

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Mesa 9 * 20M-18:00 h.

Reg	Apellidos y Nombre	Título de la Comunicación
379	ABADIA MAINER, JUANA	GESTORES DE ENFERMERÍA Y HERRAMIENTAS DE LA WEB SOCIAL EN EL DESARROLLO PROFESIONAL ENFERMERO. ESTUDIO
129	ANADON GOMEZ, DAVID IGNACIO	GRUPO DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN UCI DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA: UNA HERRAMIENTA EFICAZ PARA LA MEJORA DEL
279	CALDERON MEZA, JOSE MANUEL	HABLANDO EN PROSA SIN SABERLO: APLICACIÓN DEL PDCA PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE ENDOFTALMITIS POSTQUIRÚRGICA
166	CASAJUS LAGRANJA, MARIA PILAR	ADECUACIÓN DE LAS PRESCRIPCIONES MÉDICAS AL INGRESO EN PACIENTES ANCIANOS
66	CASTRO VILELA, MARIA ELENA	EVALUACIÓN CONTINUA DE LA CALIDAD DEL PROCESO TERAPEUTICO EN UN SERVICIO DE GERIATRÍA
151	GUILLEN LORENTE, SARA	ELABORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE UNA GUÍA PARA EL PACIENTE SOBRE LAS INDICACIONES DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA
227	LACLAUSTRA MENDIZABAL, BLANCA	OTORGAR GRADOS DE EVIDENCIA A LA “GUÍA DE DOSIFICACIÓN EN PEDIATRÍA” Y ESTRATEGIAS PARA SU IMPLEMENTACIÓN
295	LALANA JOSA, PILAR	PROGRAMA DE ASISTENCIA FARMACÉUTICA EN EL CS OLIVER EN COLABORACIÓN CON FARMACÉUTICOS SIN FRONTERAS
209	OMEÑACA TERES, MANUEL	CÓMO MANTENER LA ACREDITACIÓN Y NO MORIR EN EL INTENTO
196	QUILEZ PINA, RAQUEL MARIA	¿SON ADECUADOS LOS FÁRMACOS PRESCRITOS EN NUESTROS PACIENTES ANCIANOS?
262	REQUENO JARABO, MARIA NURIA	REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS (RAM): ESTUDIO DE INCIDENCIA 2006-2011 EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR
305	SERRANO URRA, JAVIER	PREPARADOS, APUNTEN... ¿Y LUEGO?
318	SORIANO GODES, JUAN JOSE	SEGURIDAD CLÍNICA EN LA REALIZACIÓN DE ARTRO-RM DE HOMBRO: ABORDAJE POSTERIOR ECODIRIGIDO

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 9

Nº Reg. 379

TÍTULO. **GESTORES DE ENFERMERÍA Y HERRAMIENTAS DE LA WEB SOCIAL EN EL DESARROLLO PROFESIONAL ENFERMERO. ESTUDIO DESCRIPTIVO EN ZARAGOZA-2011**

Autores: ABADIA MAINER J, NOYA C., BRUNA MM, GRACIA GL, LATORRE A

ABADIA MAINER JUANA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . UCI INFANTIL Y NEONATOLOGIA (mjabadia@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

1. Averiguar cómo usan las aplicaciones libres más básicas de la web 2.0 las enfermeras que desarrollan funciones de gestión en dos hospitales universitarios de tercer nivel de Zaragoza en 2011.
2. Analizar si el manejo más dinámico de las herramientas de la web social está relacionado con el nivel de formación post-grado alcanzado y/o con el grado de desarrollo de la faceta docente de este grupo de profesionales.

METODOLOGÍA

1. Diseño del estudio. Descriptivo transversal sobre el uso de las herramientas web 2.0
2. Contexto. En los dos hospitales universitarios de referencia de la Comunidad Autónoma de Aragón sitos en la ciudad de Zaragoza durante los meses de abril y mayo de 2011: Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” y Hospital Universitario “Miguel Servet”; sectores Zaragoza II y III.
3. Participantes. Todas las enfermeras gestoras (con funciones de gestión desde mando intermedio hasta dirección) en activo en los hospitales nombrados y en el periodo descrito. La población objeto de estudio sumó 179 posibles participantes.
4. Recogida de datos. Cuestionario auto-cumplimentado en línea. Todo el proceso se llevó a cabo de manera virtual con herramientas online. Para el diseño y gestión de la encuesta se utilizó el servicio de Zoomerang™ Online Surveys & Polls. Se envió una invitación a participar vía correo electrónico desde el correo corporativo de la investigadora, el cuerpo del cual contenía un enlace (link) de acceso directo al cuestionario para ser cumplimentado a través de un navegador web. La encuesta era totalmente anónima a la vez que el vínculo contenía un código único que permitió al sistema controlar que no se pudiese acceder más de una vez por la misma persona (a no ser que lo hiciera desde diferentes direcciones IP). Se consiguieron entregar 175 invitaciones en cada envío de captación. En ningún caso se recogió dato alguno que pudiera directa o indirectamente identificar a ningún sujeto de modo individualizado, de manera que se respetaron las normas internacionales de protección de datos así como la legislación española vigente .
- 4.1. Diseño del cuestionario. El cuestionario diseñado ad hoc se estructuró en dos bloques diferenciados de preguntas. En el primero se exploraban variables que podemos denominar clasificatorias con intención de configurar un perfil de caso y en el segundo se incluyeron preguntas sobre el uso de aplicaciones web gratuitas consideradas básicas y útiles para la comunicación y la formación por la investigadora, además de la adaptación de algunas de las cuestiones encontradas en la herramienta validada por Vieira y cols para conocer el estilo de uso de internet para el aprendizaje. Quedó conformado por 15 preguntas de diferentes formatos: siete de respuesta única, siete de respuesta múltiple y una abierta. Se configuraron como de respuesta obligatoria para completar el cuestionario dos preguntas del primer bloque y tres del segundo por su interés para conseguir los objetivos planteados.
- 4.2. Trabajo de campo. Se inició el 6 de marzo de 2011 y concluyó el 16 de mayo del mismo año. El miércoles 13 de abril a las 23 horas se envió la primera invitación masiva a los posibles participantes; los recordatorios/seguimientos se enviaron a idéntica hora del miércoles 27 del mismo mes y del miércoles 4 de mayo. La encuesta se cerró el lunes 9 de mayo a las 23:45 horas.
5. Variables de estudio.
 - 5.1. Variables de carácter demográfico para clasificación.
 - Sexo, Edad, Tiempo de trabajo en funciones de gestión, Tipo de gestión actual, Nivel de estudios alcanzado, Desarrollo de la faceta docente.
 - 5.2. Variables que definen el uso de las herramientas de la web 2.0
 - Uso de cuentas de correo electrónico, Realizados cursos de postgrado online, Utilización de Mensajería instantánea, Gestión de blogs/webs/redes sociales, Uso de recursos web.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 9

Nº Reg. 379

TÍTULO. GESTORES DE ENFERMERÍA Y HERRAMIENTAS DE LA WEB SOCIAL EN EL DESARROLLO PROFESIONAL ENFERMERO. ESTUDIO DESCRIPTIVO EN

Autores: ABADIA MAINER J, NOYA C., BRUNA MM, GRACIA GL, LATORRE A

ABADIA MAINER JUANA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . UCI INFANTIL Y NEONATOLOGIA (mjabadia@salud.aragon.es)

6. Análisis estadístico.

Se ha realizado un análisis de frecuencias de las principales variables, calculando medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y números absolutos con sus correspondientes porcentajes para las cualitativas.

