

#### CONCLUSIONES

El interés demostrado por otros servicios acreditados en la ISO 9001 en esta aplicación así como el número de incidencias registradas en estos servicios por parte de todo el personal nos confirma la utilidad de esta herramienta en el cumplimiento de la Norma ISO 9001

## X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 8

Nº Reg. 208

### TÍTULO. ESTUDIO DEL GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN ASISTENCIAL A LAS PRUEBAS FUNCIONALES RESPIRATORIAS

*Autores: ALBERICIO GIMENO MA, Martínez E, Bellosta A, Soriano M, Gascón JM, Martín T, Chacón E, GRUPO DE CALIDAD SERVICIO NEUMOLOGIA*

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

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Estudio observacional retrospectivo sobre el grado de asistencia de los pacientes citados en pruebas funcionales respiratorias, de seis meses de duración (abril a septiembre 2011, ambos incluidos.)

#### METODOLOGÍA

Se registra el nº de pacientes citados durante los meses de abril a septiembre del año 2011 (seis meses). Se anotaron los pacientes que vinieron a realizarse la prueba, los que no vinieron y los pacientes mal citados.

#### RESULTADOS

Se citaron 538 pacientes en citaciones. De estos pacientes:

441 (81.9%) acudieron a la cita y se les realizaron las pruebas

80 (14.8%) no acudieron a la cita

18 (3.34%) estaban mal citados.

En nuestro servicio se citaron 873 pacientes. De estos pacientes:

850 (97%) acudieron a la cita.

23 (3%) no acudieron.

Total se citaron 1411 pacientes,

1291 (91.4%) acudieron a la cita

103 (7.2%) no acudieron a la cita

#### CONCLUSIONES

A destacar el alto porcentaje de pacientes citados por citaciones que no acudieron un 14.8%, en contraposición al 3% de los citados por el servicio. En total un 7.2%.

Para conseguir una mejor atención y aprovechamiento de los recursos humanos sugerimos:

1. Citar a los pacientes desde el mismo servicio.
2. No citar con tanto tiempo de antelación.
3. Recordar cita vía telefónica. Esta es la sistemática iniciada recientemente que está dando buenos resultados, precisamos de más tiempo para realizar una valoración más precisa

## X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 8

Nº Reg. **225**

### TÍTULO. **MEJORA DE LA SALUD DEL ESCOLAR CON DIABETES**

*Autores: RODRIGUEZ COGOLLO R, PAREDES-ALVARADO RI, RODRIGUEZ-COGOLLO R*

*RODRIGUEZ COGOLLO RONALD . DIRECCION DE ATENCION ESPECIALIZADA . UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA (ronrcoma@hotmail.com)*

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Destacar importancia de la capacitación del profesorado que en el aula tiene un escolar con una enfermedad crónica (como la DM1).

Describir el circuito de utilización de la ficha del escolar con diabetes

#### METODOLOGÍA

Diseño de la ficha por dos expertos diabetólogos del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, con el asesoramiento de la Sección de Educación para la Salud, y descripción del circuito operativo de la misma: el pediatra informa y entrega la ficha a los padres del escolar con diabetes, quienes a su vez la entregarán con una carta explicativa al profesor/tutor de su hijo, integrando así los Departamentos de Sanidad y Educación con el núcleo familiar del escolar, en el proceso de integración del alumno.

#### RESULTADOS

Ficha con consejos para el ejercicio físico, autocontrol, alimentación hipoglucemia e hiperglucemia del escolar

#### CONCLUSIONES

La ficha del escolar con diabetes es una herramienta facilitadora que fomenta la capacitación del profesorado en sus competencias de salud e integración en el aula. Un aspecto fundamental para el éxito de estos proyectos, donde involucran un gran número de profesionales sanitarios y docentes, es conseguir alianzas entre diferentes Departamentos, que estructuran la base para los programas que tienen como objetivo final la correcta integración del escolar en su centro educativo.

## X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 8

Nº Reg. 164

### TÍTULO. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS COLONOSCOPIAS EN EL SECTOR TERUEL

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

*THOMSON LLISTERRI CONCHA . HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL . APARATO DIGESTIVO (cthomson@salud.aragon.es)*

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La colonoscopia es un procedimiento de gran precisión en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades colónicas y tiene un papel fundamental en los programas de cribado de cáncer colorrectal (CCR). Cuando se realiza correctamente es segura, fiable y bien tolerada. El principal objetivo es conocer la calidad de las colonoscopias de nuestra Unidad y así poder implantar programas de mejora continua de la calidad asistencial.

#### METODOLOGÍA

Análisis y monitorización, en las colonoscopias realizadas en nuestra Unidad desde el 01/04/2011 al 30/09/2011, de los indicadores de calidad que deben exigirse en la indicación y realización de las colonoscopias. Determinando la idoneidad de las mismas según criterios de la EPAGE (European Panel on the Appropriateness of Gastrointestinal Endoscopy) recientemente modificados y según protocolos de seguimiento postpolipectomía y del CCR.

