

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 85

Titulo: REVISIÓN DE PIE DIABÉTICO EN CONSULTA DE ENFERMERÍA. PASADO, PRESENTE Y FUTURO

Autores: LOZANO DEL HOYO ML, ARMALE CASADO MJ, GRACIA PELIGERO MT, PEREZ IRACHE I, MORENO FRAILE R

Mesa 1. Aula 1. Planta 1ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: CS LAS FUENTES NORTE

OBJETIVOS

Objetivo: 2011: Evaluar las revisiones de pie diabético (PD) realizadas en Aragón al incorporar un protocolo de PD. 2012: Evaluar los resultados de una intervención educativa de revisión de PD a profesionales de enfermería (PE) del Sector Zaragoza 2 y la utilización del plan de cuidados.

MÉTODO

Métodos: En 2011 estudio transversal. Población: pacientes diabéticos >15 años en cartera de servicios de CS de Aragón controlados en consulta de enfermería. En 2012 estudio de casos control de ensayo comunitario, cuasiexperimental con intervención educativa sobre revisión de PD a PE del Sector 2. Población: PE en activo de 18 CS del Sector 2. Encuesta de conocimientos anterior y posterior a la intervención y de satisfacción.

RESULTADOS

Resultados: En 2011 se observó una mejoría significativa en las revisiones de PD en todos los Sectores de Aragón, el Sector 2 obtuvo los peores resultados. Entre 2011 y 2012 aumenta la revisión de PD con diferencia significativa y en 2013 únicamente aumenta en el sector 2. Los 3 Sectores de Zaragoza obtienen peores resultados con diferencia significativa. El 61,3% de los PE no han recibido nunca formación en PD. En la encuesta de previa de conocimientos un 48% de los PE no alcanza el 50% de aciertos, en la posterior se supera el 90%, hay diferencia significativa.

En 2013 la inspección de pie en el Sector 2 aumenta 0,2% y en el resto disminuye 0,9%. La palpación de pulsos en el Sector 2 aumenta 0,8%, en el resto disminuye 13,9%. El ROT en el Sector 2 aumenta 0,2%, en el resto disminuye 0,3%. La exploración neuropática en el Sector 2 aumenta 0,8%, en el resto disminuye 3%. La intervención ha sido valorada 9/10.

CONCLUSIONES

Conclusiones: Los aciertos en la encuesta anterior a la intervención son muy bajos; en la posterior mejora y demuestra la importancia de la formación. Tras introducir en 2011 los planes de cuidados, en un año el aumento de registros mejoró significativamente. Es alarmante que los 3 Sectores de Zaragoza tengan los peores resultados pues atienden a la mayor población.

Entre 2012 y 2013 descienden las revisiones en todos los Sectores, excepto en el Sector 2 donde se realizó la intervención. Los resultados en nuestro Sector demuestran que educar es fundamental y motivador. Esta actividad debería implementarse.

Plan de mejora: Crear un grupo de trabajo multicéntrico de formación de formadores, compuesto por un PE responsable de PD de cada CS del Sector 2. Se formará con actividades impartidas por PE y otros colectivos. El compromiso del grupo será formar y actualizar a PE de sus CS. Actividades: mínimo de 3 sesiones científicas/año.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 152 □

Título: CODIFICACION DE LA DESNUTRICION EN EL INFORME DE ALTA HOSPITALARIA EN EL HRV □

Autores: BOLINAGA MORAL MI, RUIZ BUDRIA J, VARONA LOPEZ W □

Mesa 1. Aula 1. Planta 1ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos) □

Centro de trabajo: H ROYO VILLANOVA □

□

□

OBJETIVOS □

Mejorar el conocimiento de la codificación de datos nutricionales entre los responsables de los informes de alta de nuestro hospital. □

Mejorar la recogida de datos nutricionales en los informes de alta hospitalaria. □

MÉTODO □

Elaboración de un documento de recomendación de la inclusión de los aspectos nutricionales del paciente primero en la historia clínica y finalmente en el informe de alta. □

Difusión del referido documento a todos los elaboradores de informes de alta. □

Desarrollo de una sesión clínica general sobre la gestión del proceso nutricional en la historia clínica del paciente. □

RESULTADOS □

Se valoró retrospectivamente el periodo de 1 Julio de 2012 a 30 de Junio de 2013, para conocer la situación de codificación de la desnutrición antes del proyecto de mejora. Se encontró que los códigos de desnutrición (260 a 263.9) representaban aproximadamente un 0.8% del total de altas hospitalarias en ese periodo (73/9841). □