Para analizar la asociación entre las variables cualitativas se utilizaron test de contraste de hipótesis; se realizó el test de ji-cuadrado de Pearson (χ^2) o el test exacto de Fisher cuando no se cumplieron las condiciones para el primero. El nivel de significación estadística fue de $\alpha=0,05$.

Para el análisis estadístico de los datos obtenidos se utilizó el programa SPSS 18.0 portable para Windows.

RESULTADOS

El número de participantes de la encuesta fue de 97; 88 mujeres (90,7%) y 9 hombres (9,3%), de edades comprendidas entre los 26 y los 63 años y con una media de 14 años dedicados a tareas de gestión de enfermería.

El 77% (75) de los profesionales no había ampliado sus estudios de diplomatura, diez contaban con una maestría y ninguno había alcanzado un doctorado. El 33% (32) no estaba desarrollando la faceta docente de la profesión frente a un 13% que lo hacía estando relacionado de algún modo con la educación superior y la universidad.

Un buen número de profesionales (80%) utiliza otra cuenta de correo además del corporativo. Algo más de la mitad (56%) ha realizado algún curso en línea. La población se fragmenta casi equitativamente en cuanto al uso de la mensajería instantánea.

Entre las redes sociales, la que cuenta con más usuarios es Facebook, un 43% de los cuales la utiliza para temas profesionales; sin embargo, casi un 23% de los profesionales o bien no tiene cuenta en ninguna red o no está seguro de ello.

Las listas de correo y los recursos electrónicos en línea para buscar documentos (revistas y webs) son las herramientas que la gran mayoría de los participantes utilizaban; foros de discusión, redes sociales y blogs tenían una moderada representación entre los recursos ofrecidos en la encuesta y el resto de utilidades quedaban relegadas a resultados por debajo del 16% de uso.

Exclusivamente un 10,31% de los profesionales encuestados hacía un uso dinámico de las herramientas de la web social.

No se pudo determinar que el mayor nivel de estudios alcanzado ni tampoco el mayor desarrollo de la faceta docente del grupo de profesionales que respondieron a la encuesta estuviese relacionado con un uso más dinámico de las herramientas de la web 2.0.

CONCLUSIONES

Los resultados llevan a concluir que el uso de las herramientas de la web 2.0 entre los gestores de enfermería encuestados es más que mejorable. Así como que no influye en su mayor uso ni el grado de formación ni el desarrollo de la faceta docente de los profesionales que respondieron a la encuesta.

Si dejamos de lado a la comunidad de profesores y maestros, las herramientas están siendo poco explotadas por otras ramas profesionales con lo que, a pesar de que los resultados de nuestro estudio parecen poco positivos, están en línea con lo que ocurre en otros ámbitos profesionales.

Aquellos que creen en el potencial de la web 2.0 para el entorno de la salud y la educación tanto de profesionales como de pacientes estiman que sólo se logrará si hay un aumento de la formación en el uso de este nuevo enfoque. Por supuesto no es sencilla la implementación de estas nuevas herramientas pero habrá que comenzar por hacer llegar su existencia al colectivo enfermero porque ayudan a mejorar la productividad, fomentan una más fuerte comunidad de práctica y apoyan la educación continuada, el desarrollo profesional y la educación del paciente.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 9

Nº Reg. 129

TÍTULO. GRUPO DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN UCI DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA: UNA HERRAMIENTA EFICAZ PARA LA MEJORA DEL SERVICIO

Autores: Rello Echazarreta M, Anadón-Gómez D, Quílez-Pernia A, Bordonada-Herrero MJ, Prats-Muniesa G, deSola-Sanmartín P, González- Caballero M, Dorado-Regil P

RELLO ECHAZARRETA MARIMAR . HOSPITAL ROYO VILLANOVA . UCI (ignacius77@yahoo.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Facilitar un espacio de interacción y comunicación entre los profesionales que trabajan en la unidad.
- Detectar las necesidades del servicio.
- Valorar y proponer puntos de mejora en la atención y seguridad del paciente.
- Realizar un seguimiento de los proyectos que se están llevando a cabo en la unidad.
- Formar grupos de trabajo específicos para situaciones concretas.
- Tomar acuerdos sobre formas de trabajo para unificar criterios.
- Definir actuaciones en situaciones que dan lugar a dudas o errores.
- Recordar al personal de la unidad normas de funcionamiento del servicio, responsabilidades y realización de tareas concretas.

METODOLOGÍA

El grupo de calidad está formado por un grupo estable de personas voluntarias de la unidad que asisten de forma regular a las reuniones. Pueden asistir a reuniones esporádicamente aquellas personas que no pertenezcan al grupo pero desean hacer propuestas puntuales.

El personal de la unidad también puede hacer propuestas a los miembros del grupo para que se debata sobre ellas en las reuniones.

Las reuniones se celebran cada uno o dos meses en la sala de reuniones de la unidad.

RESULTADOS

Con los datos recogidos durante los años 2009, 2010 y 2011 se obtienen los siguientes resultados: se realiza una media de 6.3 reuniones al año, con una asistencia de 8.26 personas por reunión.

Asisten una media de 1-2 intensivistas; 2-3 auxiliares y 4-5 enfermeras.