#### RESULTADOS

Durante el periodo del estudio se realizaron 685 colonoscopias, 44,3% mujeres y 55,7% hombres, con una edad media de 60,8 años. Hemos monitorizado los siguientes indicadores de calidad comparando nuestros resultados (R) con el estándar (E): Indicaciones inapropiadas (E< 20%; R 21.7%); Tiempo de espera en colonoscopias diagnósticas (E<4 sem; R 27.6 días); Intervalos de vigilancia adecuados en seguimiento pólipos 50.6%, en seguimiento CCR 64.3% y en cribado CCR 75.6% (primera colonoscopia 84,6% y siguientes 54,3%); Preparación del colon buena o muy buena (E>95%; R 72%); Intubación cecal (E>90% del total R 90,2% y en cribado E>95%; R 96%); Tasa de adenomas detectados (E>20%; R 23.2%); Adenomas avanzados 52,2%; Sedación (E>90%; R 87%); Resección de pólipos >2cm (E Sí; R Sí); Perforación (E <1/500 <1/1000; R 0/685); Hemorragia postpolipectomía (E<1%; R 0,58%); Control endoscópico hemorragia (E> 90%; R 100%)

#### CONCLUSIONES

Hemos detectado varias áreas de mejora: a/ Los intervalos de vigilancia han sido adecuados sólo en el 50,6% de seguimiento tras polipectomía y en el 75,6% de cribados de CCR en familiares, con una tendencia a acortar excesivamente los intervalos o adelantar la edad de inicio del cribado. Adecuar las indicaciones es esencial para el uso racional de las colonoscopias b/ La preparación del colon ha sido buena o muy buena en el 72%. Conseguir una mayor limpieza del colon es un factor clave para poder realizar una exploración adecuada. c/ Mejorar la tasa de sedación e introducir la utilización de propofol que ha demostrado una mayor eficiencia y una mejor tolerancia y seguridad.

## X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 8

Nº Reg. **123**

### TÍTULO. CONTROL DE CALIDAD DE SOBRE INFECCION NOSOCOMIAL EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA

*Autores: ZAMORA ELSON M, MALLOR-BONET GT, ESCOS-ORTA J, LABARTA-ORTAS L, LANDER-AZCONA A, LOPEZ-CLAVER JC, AVELLANAS-CHAVALA M, SERON-ARBEROA C*

*ZAMORA ELSON MONICA . HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA . UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (monica\_z\_elson@hotmail.com)*

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Describir las tasas de infecciones nosocomiales en la UCI durante el año 2010, su etiología y evolución de los marcadores de multiresistencia tras la instauración de un programa de vigilancia de infección nosocomial.

#### METODOLOGÍA

Estudio de los pacientes ingresados en UCI más de 24 horas, para los cuales se rellena una hoja de objetivos diarios con tres apartados: para neumonía asociada a ventilación, para infección urinaria y para bacteriemia por catéter. Se diseñó un cuestionario en el que se recoge: edad, sexo, causa de ingreso, factores de riesgo de infección, día de colocación y días de catéter, intubación y sonda urinaria. La recogida de datos se ha realizado utilizando la aplicación informática ENVIN-UCI. El nivel de significación estadística ha sido el 5% (p menor de 0,05).

#### RESULTADOS

Durante el año 2010 se han estudiado 94 pacientes, 56,26% hombres. En cuanto a la enfermedad de base presentamos una distribución similar a la nacional con 28,72% de pacientes coronarios en comparación a 22,11% a nivel nacional. El APACHE (13,66+/- 7,79), la mortalidad (11,70%) y la estancia media (8,02+/-9,02) similar a las cifras nacionales. Un 15,96% de infecciones intraUCI (comparado con un 11,85% a nivel nacional) distribuidas en un 46,67% de neumonías asociadas a ventilación mecánica, un 33,33% de infecciones urinarias, un 13,33% de bacteriemias primarias, 6,67% de bacteriemias secundaria a otro foco y un 6,8% de bacteriemia secundaria a infección por catéter. Las neumonías precoces en el 100% se deben a E. cloacae y en las tardías predomina E. cloacae y E. faecium. Entre las infecciones urinarias destaca C. albicans (40%) y E. faecium (40%). En el 100% de las bacteriemias primarias se aísla S. epidermidis y en la bacteriemias secundarias en el 100% se aisló E. faecium (secundario a foco abdominal). En cuanto a los marcadores de resistencia, solo hemos objetivado 2 infecciones por pseudomona en este periodo, ambas resistentes a Ceftazidima y Piperazilina-tazobactan y una resistente a Imipenen y a Meropenem.

#### CONCLUSIONES

Tras la implantación de este proyecto de control y seguimiento de infección nosocomial hemos reducido la tasa de bacteriemia relacionada con catéter y de neumonía asociada a ventilación mecánica.