CONCLUSIONES □

Es necesario la concienciación del clínico hacia la importancia de la desnutrición hospitalaria y su reflejo en el informe de alta, ya que la diferencia entre los resultados encontrados y las cifras reales de desnutrición es muy amplia (0.8 % vs 30 %). El crivado de desnutrición empleado en el hospital refleja unos porcentajes de desnutrición en torno al 25-30 %.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 166 □

Título: COMPROBAR LA COLOCACIÓN DE LA SNG: TEST DE PH □

Autores: ROMEO LAGUARTA AM, VILLAR TURON RAQUEL, FONDEVILA LOPEZ JOSEFINA, EXPOSITO SANCHEZ CARMEN, LANGARITA FERRER MARIA JESUS, VELILLA SANCHEZ MARIA PILAR, MARTIN FERRANDO MARIA VICTORIA, MARTIN MARTINEZ JESUS □

Mesa 1. Aula 1. Planta 1ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos) □

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET □

□

□

OBJETIVOS □

Actualización de la técnica de comprobación de SNG □

Comprobación de la eficacia del test de PH (falsos Positivos). □

Evitar la realización de Rx de torax que no sean necesarias. □

□

MÉTODO □

Población diana: todos los pacientes con disfagia neurógena que precisan la colocación de sonda nasogástrica, un total de 106 casos. □

Realización de la técnica a pie de cama del paciente y recogida de datos. □

Realización de control radiológico en la totalidad de los casos. □

Estudio prospectivo de los datos recogidos durante 2012 y 2013 □

RESULTADOS □

En el 60% de los casos no es posible recoger contenido gástrico. □

En el 10% de los casos el ph esta por debajo de 5'5 lo cual demuestra su adecuada colocación. La realización de Rx de torax demuestra que todas están bien colocadas. □

El otro 30 % tiene un ph por encima de 5'5, de estos, el 80% tienen bien colocada la sng (comprobada por Rx) pero el resultado se ve enmascarado probablemente por la toma de antiácidos. □

CONCLUSIONES □

Queda descartada la técnica de burbugéo por su poca fiabilidad. □

El 10 % de los pacientes no precisa control radiológico gracias a la comprobación con tiras de ph(valores por debajo de 5'5).

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 171

Titulo: HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO: ¿A QUIÉN ATENDEMOS?

Autores: HERRERA BOZZO C, BIBIAN GETINO C, GARCIA ARILLA CALVO E

Mesa 1. Aula 1. Planta 1ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: H NTRA SRA DE GRACIA

OBJETIVOS

Objetivos: Conocer las características de los pacientes que acuden a Hospital de día y evaluación de su recuperación funcional

MÉTODO

Metodología: Estudio descriptivo prospectivo de los pacientes dados de alta desde 1 de

Septiembre 2013 a 31 de enero 2014 en nuestro Hospital de Día Se analizaron variables sociodemográficas, procedencia, motivo de consulta, Situación funcional (I. Barthel), Ganancia funcional (Barthel alta-Barthel ingreso) y en los 3 últimos ítems del Barthel, Trasferencias, Deambulacion, Escaleras (TDE), función cognitiva (SPMSQ de Pfeiffer), polifarmacia, necesidad de evaluación medica durante su estancia, fisioterapia y/o terapia ocupacional, número de sesiones

RESULTADOS

Resultados: 41 pacientes. 58.5% mujeres, edad media 83 años, procedencia 29.3%, ortogeriatría y 24.4% de hospitalización de agudos o convalecencia, motivo de ingreso al programa: Post fractura de cadera 41.5%, deterioro funcional 19.5%, Sin deterioro cognitivo (SPMSQ < 2 errores) 73.2%, Barthel previo > 65, 68.3%, Barthel ingreso < 45, 53.7%; Barthel alta > 65 75.6%, Ganancia funcional = 20 puntos en el 75.6% TDE, 10 puntos; en el 65.95 existe polimedicaion (> 7), necesidad de evaluación medica 92.7%. Realizaron Fisioterapia el 87.8% con una media de 17 sesiones y terapia ocupacional el 100% con una media de 28 sesiones.