Además en este grupo se han tratado y puesto en marcha entre otras propuestas:

- Encuesta de satisfacción a los pacientes/ familiares que se realiza tres meses al año.
- Charlas sobre nuevos protocolos o técnicas
- Mejora de la sala de espera de familias y del pasillo de acceso a la UCI para hacerlo más acogedor.
- Adhesión a proyectos externos a la unidad.
- Charlas RCP en los diferentes servicios del hospital.
- Hoja de registro- gráfica de auxiliares

CONCLUSIONES

Después de varios años de funcionamiento en la unidad podemos concluir que el grupo de calidad:

- Es un espacio que promueve la comunicación entre el personal.
- Es un herramietna eficaz para consensuar mejoras y acuerdos de la unidad implicando en las decisiones a todo el personal.
- Es el único grupo del hospital en el que trabajan médicos, enfermeras y auxiliares de forma interdisciplinar fomentando el trabajo en equipo.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 9

Nº Reg. 279

TÍTULO. HABLANDO EN PROSA SIN SABERLO: APLICACIÓN DEL PDCA PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE ENDOFTALMITIS POSTQUIRÚRGICA

Autores: CALDERON MEZA JM, MONROY-LÓPEZ F, MARECA-DOÑATE R, AIBAR-REMÓN C, PRIETO-ANDRES P, MINGUEZ-MURO E

CALDERON MEZA JOSE MANUEL . INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD . UNIDAD DE INVESTIGACION EN SERVICIOS DE LA SALUD (jmcalderon@aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Evaluar factibilidad y efectividad de diferentes medidas para prevenir la endoftalmitis tras cirugía de cataratas (EPCC).

METODOLOGÍA

En 1993, ante una incidencia acumulada (IA) elevada de EPCC, los Servicios de Oftalmología y Medicina Preventiva implantaron un sistema específico de vigilancia prospectiva (SEV), con la finalidad de poder evaluar la efectividad de las medidas para su prevención.

El SEV incluye a todos los pacientes intervenidos de cataratas en el centro, desde el 1 de enero de 1993 hasta el 31 de diciembre de 2011. Para cada EPCC se registran sistemáticamente datos generales del paciente, de la intervención y de la infección

RESULTADOS

El total de pacientes intervenidos durante estos años ha sido de 21.170. Hasta la implantación del SEV, la IA de EPCC era ligeramente superior al 1%. En el periodo 1994-2000 disminuyó notablemente, no superando hasta el 2000 el 0,5%. En 2001 se produjo un aumento que sobrepasaba valores de IA sugeridos por la bibliografía, dando origen a la elaboración del primer Protocolo de prevención de EPCC.

Las medidas adoptadas han sido:

-1993-2001: Mejoras en relación con estructura (adecuación del quirófano) y procesos (preparación prequirúrgica de pacientes y normas de asepsia quirúrgica).

-2001: Elaboración del primer Protocolo de prevención de EPCC, en el que se incluían medidas basadas en la evidencia según bibliografía disponible, en relación con procedimientos previos al acto quirúrgico y en quirófano, para la preparación del paciente

-2002: Primera modificación del Protocolo: cambio de normas de actuación del personal de enfermería, tanto en planta como en quirófano, y elaboración de una hoja de información para el paciente.

-2007: Nueva modificación del protocolo en función de nuevas evidencias y experiencias de otros centros, modificando la quimioprofilaxis (QP).

-2008: Última modificación del protocolo, incluyendo excepciones para pacientes con alergia a betalactámicos.

Tras la modificación de la QP en 2007, la tasa de incidencia acumulada de endoftalmitis ha ido descendiendo, alcanzando incluso la cifra del 0% en 2009.

CONCLUSIONES

Como lecciones aprendidas a lo largo de estos años destacamos:

- En casos de infecciones, afortunadamente poco frecuentes, como las EPCC, el estudio individualizado de los casos complementa la información que proporciona el SEV para tomar decisiones efectivas.

- Mantener el mismo sistema de vigilancia, sin modificar criterios de diagnóstico de caso, proporciona una adecuada precisión a los datos disponibles. Sin embargo, puede suponer un sesgo de observación con un incremento de las cifras observadas.

- Facilitar a clínicos y DUE información puntual sobre cifras de IA en función de las medidas implementadas, favorece su participación en actividades de prevención y en la comunicación de sospecha de nuevos casos.

- El ciclo de Deming se ha mostrado como instrumento útil para implementar con rapidez modificaciones y evaluar su efectividad y factibilidad.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 9

Nº Reg. 166

TÍTULO. ADECUACIÓN DE LAS PRESCRIPCIONES MÉDICAS AL INGRESO EN PACIENTES ANCIANOS

Autores: CASAJÚS LAGRANJA MP, VILLAR I, LARRODÉ I, BANDRÉS AC, IZUEL M, ALONSO Y, ABAD R

CASAJÚS LAGRANJA Mª PILAR . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . FARMACIA (pcasajus@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Analizar la adecuación de las prescripciones médicas al ingreso, en ancianos hospitalizados en un Servicio de Medicina Interna, comparando según procedencia de domicilio o residencia.

METODOLOGÍA

Se analizaron las prescripciones de 50 pacientes (de 80 o más años), 25 procedentes de domicilio y 25 de residencias, ingresados en un Servicio de Medicina Interna durante marzo-abril de 2012. Se aplicaron tres criterios para detectar prescripción inadecuada (PI): PRISCUS List, los STOPP y French Consensus. Fuentes de datos: informes de urgencias, FARMASALUD®, prescripción de Atención Primaria. Variables recogidas: edad, sexo, número de fármacos al ingreso, número de pacientes con PI y PI según cada criterio.

RESULTADOS

Se analizaron 50 pacientes, 21 hombres (42%) y 29 mujeres (58%), cuya edad media fue 87 años (rango: 80-94). El número medio de fármacos prescrito fue 7,6 (7,16 en pacientes de domicilio y 8,56 en los de residencias). En 36 pacientes se detecta alguna PI (15 domicilio y 21 residencia). Según la PRISCUS list en 23(46%) se encuentra alguna PI, 26 en total; 5 de benzodiazepinas de acción corta a dosis elevadas, 3 de digoxina, 3 de espasmolíticos, 3 de zolpidem a dosis altas, 3 de neurolépticos clásicos, 2 de benzodiazepinas de acción larga, 2 de alfa-bloqueantes y 5 otros. Aplicando los criterios STOPP, en 28(56%) pacientes se detectó alguna PI, 46 en total; 7 de neurolépticos como hipnóticos, 7 de diuréticos del asa en monoterapia para hipertensión, 4 de AAS a dosis >150 mg y 3 con enfermedad hemorrágica, 2 de glibenclamida o clorpropamida, 2 de medicación duplicada, 2 de digoxina a dosis >125 µg/día, 2 de diuréticos del ASA por edema sin IC, 2 de antagonistas del calcio en constipación, 2 de benzodiazepinas de acción prolongada, 2 de neurolépticos en parkinsonismo, 2 de opiáceos potentes y 9 otros. Aplicando los criterios del French Consensus, 23(46%) pacientes tuvieron alguna PI, 29 en total; 6 de anticolinérgicos en demencia, 6 de benzodiazepinas de vida corta a dosis elevadas, 3 antiespasmódicos y relajantes musculares, 3 benzodiazepinas de acción larga, 3 de digoxina a dosis >125 µg/día, 3 de vasodilatadores periféricos, 2 de antipsicóticos y 3 otros.

