

## XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

### Mesa 15 \* 15 Miércoles-18:30 h.

Reg	Presentador/a	Título de la Comunicación
625	BARTOLOME MORENO CRUZ	NO HACER EN RX
481	MORLAN HERRADOR LAURA	IMPACTO TRAS INSTURACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN CLÍNICA DEL DOLOR ABDOMINAL EN URGENCIAS: TRES AÑOS DE SEGUIMIENTO
193	SANCHEZ FABRA DAVID	PROCESO DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN UN SERVICIO HOSPITALARIO (PROA-MI)
214	VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION	IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN LA UCI DEL H. OBISPO POLANCO

## XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 15

Nº Reg. 625

### TÍTULO. NO HACER EN RX

Autores: BARTOLOME MORENO C, SAMITIER LERENDEGUI M, EGUILUZ LOPEZ M, GIUSSEPE ALESSIO A, AGUDO ABAD J, CAMBRA A

BARTOLOME MORENO CRUZ . CS PARQUE GOYA . UNIDAD DOCENTE MF Y C Z1

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Estudiar la indicación de dos pruebas de imagen, radiografía de columna lumbar y/o cervical (distribución según edad y sexo), en los centros de salud de una comunidad autónoma. Conocer la radiación innecesaria que supone.

#### METODOLOGÍA

Diseño: estudio prevalencia multicéntrico.

Ambito: Atención Primaria.

Criterios de selección: todas las peticiones de pruebas de imagen en mayores de 14 años, de dos sectores sanitarios de una CCAA entre 01/01/2014 y 30/06/2015.

Muestra: estimamos un 50% de prevalencia (nivel de confianza 95%, precisión 5%) por carecer de estudios previos. El tamaño muestral para inferencia es de 384 pacientes para cada petición. Aumentado para compensar pérdidas, estudiando 1333 peticiones aleatorizando y estratificando por sector.

Análisis estadístico: descriptivo, bivariante con Chi cuadrado para variables cualitativas, cálculo de prevalencias ajustado por población, cálculo irradiación no indicada.

Limitaciones: sesgo de infrarregistro por trabajar con historias clínicas.

Aspectos ético-legales: estudio aprobado por CEICA (comité ético de investigación clínica).

#### RESULTADOS

De las 71336 solicitudes de imagen se han analizado aleatorizando 1333 (553 columna cervical, 624 lumbar y 156 ambas). 20,1% sector I y 79,9% sector II. La mayoría de las peticiones son en mujeres (58,9%). El 68,9% en sujetos de 26 a 65 años. Respecto a la prioridad: 79% normal, 19% preferente y 2,1% urgente. Estaban mal indicadas el 71,5%, (de las lumbares el 28,1% por lumbociática y 2,3% por contracturas; de las cervicales 18,2% por vértigo, 16,6% por contractura y 3,1% por cefalea) eso supone el equivalente a una radiación natural durante 372 años. Peor en mujeres (Chi cuadrado = 2,712; p = 0,100) y conforme disminuye la edad (Chi cuadrado = 97,545; p = 0,000). En las Rx lumbares, las solicitudes marcadas como urgentes están bien indicadas (73,3%), en cambio no lo están ni las preferentes (35,8% ni las normales 25,6%) siendo la diferencia significativa (Chi cuadrado = 20,788; p = 0,000). En las Rx cervicales, no están bien indicadas ninguna de las prioridades (urgentes el 61,5% están mal indicadas, el 68,8% de las preferentes y el 72,9% de las normales, no siendo la diferencia significativa (Chi cuadrado = 1,931; p = 0,381).

#### CONCLUSIONES

Dos tercios de las peticiones están mal indicadas, con la repercusión que tendría en las listas de espera, además, supone para los pacientes 372 años de radiación natural que se podrían evitar. Peor para mujeres y pacientes de estratos más jóvenes.

## XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 15

Nº Reg. 481

### TÍTULO. IMPACTO TRAS INSTAURACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN CLÍNICA DEL DOLOR ABDOMINAL EN URGENCIAS: TRES AÑOS DE SEGUIMIENTO

Autores: MORLAN HERRADOR L, SANCHO RODRIGUEZ ML, MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JM, ROS ARNAL I, MONTANER RAMON A, MARTINEZ FACI C, GÓMEZ BARRENA V, CALLEJA CAMPOS C

MORLAN HERRADOR LAURA . H MIGUEL SERVET . PEDIATRIA

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Valorar los cambios en las pautas de actuación ante el dolor abdominal no quirúrgico en Urgencias de Pediatría de nuestro hospital tras la instauración de un protocolo de actuación en enero de 2013. Se pretende mejorar la utilización de recursos, reduciendo la realización de radiografías de abdomen y el empleo de enemas cuando no están indicados y valorar si estas actuaciones se mantienen en el tiempo.

#### METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo y analítico prospectivo y retrospectivo, mediante revisión de historias clínicas, en cuatro periodos: Diciembre 2012(P1), Febrero 2013(P2), Noviembre 2013(P3) y Mayo 2015 (P4), correspondiendo al mes previo a la instauración del protocolo, el posterior, a los 10 meses y a los 3 años. Descartados pacientes con patología orgánica identificable de dolor abdominal (infecciones del tracto urinario, patología quirúrgica, gastroenteritis, etc). Se han analizado variables relativas a epidemiología, pruebas complementarias y tratamientos pautados; considerando significación estadística  $p < 0.05$ .

#### RESULTADOS

$n=684$  casos (P1=163, P2=144, P3=164, P4=213). Mayor realización de radiografía abdominal en pacientes estreñimiento (10.3% Vs 4 %,  $p=0.01$ ), así como pauta de enemas (35.8% Vs 8.6%,  $p < 0.01$ ) y pauta de polietilenglicol (22.6% Vs 1.1%,  $p < 0.01$ ). Se realizó radiografía abdominal en P1=14.7%, P2=6.9%, P3=1.8%, P4=0% ( $p < 0.01$ ); y en los pacientes con estreñimiento en P1=23.4%, P2=13.5%, P3=0%, P4=0% ( $p=0.001$ ). Se aplicó enema en urgencias en P1=21.5%, P2=8.3%, P3=17.1%, P4=11.7% ( $p=0.005$ ); y concretamente, en pacientes con estreñimiento en P1=51.1%, P2=21.6%, P3=31.3%, P4=32.5% ( $p=0.036$ ). Se pautó tratamiento con polietilenglicol en P1=4.3%, P2=6.3%, P3=9.8%, P4=4.7% ( $p > 0.05$ ); y en pacientes con estreñimiento en P1=12.8%, P2=21.6%, P3=40.6%, P4=20.5% ( $p=0.034$ ). Se aplicó analgesia en P1=42.9%, P2=53.5%, P3=53.7%, P4=62.7% ( $p=0.02$ ). Reconsultas al servicio de Urgencias: P1=10.4%, P2=2.1%, P3=1.8%, P4=13% ( $p < 0.01$ ).

#### CONCLUSIONES

La implantación del protocolo en nuestra unidad ha reducido de forma significativa la realización de radiografías de abdomen durante los 3 años posteriores, así como el empleo de enemas, incluso en los pacientes que presentan estreñimiento. Se ha logrado aumentar el empleo de analgesia. De esta forma se ha conseguido mejorar la calidad asistencial y el confort de los pacientes, homogeneizar la asistencia prestada, optimizar el uso de los recursos y disminuir el riesgo de iatrogenia. Esto refuerza la utilidad de la aplicación de protocolos de práctica clínica en urgencias.

## XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 15

Nº Reg. 193

### TÍTULO. PROCESO DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN UN SERVICIO HOSPITALARIO (PROA-MI)

*Autores: SANCHEZ FABRA D, PAÑO PARDO JR, ALLENDE BANDRES MA, OLIVERA GONZALEZ S, LETONA CARBAJO S, COMPAIRED TURLAN V, SERAL GARCIA C, RUIZ LAIGLESIA FJ*

*SANCHEZ FABRA DAVID . H CLINICO UNIVERSITARIO . MEDICINA INTERNA*

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Objetivo primario: mejorar el uso de antimicrobianos (AM) en el Servicio de Medicina Interna (SMI) del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (HCULB). Objetivos secundarios: implicar a los profesionales del SMI en la actividad de mejora y validar localmente una aproximación multidisciplinar de mejora del uso de AM que sea extrapolable a otros servicios.

#### METODOLOGÍA

Planificación: constitución del grupo de trabajo, evaluación y priorización de las necesidades (análisis de consumo, análisis transversal de tratamientos AM y encuesta a los médicos del SMI), diseño y planificación de las actividades. Actuación: implementación de las actividades de mejora (sesiones formativas, introducción del motivo de uso de antibióticos en el sistema de prescripción por los facultativos del SMI, asesorías no solicitadas sobre prescripciones estratégicas, feedback periódico en el SMI)

Verificación: Medida de los indicadores de prescripción y consumo comparando el cuarto trimestre de 2014 (pre-intervención) con el de 2015 (intervención).