CONCLUSIONES

Conclusiones: En el perfil de paciente atendido predomina el derivado desde nuestra propia Area de Hospitalización, con dependencia severa, polimedicaion y sin deterioro cognitivo. La relevancia de la ganancia funcional, aunque moderada, es un indicador de resultados necesario para la evaluación y justificación del programa.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 173

Titulo: EXPERIENCIAS DE EMPODERAMIENTO EN UN HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO

Autores: BONAFONTE MARTELES JL, LOPEZ CALAHORRA MC, RAMOS IBAÑEZ RM, CASTRO VILELA ME, GIMENEZ LOPEZ M

Mesa 1. Aula 1. Planta 1ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: H SAN JUAN DE DIOS

OBJETIVOS

Aportar a los pacientes de la Unidad de Hospital de Día Geriátrico (HDG) unas capacidades y conocimientos necesarios para poder aumentar su autonomía y autocuidado y enfrentarse mejor a las complicaciones sanitarias que pueden aparecer en su día a día.

MÉTODO

Estudio descriptivo prospectivo que ha consistido en la realización de charlas didácticas e informativas de 20 minutos de duración, apoyadas por medios audiovisuales e impartidas por el médico y la enfermera de HDG a los pacientes que asistían a terapia ese día, sobre aspectos fundamentales de la salud, higiene personal y autocuidado. Realización de encuestas y posterior análisis de las mismas, que se les ha pasado a los pacientes previamente a la charla (5 preguntas tipo test con respuesta múltiple sobre el nivel de conocimientos de la materia a tratar ese día) y al finalizar la sesión (las mismas preguntas a los mismos pacientes para valorar la adquisición de conocimientos y 4 preguntas sobre satisfacción general de la charla).

RESULTADOS

Se han evaluado dos meses de trabajo y cuatro sesiones (dos sesiones por mes). Se han seleccionado los pacientes que han asistido y poseían la capacidad para poder comprender la actividad, 41 pacientes. En cuanto a la satisfacción general sobre las charlas, la nota media ha sido de 9,65 sobre 10. La nota media a las diferentes preguntas formuladas ha sido: ¿Me ha parecido interesante el tema?: 9,68. ¿He entendido lo que me han dicho?: 9,43. ¿Lo aprendido me sirve para mi vida diaria?: 9,55. ¿El profesor se ha explicado bien?: 9,93. La comprensión previa sobre las materias obtuvo una puntuación media de 2,47 sobre 5 y la comprensión posterior ascendió hasta una puntuación media de 3,5 sobre 5.

CONCLUSIONES

- 1- La aceptación general de la actividad por parte de los pacientes es muy buena, obteniendo una calificación sobresaliente, por encima del 9 sobre 10 en todos los ítems.
- 2- La adquisición de conocimientos ha quedado patente con la mejoría de más de un punto comparando las pruebas de conocimientos previa y posterior a la charla.
- 3- Hemos comprobado, de forma subjetiva, como desde el comienzo de la actividad, los pacientes se implican más en su autocuidado.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 174 □

Título: LA DESPRESCRIPCIÓN, PARÁMETRO DE EFICIENCIA Y CALIDAD EN UN HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO □

Autores: BONAFONTE MARTELES JL, LOPEZ CALAHORRA MC, RAMOS IBAÑEZ RM, CASTRO VILELA ME, GIMENEZ LOPEZ M □

Mesa 1. Aula 1. Planta 1ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos) □

Centro de trabajo: H SAN JUAN DE DIOS □

□

□

OBJETIVOS □

Describir la tipología de pacientes que acuden al Hospital de Día Geriátrico de nuestro hospital y valorar si la intervención médica en el mismo consigue una reducción significativa de la cantidad de fármacos prescritos. □

MÉTODO □

Se ha realizado un estudio descriptivo prospectivo seleccionando todos los informes de alta de los pacientes que acudieron al HDG entre el mes de Junio de 2013 y Abril de 2014. De estas historias se han recogido los siguientes datos: Edad, sexo, Barthel al ingreso y alta, antecedentes personales, número de fármacos al ingreso y alta, procedencia y datos sociales, MEC al ingreso, número de sesiones, FAC al ingreso y alta, ganancia funcional, diagnóstico principal y riesgo de disfagia. Se han analizado los datos mediante el programa informático SPSS. □