CONCLUSIONES

- En los ancianos procedentes de residencias se detectan más PI (84% vs 60%) y además están más polimedicados.
- Los criterios STOPP son más sensibles para la detección de PI, seguidos del French Consensus y la PRISCUS List.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 9

Nº Reg. 66

TÍTULO. EVALUACIÓN CONTINUA DE LA CALIDAD DEL PROCESO TERAPEUTICO EN UN SERVICIO DE GERIATRÍA

Autores: CASTRO VILELA ME, BONAFONTE- MARTELES JL, QUILEZ-PINA RM, REBOLLAR-TORRES E, CÁNOVAS-PAREJA C, GARCÍA-ARILLA -CALVO E

CASTRO VILELA MARIA ELENA . HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA . GERIATRIA (marieca19@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Evaluar, la calidad del circuito terapéutico en un Servicio de Geriátrica en contexto de seguimiento periódico desde el 2008.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, transversal realizado el 1/12/2011. Un equipo interdisciplinar se encargó de analizar las 4 fases del proceso terapéutico tras la implantación completa de la prescripción electrónica en el Servicio.

RESULTADOS

55 pacientes ingresados. 59 % mujeres. Edad media: 84,3 años. Alergias 27%.

1. Prescripción por el facultativo: retraso en la validación: 8. Selección inadecuada de forma farmacéutica: 1, duplicidad del fármaco: 1, dosis inadecuadas: 2, error en vía administración: 4, error en la periodicidad: 5. Prescripciones no bien especificadas: 5 y 2 antiguas. 16 errores en Cuidados (dietas, sondas, constantes): 4 incorrectos, 5 incompletos, 7 antiguos.
2. Acceso al plan de tratamiento y registro por enfermería: No hubieron errores de transcripción. Adelanto al acceso al tratamiento: 12. Error en el registro de la calidad de ingesta: 11 y de sueño: 13. Mal registro del dolor. Registro incompleto de datos de sonda vesical (3), vías periféricas (3), palomillas SC (2) y SNG (1). No consta oxigenoterapia correcta (2). 2 tratamientos no se firmaron.
3. Validación y preparación de la medicación por S. de Farmacia: 3 errores en preparación de carro de unidosis.
4. Distribución de la medicación: En 4 casos se detectó medicación en mesilla (sobres, soluciones) y 1 suplemento proteico, 1 medicación de comida administrada en desayuno. 1 colirio no administrado por ATS, 1 duplicidad de fármaco administrado (2 parches), 2 errores en oxigenoterapia, 3 errores en protocolo de disfagia.

CONCLUSIONES

Necesidad de evaluar continuamente la calidad del proceso para establecer estrategias de mejora del circuito.

En la prescripción por el facultativo hay predominio de los errores derivados de la permanencia de instrucciones antiguas y cuidados no claros o incompletos.

Es necesario mejorar en la historia de enfermería el registro de la ingesta, calidad de sueño y dolor.

Existen escasos errores en la preparación de la medicación por el Servicio de Farmacia.

Es preciso mejorar la verificación de la toma de la medicación por el paciente y en el cumplimiento del protocolo en pacientes con disfagia.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 9

Nº Reg. 151

TÍTULO. **ELABORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE UNA GUÍA PARA EL PACIENTE SOBRE LAS INDICACIONES DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES ASOCIADOS A OTROS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS COMO MEDIDA DE MEJORA DE ATENCIÓN AL PACIENTE.**

Autores: GUILLÉN LORENTE S, MELÚS-PALAZON E, LABARTA-MANCHO C, BENEDÉ-ANAGRA CB, GARGALLO-GÓMEZ P, MARCO-AGUADO MA, SEBASTIÁN-DOMINGO JJ, PASCUAL-PARRILLA MS

GUILLÉN LORENTE SARA . CS ARRABAL . CS ARRABAL (sguilorente@gmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Se realiza estudio cualitativo para conocer opinión pacientes sobre el resumen de recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica sobre empleo de los inhibidores de la bomba de protones en la prevención de gastropatías secundarias a fármacos así como para conocer conocimientos previos de los pacientes sobre los inhibidores de la bomba de protones y su uso

METODOLOGÍA

Elaboración de una Guía de Práctica Clínica. Para conocer una primera opinión de los usuarios sobre las recomendaciones reflejadas en esta Guía de Práctica Clínica, se diseñó un estudio cualitativo exploratorio con muestro por conveniencia u oportunista en febrero de 2012. Se presentó la Guía a los miembros de una Junta de Gobierno de una Asociación de Vecinos mediante una técnica conversacional grupal, con grupo de discusión en una reunión de grupo heterogéneo de 10 personas y se paso cuestionario opinión a 10 pacientes.

RESULTADOS

- % de pacientes que saben que existen fármacos para proteger el estómago: 100%.
- % pacientes que los ha tomado alguna vez: 70%.
- 30% los compra directamente en oficina farmacia.
- % de pacientes que aconseja a otros que los tomen: 60%
- % de pacientes que piden a su médico receta de un IBP cuando le recetan otro fármaco: 20%
- % pacientes que piden a su médico receta IBP si nota acidez: 20%
- % pacientes que se sentirían capaces de valorar beneficios-riesgos para decidir si tomarlo o no: 50%
- % pacientes que seguirían el consejo de su médico de cabecera si éste cambiara/suprimiera el IBP pautado por otro especialista: 100%
- % de información solicitada por los pacientes: 100% beneficios del IBP, 100% riesgos del IBP
- % de formato de esa información: 100% de forma oral
- % de formato escrito: 80% tipo tríptico

CONCLUSIONES

Se ha detectado una falta de información de los pacientes sobre el uso de IBP, el conocer los riesgos de este grupo de medicaciones puede producir alarma entre la población. Los pacientes solicitan sean informados, preferentemente de forma oral y por su médico de cabecera sobre los beneficios y riesgos de usar este tipo de fármacos. Se ha elaborado y se esta implementando una guía para pacientes sobre empleo de los inhibidores de la bomba de protones en la prevención de gastropatías secundarias a fármacos.