Actuación: Análisis de los resultados de mejora e identificación de nuevas prioridades.

#### RESULTADOS

Las prioridades de actuación establecidas fueron: uso de carbapenems, quinolonas, y AM anti SARM, antifúngicos, terapia secuencial, desescalamiento según antibiograma, y duración del tratamiento AM. En los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2015 se realizaron 99 asesorías no solicitadas (24 ajustes de dosis, 68 terapias secuenciales, 7 duraciones de tratamiento), 8 sesiones docentes, un corte transversal sobre el uso de AM y una encuesta, ambos pre y post-intervención. La introducción del motivo de tratamiento en el sistema de prescripción fue del 78%. Se redujeron globalmente las Dosis Diarias Definidas /100 estancias (71,8 post intervención vs 78,1 pre intervención), Quinolonas (13,78 vs 20,2), Carbapenems (5,58 vs 8,89) y antiSARM (1,93 vs 3,26). Se redujo el consumo (importe /100 estancias 302,4€ vs 478,15€). La duración media del tratamiento AM fue menor (7,6 días post intervención vs 9,13 días pre intervención). La tasa de aceptación de recomendaciones fue de un 75%, y el grado de satisfacción con la actuación 8,87/10.

#### CONCLUSIONES

CONCLUSIONES: Una intervención multidisciplinar no impositiva en el SMI del HCULB (PROA-MI) ha demostrado disminuir el consumo global y de los grupos priorizados de AM, así como la duración media de los tratamientos, implicando a los profesionales del SMI en el proceso.

## XIV JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 14 y 15 de junio de 2016

Comunicación ORAL \*\*\* Mesa 15

Nº Reg. 214

### TÍTULO. **IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN LA UCI DEL H. OBISPO POLANCO**

Autores: VALDOVINOS MAHAVE MC, PEREZ C, MONTON JM, OJUEL T, TORRALBA JC, LOPEZ C, MEDINA S

VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION . H OBISPO POLANCO . MEDICINA INTENSIVA

#### SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

-Instaurar en la UCI un Protocolo de prevención y diagnóstico de colonización o infección por Bacterias Multirresistentes (BMR). Unificando criterios de actuación de todos los trabajadores de la Unidad y disminuyendo la variabilidad en la práctica clínica.-Elaborar Registros de las actividades.-Disminuir la incidencia.-Reducir y optimizar el gasto económico y asistencial.-Servir de ayuda a profesionales de nueva incorporación-Facilitar el cumplimiento, accesibilidad de consulta, discusión y revisión de las medidas

#### METODOLOGÍA

-Se elaboró un Protocolo.-Se han registrado las medidas de prevención de BMR.-Se han estandarizado los Criterios diagnósticos y de Tratamiento y se ha elaborado una Hoja de Registro.-Se han realizado Cursos de formación.-Se han diseñado una serie de Indicadores

#### RESULTADOS

El Protocolo se implantó en Enero de 2015 y hasta Diciembre de 2015 han ingresado 305 pacientes. Se han cumplimentado en un 100% las hojas de registro de las medidas de prevención. Se ha incorporado en el Servicio de Microbiología un nuevo método de detección de BMR. Todo el personal de la UCI ha realizado formación. Se lleva a cabo un seguimiento mediante la cumplimentación de un Registro a nivel Nacional "Resistencia Zero". Se han diseñado Indicadores y se ha realizado una Monitorización. Los resultados obtenidos desde la implementación del Protocolo en 2015 comparados con los previos en 2014, son los siguientes:

- Tasa de pacientes con una determinada BMR por 1.000 días de estancia en UCI: 3,65 (en 2015)/9,66 (en 2014)
- Tasa de pacientes con una o más BMR adquiridas en UCI: 1,31(en 2015)/4,45 (en 2014)
- Tasa de pacientes con una o más BMR identificadas en las neumonías relacionadas con ventilación mecánica y en las bacteriemias primarias o relacionadas con catéter vascular: 0,33 (en 2015)/0,68 (en 2014)

#### CONCLUSIONES

La implantación de un Protocolo de Prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones por BMR ha supuesto: la unificación de criterios de actuación, la identificación precoz de los pacientes portadores o infectados por BMR, la disminución de las tasas de pacientes con BMR y un manejo terapéutico precoz en aquellos con infección. Por lo que todo ello ha servido para mejorar la calidad asistencial