RESULTADOS □

Se analizan un total de 168 pacientes cuya edad media es de 82 años. El 64,9% son mujeres. El 66,7% presentan un índice de Barthel < 55 al ingreso. La procedencia más habitual es el domicilio con un 38,2%. La patología más prevalente en nuestros pacientes es la HTA con un 65,5% seguida de la demencia con un 51,5%. El número medio de sesiones recibidas es de 21,2. La ganancia funcional media respecto al índice de Barthel es de 15,7 puntos. El diagnóstico principal más frecuente es el deterioro del estado general inespecífico con un 39,4%. Presentaban disfagia un 12,1%. Existe diferencia estadísticamente significativa a nivel global entre los fármacos al ingreso 8,5 y al alta 8,2 ($p < 0,01$). Por diagnósticos esta diferencia es significativa en los deterioros del estado general, pasando de 9,11 a 8,72 fármacos ($p < 0,01$). Y por procedencia existe significación en los de la UVSS del HMS con 7,52 al ingreso y 7,13 al alta ($p < 0,05$). Por sexos, también encontramos diferencias significativas tanto en los fármacos al ingreso como al alta, siendo en hombres 9,32 y 8,93, y en mujeres 8,05 y 7,77 respectivamente ($p < 0,05$). □

CONCLUSIONES □

1. Nuestro perfil de paciente es un anciano dependiente, demente, mujer, que procede de domicilio, con polimedicación, pluripatología y con un diagnóstico inicial de deterioro inespecífico del estado general. □
2. La reducción de fármacos es significativa a nivel global, en los que presentan diagnóstico inicial de deterioro del estado general y en los procedentes de la UVSS del HMS. □
3. Los hombres toman más medicación que las mujeres tanto al ingreso como al alta.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 265

Título: VALORACIÓN INTEGRAL Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

Autores: URIOL GOSS V, UTA CE, SIMON LOBERA AB, DE LA CRUZ GARCIA JL, BLANCO TORRECILLA C, DIAMANTI M, PUEYO SALAVERA C, PEREZ MURILLO A

Mesa 1. Aula 1. Planta 1ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: CS LA ALMOZARA

OBJETIVOS

Identificar al paciente crónico complejo (PCC).

Conocer el número de PCC en el centro de salud.

Reevaluar la seguridad clínica farmacológica.

Desarrollar iniciativas de educación para la salud (EpS).

Disminuir el número de ingresos en hospital.

Controlar las altas hospitalarias conjuntamente con la UVSS (unidad de valoración socio sanitaria).

Incrementar la satisfacción del usuario.

Conocer la situación social del PCC.

MÉTODO

Para definir el PCC utilizamos los criterios del proceso del paciente crónico del Sector Zaragoza II

Diseñamos hoja de cálculo para captación del PCC

Valorar en historia clínica, presencia de: polifarmacia, fármacos potencialmente. inadecuados, efectos adversos, duplicidad...

Desarrollar dos talleres de autocuidado en PCC y dos de EpS en sus cuidadores.

Revisar en intranet número de ingresos y de visitas hospitalarias.

Revalorar altas hospitalarias conjuntamente con la UVSS.

Realizar encuesta de satisfacción a PCC y cuidadores.

Presentar programa al equipo de atención primaria.

RESULTADOS

520 pacientes crónicos captados al azar:

4,8% de PCC presentan 4 criterios de FyRDF, de los cuales:

-12% tuvieron >3 ingresos en el último año

- 8% > 5 visitas a urgencias en último año

- 80% < 3 ingresos y < 5 visitas a urgencias

16,9% de PCC presentan 3 criterios de FyRDF de los cuales:

- 3,4% tuvieron >3 ingresos en último año

- 1,1 % con >5 visitas a urgencias en el último año

- 95,5% <3 ingresos y <5 visitas a urgencias

Días/año de valoración en enfermería: 2114, media de 18,7 días/ PCC/ año, 1 consulta / 19,5 días

Días/año de valoración médica : 4259, media de 37,6 días/ PCC /año, 1 consulta /9,7 días.

CONCLUSIONES

Nuestros resultados sobre la prevalencia del PCC coinciden con el 5% de otros estudios realizados en el ámbito sanitario.

El peso de la asistencia de estos pacientes recae primordialmente sobre la Atención Primaria, siendo valorados como media, cada nueve días por el Médico de Familia, y cada dos semanas por enfermería.

Conociendo la complejidad de estos pacientes, su alta comorbilidad, la atención continuada que requieren, nos hace necesario realizar planteamientos específicos para estos pacientes, en los que se hace imprescindible la educación para la salud, en el paciente y en sus cuidadores, que no hemos podido realizar debido a la escasez de recursos físicos, presión asistencial y falta de espacio en nuestro centro.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 266

Titulo: EDUCACION PARA LA SALUD EN PACIENTES CON DM TIPO II

Autores: SIMON LOBERA AB, UTA CE, URIOL GOSS VB, DE LA CRUZ GARCIA JL, DIAMANTI M, BLANCO TORRECILLA C, PEMAN MUÑOZ T, APESTEGUI GARMENDIA A

Mesa 1. Aula 1. Planta 1ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: CS LA ALMOZARA

OBJETIVOS

Valorar la influencia de una intervención educativa con control analítico, exploración física, Cuantificación de tabaco y alcohol, realización de ejercicio físico, ...