Sesiones de difusión a sanitarios para que la puedan difundir a sus pacientes de forma oral

Difusión mediante su publicación en la web.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 9

Nº Reg. **227**

TÍTULO. OTORGAR GRADOS DE EVIDENCIA A LA “GUÍA DE DOSIFICACIÓN EN PEDIATRÍA” Y ESTRATEGIAS PARA SU IMPLEMENTACIÓN

Autores: LACLAUSTRA MENDIZÁBAL B, LALANA JOSA P, CARCAS-DE-BENAVIDES C, LALLANA-ALVAREZ MJ, PINA-GADEA B, GALINDO-RUBIO C, AZA-PASCUAL-SALCEDO M, VALIENTE LLORENTE B

LACLAUSTRA MENDIZÁBAL BLANCA . CS CASETAS . PEDIATRIA (blanlacla@gmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Transcurridos dos años de la elaboración de la “Guía de dosificación en pediatría” se decide su revisión y mejora con el fin de:

- Ampliar los principios activos incluidos.
- Ampliar los nombres comerciales incluidos.
- Otorgar grado de evidencia a las recomendaciones aportadas.
- Ampliar su difusión a todos los sectores del SALUD.
- Establecer las estrategias oportunas para su implementación entre los profesionales.

METODOLOGÍA

Se inicia una búsqueda de bibliografía de medicina basada en la evidencia para otorgar grado de evidencia a cada una de las recomendaciones que aparezcan en la guía. Para otorgar las evidencias se tendrán en cuenta estudios de alta calidad metodológica por lo que se realizó una lectura crítica de cada uno ellos (método CASPe) y se les aplicó escala de Jadad. Con las guías de práctica clínica se aplicó el método Agree y se utilizaron aquellas valoradas como “recomendadas o muy recomendadas”

Se incluyeron nuevos principios activos que se consideraron de interés y se revisaron los ya existentes.

Se contactó con revisores externos de todos los ámbitos implicados y se valoraron todas sus aportaciones y mejoras.

Se contactó con personas líderes clave para su implementación en los diversos sectores del Salud.

Se contactó con las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Pediatría para su incorporación como material para residentes.

Se envió aviso vía e-mail de la posibilidad de consulta de la guía a todos los profesionales que se consideró les podía resultar de utilidad.

Se envió en formato pdf a todo el que la solicitó tanto en ámbito sanitario como docente.

Se difundió cuenta de correo creada para recoger sugerencias o resolver dudas que se pudieron plantear entre los usuarios. Las sugerencias aportadas que se han creído de interés han sido recopiladas para futuras modificaciones del documento.

RESULTADOS

Se tiene acceso desde todas las intranets de los sectores así como desde la página principal del SALUD.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 9

Nº Reg. **227**

TÍTULO. OTORGAR GRADOS DE EVIDENCIA A LA “GUÍA DE DOSIFICACIÓN EN PEDIATRÍA” Y ESTRATEGIAS PARA SU IMPLEMENTACIÓN

Autores: LACLAUSTRA MENDIZÁBAL B, LALANA JOSA P, CARCAS-DE-BENAVIDES C, LALLANA-ALVAREZ MJ, PINA-GADEA B, GALINDO-RUBIO C, AZA-PASCUAL-SALCEDO M, VALIENTE LLORENTE B

LACLAUSTRA MENDIZÁBAL BLANCA . CS CASETAS . PEDIATRIA (blanlacla@gmail.com)

Desde OMI se puede acceder a través del lanzador de páginas web.

El documento es accesible desde la página de la Asociación Española de Atención primaria (AEPap) dentro de Federadas-Aragón.

CONCLUSIONES

La utilidad del documento, su manejabilidad y la rigurosidad en su elaboración ha permitido una muy buena aceptación entre los profesionales.

Su fácil acceso a través de las intranets ha permitido su amplia implantación. A ello también ha contribuido el contar con revisores externos de los diferentes posibles usuarios.

La creación de una cuenta de correo ha permitido resolver dudas a los usuarios.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 9

Nº Reg. 295

TÍTULO. PROGRAMA DE ASISTENCIA FARMACÉUTICA EN EL CS OLIVER EN COLABORACIÓN CON FARMACÉUTICOS SIN FRONTERAS

Autores: LALANA JOSA P, MARTINEZ-BURGOS B, BOTAYA-MARCIAL M, NAUDIN-BERDUQUE J, LAPUERTA-ABECIA MA, BARBERA-MONTESINOS C

LALANA JOSA PILAR . CS OLIVER . ATENCION PRIMARIA (mplalana@gmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Las demandas de prestación económica para pago de medicamentos prescritos en las consultas médicas cada día se dan con mayor frecuencia en la consulta de Trabajo Social del Centro de Salud. La falta de respuesta al problema económico desde otras instituciones y organizaciones, tiene como consecuencia el abandono del tratamiento.

Desde las consultas médicas existe una preocupación por el perjuicio para la salud que supone no cumplimentar el tratamiento farmacológico, máxime cuando se trata de un problema crónico.

Conociendo los programas que lleva a cabo la ONG Farmacéuticos sin fronteras de España, a raíz de la colaboración de este Centro de Salud en 2007 en las “Campaña de recogida de radiografías inservibles en Aragón”, se contactó con ellos para valorar las posibilidades de colaboración. Se ratificó un convenio de colaboración entre la ONG Farmacéuticos sin fronteras y CS Oliver.

Se decide elaborar de un protocolo de derivación estableciendo un circuito de claro desde la consulta médica hasta la trabajadora social. Asimismo se establecen claramente los requisitos que deben cumplir los beneficiarios de este proyecto.

METODOLOGÍA

Por consenso entre los participantes en el proyecto se establecen claramente los requisitos para beneficiarse del programa.

- Ø Precariedad económica.
- Ø Paciente con enfermedad crónica que precisa medicación para evitar evolución desfavorable de su proceso.
- Ø Buena cumplimentación de los tratamientos prescritos
- Ø Medicación imprescindible en enfermedad aguda.

El médico prescriptor elaborará P 10 dirigido a la trabajadora social del centro, haciendo constar diagnóstico y tratamiento a financiar.

Se citarán en la Agenda de Trabajo Social en huecos libres o forzando cita desde admisión partir de las 13,30h.

La cita se proporciona desde la consulta o desde el servicio de Admisión haciendo constar como motivo de cita “Asistencia Farmacéutica”.

Entrevista con la trabajadora social para determinar si cumple los criterios económicos. Firma de la autorización de la dispensación de medicamentos y envío a farmacia.

RESULTADOS

Aunque las primeras derivaciones fueron incompletas, tras el establecimiento del protocolo de derivación el 100% de los pacientes cumplieron los criterios.