Modificar hábitos higiénico-dietéticos

Desarrollar talleres específicos sobre alimentación y ejercicio físico

Apreciar el conocimiento de nuestros pacientes sobre su enfermedad

Conocer su satisfacción

MÉTODO

Se captaron al azar 54 pacientes de nuestro centro, diagnosticados de DM tipo II, no dependientes, menores de 80 años, 23 entre 65-80 años y 24 menores de 65 para asistir a 8 talleres de alimentación, riesgo cardiovascular, seguridad clínico-farmacológica, realizándoles encuesta previa con 10 preguntas de conocimiento sobre su enfermedad y hábitos, y otra posterior con 6 preguntas. La encuesta sobre el conocimiento de la enfermedad, fue valorada como mucho, poco o nada, y el resto de las preguntas con si o no.

RESULTADOS

Pacientes mayores de 65 años, encuesta previa:

El 17% conocen mucho su enfermedad, el 69% poco y el 13% nada.

Habito tabaquico: el 8,6% fuman y el 91,3% no

Actividad física 78% si y 22% no

Alimentación adecuada 56,5% correcta, 39,5% incorrecta 4% no contesta

Encuesta posterior

El 95,6% mejoraron sus conocimientos y 4,4% no

El 86,9% cambiaron sus hábitos y 13,1% no

El 95% satisfechos y 5% insatisfechos

Pacientes menores de 65 años, encuesta previa:

El 29,1% conocen mucho la enfermedad y el 70,9% poco

El 25% fuman y el 75% no

Actividad física 54,17% si el 41,67% no y 4,6 no responde

Alimentación adecuada 58,33% si, 29,17% no y 12,5 no contestan

Encuesta posterior

El 100% mejoraron sus conocimientos

El 91,67% modificaron sus costumbres y 8,33% no

Satisfacción el 100%

CONCLUSIONES

Los talleres de educación para la salud son una buena herramienta de trabajo, porque complementan la educación individual, incrementan la satisfacción de los pacientes y comprobamos que mejora el conocimiento de su enfermedad en mayores de 65 años en 95% del total y en menores de 65 años obtenemos el 100%. Dada la escasez de medios físicos de nuestro centro (aulas, ordenadores,), es imposible la captación de mayor número de pacientes y llevar a cabo nuevos procedimientos a pesar de haber sido realizada la evaluación inicial. En un futuro cercano, debido al traslado al nuevo centro es de esperar que contemos los medios suficientes para completar y ampliar el presente estudio .

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 332 □

Titulo: PROYECTO DE VALORACIÓN DE NIVELES DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA (UMI) □

Autores: GIRON JORCANO G, GARCIA BARRECHEGUREN A, YAGÜE ALVAREZ P, LANGARITA FERRER C, TORRUBIA PEREZ CB, AMORES ARRIAGA B, PEREZ CALVO J □

Mesa 1. Aula 1. Planta 1ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos) □

Centro de trabajo: H CLINICO UNIVERSITARIO □

□

□

OBJETIVOS □

Una gran parte de los pacientes ingresados en el servicio de MI(SMI) son mayores de 78 años, muchos son crónico-dependientes o con pérdidas funcionales irreversibles. Objetivar sus niveles de dependencia al ingreso en una UMI del H. Clínico Universitario (HCU) realizando una valoración prospectiva permitiría conocer, por extensión, necesidades concretas del SMI y la carga específica de trabajo para llevar a cabo una adecuada atención de estos pacientes, así como procurar la intervención precoz en dificultades que pueden surgir tras el alta hospitalaria □

MÉTODO □

Durante 8 meses (noviembre 2012-junio 2013) se han revisado prospectivamente, por parte de Enfermera de Valoración, en las 24h siguientes al ingreso, los pacientes ingresados en UMIC con características de enfermo frágil, crónico-dependiente, con pérdidas funcionales o edad superior a los 78 años. Se aplicaron la escala de Norton modificada para valorar el riesgo de lesiones por presión (LPP), la de Dawton para valoración del riesgo de caídas, la escala de Pfeiffer y la de Barthel para valorar el estado cognitivo y el de la dependencia en las actividades de la vida diaria (AVD) respectivamente. Se tomaron como indicadores del proyecto el porcentaje de pacientes que presentaban Norton ≤ 14, de Downton > 3, Pfeiffer > 6 y Barthel < 35 □

RESULTADOS □

Durante el período se valoraron 266 pacientes. Las medias obtenidas al aplicar las escalas fueron: 12.4 puntos en la de Norton modificada, 4.7 puntos en la de Downton, 3.7 puntos en la escala de Pfeiffer, 24.5 puntos en la de Barthel. El porcentaje de pacientes con Norton ≤ 14 (riesgo medio-alto de desarrollo de LPP) 63,15%, de Downton > 3 (riesgo muy alto de caídas) 87,21%, de Pfeiffer > 6 (deterioro cognitivo moderado-importante) 52,25%, de Barthel < 35 (dependencia grave-total AVD) 63,15% □

CONCLUSIONES □

Un número importante de pacientes ingresados en el SMI del HCU presentan gran deterioro funcional, deterioro cognitivo severo y alto riesgo tanto de tener caídas como de sufrir lesiones por presión, datos objetivados a partir del trabajo de Enfermera de Valoración. □

Estas características de los pacientes del SMI hacen que su atención diaria tenga unas necesidades específicas y suponga un aumento muy importante de la carga de trabajo para el personal que los atiende. Una adecuación de las plantillas sería necesaria para una atención de calidad y para el mantenimiento de la imprescindible motivación del personal. □

Los datos obtenidos pueden ser válidos para otros servicios que atienden a poblaciones con características similares

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 455

Título: NUESTROS PACIENTES DIABÉTICOS HOSPITALIZADOS ¿CÓMO SON? ¿CÓMO ESTÁN? ¿QUE HACEMOS?

Autores: HERRERA BOZZO C, BIBIAN GETINO C, MERINO TABOADA A, CANOVAS PAREJA C, GARCIAARILLA CALVO E

Mesa 1. Aula 1. Planta 1ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: H NTRA SRA DE GRACIA

OBJETIVOS

Analizar las características de una población diabética durante el proceso de hospitalización por cualquier motivo de ingreso.

MÉTODO

Seguimiento durante los primeros siete días de su estancia hospitalario en 2013, de 47 pacientes diabéticos ingresados de forma consecutiva en la Unidad de Hospitalización (Agudos, Convalecencia, Orto geriatría) y en el que se registró información sobre tiempo desde el diagnóstico de diabetes, procedencia, comorbilidad (Charlson y Profund), situación funcional (Barthel), cognitiva (Pfeiffer), nutricional (mini MNA), Índice de masa corporal (IMC), circunferencia de pantorrilla (CP), control glucémico durante la estancia, colesterol, albúmina, Hb glicada, tratamiento antidiabético, tipos de insulinas y antidiabéticos orales (ADOs), dosis media de unidades de insulina, hipoglucemias, necesidad de ajuste de medicación antidiabética al alta

RESULTADOS

De los 47 pacientes, con tiempo de diagnóstico medio de 130 meses, el 70% viven en domicilio, 55% mujeres, Edad media 84 años, Barthel medio 43`7, Pfeiffer medio 4`5, Charlson 6`2, Profund 8`9, IMC 28, CP 31 cm., malnutrición 29%, colesterol medio 157 mg/dl, albúmina media 3`5 mg, FG 66ml/min.

Glucemia media al ingreso 182 mg/dl, Hb glicada media 7% (1`4 desviación estándar). ADOs al ingreso 59%, predominio metformina, insulina 32%, 2/3 basales (preingreso), 45% (alta). Glucemia en ayunas primer día ingreso, 162 mg y al séptimo 187 mg. Dosis media inicial de insulina 22 unidades. Ausencia de hipoglucemias sintomáticas. En el 75% de los casos se ajusto el plan de tratamiento antidiabético previo.