CONCLUSIONES

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 9

Nº Reg. **295**

TÍTULO. **PROGRAMA DE ASISTENCIA FARMACÉUTICA EN EL CS OLIVER EN COLABORACIÓN CON FARMACÉUTICOS SIN FRONTERAS**

Autores: LALANA JOSA P, MARTINEZ-BURGOS B, BOTAYA-MARCIAL M, NAUDIN-BERDUQUE J, LAPUERTA-ABECIA MA, BARBERA-MONTESINOS C

LALANA JOSA PILAR . CS OLIVER . ATENCION PRIMARIA (mplalana@gmail.com)

El establecimiento de un correcto circuito de derivación permite agilizar los trámites, cumplir correctamente los tratamientos y la utilización óptima de los recursos disponibles.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 9

Nº Reg. 209

TÍTULO. **CÓMO MANTENER LA ACREDITACIÓN Y NO MORIR EN EL INTENTO**

Autores: Omeñaca Terés M, Egido P, Palacian P, López A.I, Roc L, Martínez-Sapiña A, Rezusta A, Lezcano M.A

OMEÑACA TERÉS MANUEL . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . MICROBIOLOGIA (momenaca@aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

En el año 2006, nuestro laboratorio inicia un proyecto de calidad, basado en la Norma UNE-EN ISO 15189 como parte del proyecto del Hospital y del Servicio Aragonés de la Salud.

Desde el año 2009 ENAC ha realizado 3 auditorías todas ellas con una ampliación de alcance acreditado

La finalidad de este trabajo es:

Realizar un análisis de los problemas encontrados y una reflexión sobre sus posibles soluciones

METODOLOGÍA

Se analizan las No Conformidades y Observaciones de las tres auditorias

RESULTADOS

El laboratorio tuvo 2 No Conformidades en la primera auditoría ENAC. Ambas se refirieron a Equipos y se solventaron calibrando los equipos afectados por empresas externas

En la tercera auditoría la única No Conformidad habida se ha resuelto consiguiendo un Control de Calidad Europeo ante la insuficiencia de controles de calidad para ese alcance en nuestro país

Las observaciones se pueden agrupar en tres apartados

1- Personal

Los currícula y los compromisos de confidencialidad deben estar firmados. La cualificación debe estar sistematizada y firmada por cualificado y cualificador y reflejada en las hojas de trabajo.

El alto índice de rotación existente en nuestro hospital dificulta la consecución de una correcta cualificación del personal. El Grupo de Mejora de la Calidad (GMC) está elaborando una sistemática de cualificación gradual.

2- Equipos

El listado de equipos debe estar actualizado y tener trazabilidad con entre el código del laboratorio y en nº de serie o de inventario.

Cada equipo debe tener actualizado su mantenimiento y la sistemática de actuación en caso de fallo.

La gran cantidad de equipos del laboratorio y la antigüedad de algunos dificultan su trazabilidad. Los servicios de mantenimiento y electromedicina, también acreditado, nos han facilitado

listados y colaboran en la verificación de los equipos.

La participación de los Responsables técnicos y de los TEL de las unidades acreditadas en el GMC ha concienciado de las actuaciones a llevar en caso de incidencias analíticas en los equipos

3- Objetivos e indicadores

Los objetivos deben reflejar un avance en el camino de la calidad. La medición de los indicadores debe cumplir unos plazos estrictos que la presión asistencial dificulta.

La revisión periódica por la dirección conlleva la obligatoriedad de presentar de resultados

CONCLUSIONES

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 9

Nº Reg. 209

TÍTULO. **CÓMO MANTENER LA ACREDITACIÓN Y NO MORIR EN EL INTENTO**

Autores: Omeñaca Terés M, Egido P, Palacian P, López A.I, Roc L, Martínez-Sapiña A, Rezusta A, Lezcano M.A

OMEÑACA TERÉS MANUEL . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . MICROBIOLOGIA (momenaca@aragon.es)

El equipo multidisciplinar del GMC constituye un apoyo sólido al proyecto de acreditación.
La colaboración con otros servicios, evita la necesidad de acudir a empresas externas para las verificaciones

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 9

Nº Reg. 196

TÍTULO. ¿SON ADECUADOS LOS FÁRMACOS PRESCRITOS EN NUESTROS PACIENTES ANCIANOS?

Autores: QUILEZ PINA RM, CASTRO-VILELA ME, BONAFONTE-MARTELES JL, CANOVAS-PAREJA C

QUILEZ PINA RAQUEL MARIA . HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA . GERIATRIA (doctora1984@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Evaluar LA prevalencia de Polimedicación en ancianos hospitalizados.

Análisis de reacciones adversas (RAM), potenciales interacciones medicamentosas (IM) y prescripción inadecuada (PI) según criterios de Beers y STOPP-START (2003).

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo y transversal realizado en 2 cortes (diciembre 2011-enero 2012). Se efectuó la revisión de toda la prescripción farmacológica al ingreso y al alta de todos los pacientes hospitalizados en el S. de Geriatria. Se registraron datos sociodemográficos, diagnóstico de ingreso, comorbilidad, demencia, I. Barthel, polimedicación (<= 7 fármacos), RAM, IM y PI al ingreso y al alta del paciente. Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS.

RESULTADOS

101 pacientes. El 67.3% mujeres con una edad media de 85.4 años. Antecedentes de alergias 21,8%. Fallecieron durante el ingreso el 20,8%.

Al ingreso presentaban polimedicación el 51,5%. El 14,8% habían presentado RAM previo ingreso sobretodo procesos digestivos por AINEs e intolerancia a opiáceos o psicofármacos. En el 24,7% existían IM. Se observó PI según los criterios de Beers en un 17.8%, según STOPP en un 36.6% y en un 44.5% según START.

Al alta el 50% presentaba polimedicación, el 8,9% mostraron RAM hospitalizados. En un 15,8% se detectaron IM al alta. Se identificaron un 13,9% de PI según criterios Beers, un 19,8% según STOPP y un 33,7% según START.

Los pacientes con polimedicación tanto al ingreso como al alta presentaron más IM ($p < 0.008$) y más PI según los criterios STOPP ($p 0.003$). Tanto en los dementes severos (GDS ≥ 6) como en los que tenían un Barthel < 20 se observó una menor incidencia de polimedicación al alta ($p 0.03$). Se observa que las áreas cardiovasculares, neurológicas y reumatológicas son las más afectadas por la PI en nuestros pacientes.

CONCLUSIONES

Existe una elevada prevalencia de polimedicación tanto al ingreso como al alta en nuestro perfil de paciente, por lo que consideramos que los criterios STOPP START pueden ser una buena herramienta para identificar prescripciones inadecuadas en nuestro medio y disminuir el número de fármacos.

En los pacientes dementes severos o con bajo índice funcional se intenta ser más conservador y ello se representa en un número menor de fármacos al alta siendo más laxos en los criterios START.