CONCLUSIONES

Comorbilidad alta, dependencia moderada y objetivos de control glucémico aceptables son el perfil de diabético atendido. Al alta de los diabéticos de la muestra estudiada aumenta la prescripción de insulinas basales solas o en combinación con ADOs como ajuste de su plan de tratamiento previo.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 74 □

Titulo: DISMINUCIÓN DE LA MORTALIDAD EN PACIENTES CON SEPSIS GRAVE TRAS LA IMPLEMENTACIÓN DE UN ALGORITMO ELECTRÓNICO □

Autores: FERRERAS AMEZ JM, ASPIROZ C, MARTINEZ R, DORADO P, TIRADO G, MARRON R, EZPELETA A, GARGALLO B □

Mesa 2. Aula 2. Planta 1ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos) □

Centro de trabajo: H ROYO VILLANOVA □

□

□

OBJETIVOS □

Valorar la utilidad de una herramienta informática integrada en el programa de historia clínica de urgencias en el momento del triaje, para detectar de forma precoz a pacientes con sepsis grave (SG), y su posible repercusión en reducir las cifras de mortalidad. □

MÉTODO □

El estudio consta de dos muestras de pacientes, con dos enfoques diferentes: □

1) Muestra denominada "alarmas". Obtenida de forma prospectiva, consta de los pacientes estudiados tras implantar el sistema de alarmas de sepsis en el sistema informático PCH del servicio de Urgencias del Hospital Royo Villanova (HRV). □

□

2) Muestra histórica, denominada "sin alarmas". Obtenida de forma retrospectiva, consta de pacientes atendidos en el servicio de Urgencias del HRV y diagnosticados de SG. Para ello se realizó una búsqueda codificada por diagnóstico (CIE-9). □

Para formar parte del algoritmo del sistema de alarmas se tuvo en cuenta la alteración de una serie de constantes. Presión arterial sistólica <90 mmHg, Taquicardia (FC>90 por minuto). Temperatura: Fiebre (>38° C) o hipotermia (<36°C). Taquipnea (FR > 30/minuto). Hipoxemia (Saturación O2 <90 %). Hiperglucemia >140 mg/dl (en ausencia de haber respondido afirmativamente al apartado de diabetes), así como la presencia de dos circunstancias: la sospecha de infección y la alteración del estado mental. □

RESULTADOS □

El porcentaje de cumplimiento del paquete de tratamiento de la sepsis fue mayor en la muestra de alarmas, comparativamente con la muestra sin alarmas, respectivamente, para los hemocultivos 92,5% frente a 80,9% (p<0,001), antibiótico menor a una hora 65,9% frente a 39,3% (p<0,001), determinación de ácido láctico 90,8% frente 77,9% (p<0,001) y la aplicación de volumen adecuado 59% frente 54,3% (p=0,052). □

La mortalidad durante el ingreso se redujo en términos absolutos del 25% de la muestra sin alarmas al 13,1% en la muestra con alarmas. La supervivencia a los 30 días fue mayor en la muestra de alarmas (Log Rank=0,003). La activación de una alarma de gravedad determinó un riesgo de muerte HR=3,8 [IC95%=1,44-10,07] frente a la de activación de una alerta (p=0,003). □

CONCLUSIONES □

Un sistema electrónico de identificación de pacientes con sepsis permite una mayor precocidad en la actuación, un cumplimiento mejor de las medidas básicas, así como, una disminución de la estancia, la mortalidad y por consiguiente de los costes que genera dicha patología.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 172

Título: CUESTIONARIO STOP-BANG EN EL SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO COMO PREDICTOR DE SEVERIDAD

Autores: MARTIN CARPI MT, GARCIA MARIN S, POLANCO ALONSO D, VIÑADO MAÑES C, MARIN TRIGO JM, CHACON VALLES E, BELLO DRONDA S

Mesa 2. Aula 2. Planta 1ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET

OBJETIVOS

El Síndrome de Apnea-Hipopnea del Sueño (SAHS) es una enfermedad muy prevalente e infradiagnosticada. Se requiere una historia clínica detallada que, muchas veces, está sometida a la subjetividad del paciente y del entrevistador. Para estandarizar la historia clínica se han implementado varios cuestionarios. El cuestionario STOP-Bang (S-B) se ha utilizado como screening en poblaciones. Se ha objetivado una sensibilidad de 87% para identificar pacientes con SAHS moderado-severo y, consecuentemente, necesidad de tratamiento con CPAP. Tiene en cuenta la sintomatología: ronquidos, apneas y somnolencia o cansancio diurno así como determinados parámetros antropométricos, edad, HTA y sexo. Desde la Consulta de Enfermería de la Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño lo hemos aplicado a un número determinado de pacientes para validarlo como predictor de severidad.

MÉTODO

El proceso diagnóstico de esta enfermedad comprende dos fases: Poligrafía cardio-respiratoria domiciliar y, una vez evaluados los datos, titulación durante tres noches con CPAP automática que establece la presión requerida.