Como era esperable la polimedicación favorece la existencia de un mayor número de IM.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 9

Nº Reg. **262**

TÍTULO. REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS (RAM): ESTUDIO DE INCIDENCIA 2006-2011 EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR

Autores: GONZALEZ RUBIO F, REQUENO-JARABO MN, MARÍN-IZAGUERRI MP, CORONAS-MATEOS S, VAL-ESCO L, ANTOÑANZAS-LOMBARTE A, LOU-LOU RM, LACARTA-VICIOSO MP

GONZALEZ RUBIO FRANCISCA . CS DELICIAS SUR (DRONDA) . ATENCION PRIMARIA (nuriarequeno@gmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Conocer la incidencia de RAM en Atención Primaria en un CS del área urbana de Zaragoza.

Saber cuáles son las RAM más frecuentes en consultas de Atención Primaria y cuáles los fármacos que las producen para estar alerta ante los síntomas de los pacientes.

Mejorar las RAM reportadas a Farmacovigilancia y la docencia de los residentes de Familia en Farmacovigilancia.

METODOLOGÍA

Obtención de RAM producidas en pacientes del CS Delicias Sur registradas en OMI entre 2006 y 2011 y remitidas al Centro Nacional de Farmacovigilancia.

Realización de análisis descriptivo de los datos recogidos.

Se han recogido los siguientes datos de los pacientes: edad, sexo, fármaco causante de RAM, tipo de RAM.

RESULTADOS

Los resultados son parciales, precisando terminar el estudio.

Se han organizado las RAM por grupos de edad: de 0 a 14 años (Pediatria), y posteriormente en períodos de 10 años (de 15 a 24 años, de 25 a 34 años y sucesivamente).

Por rangos de edad se han recogido 19 RAM en menores de 14 años (2'87%), 13 entre 15-24 años (1'96%), 30 entre 25-34 años (4'52%), 40 entre 35-44 años (6'03%), 73 entre 45-54 años (11'01%), 120 entre 55-64 años (18'10%), 166 entre 65-74 años (25'04%), 180 entre 75-84 años (27'15%) y 22 en mayores de 85 años (3'32%).

Por sexo se han observado 198 RAM en varones (29'73%) y 468 en mujeres (70'27%).

Se han detectado un total de 690 fármacos causantes de RAM, de ellos los más frecuentes han sido los antibióticos (16'09%), IECAs (11'59%), analgésicos (11'45%), antidepresivos (6'96%), hipolipemiantes (4'52%), diuréticos (4'06%) y otros como los ARA2 o antiepilépticos han producido RAM en menos frecuencia.

Los tipos de RAM más frecuentes fueron digestivas (24'08%), cutáneas (20'42%), neurológicas (14'14%), tos (9'42%) y mareo (7'33%)

CONCLUSIONES

El mayor número de RAM se ha detectado en mayores de 65 años y mujeres, en posible relación con su no inclusión en ensayos clínicos.

Igualmente, hay que tener en cuenta que los fármacos que producen frecuentemente RAM en nuestra población son de uso muy frecuente (antibióticos, IECAs y analgésicos). También se debe pensar en que la mitad de las RAM (44'50%) por las que los pacientes acuden a su MAP son síntomas digestivos y cutáneos, hecho a tener en cuenta en las consultas de Atención Primaria por la hiperfrecuentación que de ello se deriva.

Se ha mejorado la cumplimentación de las tarjetas amarillas enviadas a Farmacovigilancia (tasa de notificación en Aragón en 2010: 153/100.000).

A partir de este estudio los residentes están más concienciados de las RAM y la detección de sus síntomas en las consultas.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 9

Nº Reg. **305**

TÍTULO. **PREPARADOS, APUNTEN... ¿Y LUEGO?**

Autores: SERRANO URRRA J, SERRANO-URRA J, HERNÁNDEZ-LOMERO A, GARCÍA-FORCÉN L, FLODELÍS-MARCO F

SERRANO URRRA JAVIER . CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS . ATENCION PRIMARIA (jserranou@gmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Aplicar en el medio-largo plazo los criterios START/STOPP en pacientes institucionalizados en área de influencia del cupo médico con un total de 4 residencias y 127 pacientes. En corto plazo y en el ámbito de la seguridad clínica, adecuar las prescripciones, actuales y de manera prospectiva, a los episodios de OMI-AP. Paso previo inexcusable registrar en la Historia Clínica Informática de OMI-AP la carga de morbilidad de estos pacientes acercándonos más a la complejidad de nuestra casuística.

METODOLOGÍA

Análisis de los registros en OMI-AP de las Historias Clínicas Informáticas de los 127 pacientes contextualizando las prescripciones con sus episodios específicos. Detectadas las situaciones de mejora, entrevista personal con responsable médico de las residencias para volcar en OMI-AP los episodios y prescripciones correspondientes de manera unívoca. Adaptando las situaciones clínicas a la terminología en códigos CIAP de OMI –AP.

RESULTADOS

- 1) De los 1442 fármacos abiertos en OMI-AP correspondientes a los 127 pacientes (11'3 de media por paciente) antes de la intervención, se ha obtenido un corte en la semana del 4 al 8 de junio contabilizando un número de prescripciones actualmente de 1003 (7'9 media actual).
- 2) El porcentaje de prescripciones ajustadas a su episodio específico y de forma unívoca preintervención era de 496 sobre un total de 1442 (35'58%). Tras la intervención se ha observado 825 prescripciones ajustadas de forma inequívoca a su episodio en el total de 1003 (82'83%).

CONCLUSIONES

Se ha observado tras la intervención dos cambios sustanciales en la estadística tras la mejora en la calidad del registro. El primero de ellos, en las cifras de prescripción adecuada a su episodio correcto, que habiendo pasado de un 35'58% al actual 82'83% comporta una mayor seguridad clínica para el paciente y demás sanitarios. Otra variación notable es el descenso del número de fármacos abiertos en OMI-AP, habiendo una reducción de 1442 a 1003 (en medias, reducción de 11'3 al actual 7'9) aunque esto puede deberse a dos factores: el cierre de prescripciones abiertas que no hubieran tenido impresiones efectivas en los 3 últimos meses, y el potencial "efecto STOPP" realizado por los responsables médicos de las residencias tras la entrevista personal. Queda, como futura actuación a realizar en dicha muestra, la aplicación de criterios STOPP para asegurar una correcta y adecuada prescripción farmacológica al estado individual de cada paciente.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 9

Nº Reg. 318

TÍTULO. **SEGURIDAD CLÍNICA EN LA REALIZACIÓN DE ARTRO-RM DE HOMBRO: ABORDAJE POSTERIOR ECODIRIGIDO**

Autores: SORIANO GODÉS JJ, SORIANO GODÉS JUAN J., ROS MENDOZA LH, RODRIGUEZ BOROBI A., NAVARRO MARTINEZ E., FERRER LAHUERTA E., BLASCO SATUE, ALICIA, RAMOS D'ANGELO F.

SORIANO GODÉS JUAN JOSE . HOSPITAL ROYO VILLANOVA . RADIOLOGÍA (jjsoriano@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Describir y demostrar las ventajas del abordaje posterior del hombro ecodirigido en la realización de estudios que requieren la introducción de medio de contraste intraarticular, así como difundir la cultura de la seguridad clínica del paciente en la organización.

METODOLOGÍA

La OMS [1] se refiere a la seguridad clínica del paciente como un principio fundamental de la atención al mismo y un componente crítico de la gestión de calidad.

Para mejorarla se requiere una amplia gama de medidas entre las que se incluye la seguridad del entorno, la gestión del riesgo y las prácticas clínicas seguras.

Hajeck y colaboradores introdujeron la artro-R.M. en 1987, desde entonces un largo número de publicaciones han demostrado su eficacia en el diagnóstico. En 1975, Schneider y colaboradores, fueron los primeros en describir el abordaje anterior de la articulación glenohumeral para la introducción de medio de contraste con utilización de fluoroscopia, en la actualidad se conoce como la técnica de Schneider [2].

La artro-RM directa de hombro es un método de diagnóstico invasivo, que consiste en la realización de una estudio de R.M. de hombro después de la introducción intra-articular de contraste, que puede ser realizada mediante palpación directa, control fluoroscópico, T.C., R.M. o ultrasonografía [3].

Habitualmente la forma tradicional de realización es mediante un abordaje anterior con control fluoroscópico y utilización adicional de contraste yodado. No se requiere mucho tiempo, pero en caso de complicaciones la dosis de radiación puede ser considerable (3 rad/min) [4].

Chung et al en 2001 [5] demostraron que el abordaje anterior puede dar lugar a la lesión de estructuras estabilizadoras anteriores de la articulación glenohumeral. Fueron los primeros en señalar el abordaje posterior en pacientes con síntomas de inestabilidad anterior.

En la artroscopia de hombro actual, antes de cualquier procedimiento se dibuja en la piel las marcas anatómicas que sirven como referencia y comienzan creando un portal posterior localizado a 1-2 cm y 1-2 cm medial al ángulo posterolateral del acromion

Los primeros estudios que realizamos fueron con abordaje anterior y control fluoroscópico; a raíz de la publicación de Catalano O.A. et al [6], nuestro grupo pidió un proyecto de mejora en seguridad clínica, con el objetivo de mejorar la seguridad del paciente, renunciando a la utilización de radiaciones ionizantes y la utilización de medio de contraste.

La técnica se realiza en una sala de ecografía convencional, previo consentimiento informado.

Primero realizamos un marcaje sobre la piel con bolígrafo dermatográfico del borde acromial y del proceso coracoideo por delante, así como del punto teórico de abordaje posterior, a 1-2 cm inferior y 1-2 cm medial al ángulo posterolateral del acromion (fig. 1).

El paciente se encuentra sentado sobre una camilla con el codo flexionado en 90°, apoyado sobre su pierna y sujetándolo con la mano contralateral de forma suave, no forzada, con el antebrazo cruzando el tórax (fig1), dicha posición permite una correcta exploración del infraespinoso y visualización del labrum, así como la posibilidad de aspirar o inyectar dentro de la articulación [7,8,9] (fig. 2). El punto de entrada ideal se encuentra entre infraespinoso y redondo menor (fig3)

En segundo lugar se limpia la superficie cutánea con povidona yodada (fig. 4) y anestesiarnos la superficie cutánea con cloroetilo en aerosol y posteriormente los tejidos blandos con inyección de anestésico.

Bajo rigurosa asepsia, se introduce una aguja espinal de 22G (BD Spinal Needle 0,7 x 90 mm) bajo control ecográfico hasta alcanzar la cabeza humeral, evitando el complejo capsulolabral.

Retiramos el fiador y se introduce una mezcla que contiene 0,1 ml de gadolinio, 15 ml de suero salino y 5 ml al 2% de lidocaína [10]. En todos los casos se procede a la tracción y movilización del hombro a explorar para la correcta distribución de la mezcla (video).

El paso de la mezcla a la articulación debe ser suave y fluida, sin notamos resistencia debemos de retirar minimante la aguja mientras presionamos el émbolo de la jeringa y en caso necesario medializar ligeramente la punción hasta conseguir nuestro objetivo (fig. 5). Después de inyectar el contraste y con la articulación

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 9

Nº Reg. **318**

TÍTULO. **SEGURIDAD CLÍNICA EN LA REALIZACIÓN DE ARTRO-RM DE HOMBRO: ABORDAJE POSTERIOR ECODIRIGIDO**

Autores: SORIANO GODÉS JJ, SORIANO GODÉS JUAN J., ROS MENDOZA LH, RODRIGUEZ BOROBI A., NAVARRO MARTINEZ E., FERRER LAHUERTA E., BLASCO SATUE, ALICIA, RAMOS D'ANGELO F.

SORIANO GODÉS JUAN JOSE . HOSPITAL ROYO VILLANOVA . RADIOLOGIA (jjsoriano@salud.aragon.es)

distendida se puede observar como refluye, gota a gota, a través de la aguja, la mezcla introducida [11]

RESULTADOS

Desde enero del 2009 hasta octubre del 2011 hemos realizado 50 artrografías con abordaje posterior ecodirigido. En 49 casos se consiguió una correcta distensión capsular; en una de ellas hubo que repetir el procedimiento. En 5 casos se apreció extravasación significativa del medio de contraste al infraespinoso, que no impidieron una correcta valoración del prueba (fig. 6 y 7). En tres de los casos tuvimos un cuadro de reacción vaso vaginal que se resolvieron sin complicaciones con maniobras habituales.

El volumen inyectado fue entre 12-15 ml como medio, en un caso fue de 8ml por restricción capsular y otro más de 20 ml, por laxitud capsular.

La duración del procedimiento, incluida la preparación de la sala y material no fue superior a los 15 minutos. No hemos tenido complicaciones tardías.

CONCLUSIONES

La vía de abordaje posterior en el hombro ecodirigida para la introducción de medio de contraste, permite la realización de un procedimiento seguro, eficaz y eficiente, con ausencia de radiaciones ionizantes y la no utilización de medio de contraste. Además en caso de extravasación no se dificulta el diagnóstico.