Durante 4 meses se han estudiado 152 pacientes, 52 (34,2%) mujeres y 100 (65,8%) hombres, con edad (media±SD) 53,53±13,21 años, remitidos desde consultas de Neumología. A todos ellos se realiza anamnesis y exploraciones detalladas así como el cuestionario de somnolencia de Epworth y cuestionario Stop-Bang.

RESULTADOS

Los datos descriptivos (media ± SD) son los siguientes: IAH (26,14 ±20,70); Epworth (8,85 ± 4,20), IMC (30,31 ± 6,58). De entre todos los pacientes estudiados, se ha diagnosticado SAHS moderado-severo en 100 pacientes (65%). S-B alcanzó Sensibilidad 96%, Especificidad 40% VPP 71% y VPN 76%. Para disminuir la subjetividad de la prueba, hemos aplicado este cuestionario de manera que en el ítem de somnolencia una respuesta afirmativa puntúe cuando el test de Epworth es = 10. Con ello obtenemos una S 87%, E 50% VPP 76% y VPN 66%.

CONCLUSIONES

Con el test de Stop-Bang se puede predecir aquellos pacientes que cumplen indicación de CPAP y serán tributarios de titulación con ella. En la primera consulta permite citar de nuevo al paciente para continuar con el proceso diagnóstico sin crear demoras entre ambas.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 193

Título: ALTA PRECOZ NEONATAL

Autores: BOTAYA ESTAUN A, AZANZA MONTULL C, VERA BELLA C

Mesa 2. Aula 2. Planta 1ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: H SAN JORGE

OBJETIVOS

-Adecuación de la atención sanitaria al tiempo en que vivimos minimizando el tiempo de ingreso.

-Racionalización de recursos materiales y humanos.

-Fomento del agrupamiento familiar.

-Ser acorde a las directrices del Plan Estratégico de Salud de Aragón 2012-2015.

- El Alta Precoz Neonatal se encuentra dentro de una corriente social que propone una vuelta a la naturaleza en los cuidados a los niños

-Acorta la permanencia de la madre en el hospital como acompañante.

MÉTODO

Se han considerado 4 categorías de RN :

-Niños Recién Nacidos normales o de cuidados y patología mínimos que abandonan el hospital después de 48 horas de vida.

- Niños Recién Nacidos normales o de cuidados y patología mínimos que abandonan el hospital antes de 48 horas de vida.

- Niños Recién Nacidos patológicos afectos de patología leve o moderada.

- Niños Recién Nacidos patológicos afectos de patología severa o grave.

El periodo analizado comprende del 1de Julio de 2013 al 30 de Abril de 2014.

Actuaciones.-

-Visita del tercer día o del día siguiente al alta

-Controles tardíos: los controles propios de la patología específica de cada niño además de repetición del despistaje de hipoacusia, repetición de algún tipo de cribado neonatal, test del sudor, para despistaje de mucoviscidosis, profilaxis de VRS con Palivizumab

Registros documentales.-

Historia Clínica de estos pacientes.

Las citas de los pacientes en régimen de Alta hospitalaria neonatal precoz se registran en un libro específico de la unidad neonatal.

Documento de Salud Infantil de la comunidad autónoma.

RESULTADOS

Los datos obtenidos tras contabilizar los RN en nuestro hospital en las distintas categorías que hemos considerado entra Julio 2013 y Abril 2014 han sido los siguientes:

-La estancia media de los RN durante este período ha sido de 4,2 días

-Un 12,35% de los RN volvieron al día siguiente.

Se recibieron 8 RN de otros hospitales.

Se trasladaron 4 RN al hospital de referencia.

2 RN han venido "de viaje de vuelta" .

5 RN han reingresado en el primer mes de vida.

Un 0,7% presentó infección nosocomial durante el ingreso.

CONCLUSIONES

- La disminución de los días de estancia se va reduciendo más en los grupos que no causan ingreso.

-Un 12,35% de los RN realizaron visita al día siguiente.

-Consideramos fundamental para la atención del RN que éste sea visitado al día siguiente.

-Es necesario mantener contacto permanente con AP para conocer si la evolución de estos niños es la adecuada y así poder mejorar este plan.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 195

Título: HEMORRAGIA POSTPARTO EN QUIRÓFANO. EXPERIENCIA EN ENFERMERÍA

Autores: RUBIRA EGIDO A, MARTIN FERRANDO MV, FERNANDEZ GONZALEZ MR, URZAINQUI ZABALZA O, FERNANDEZ HERRERA G, CRESPO SANCHEZ AE

Mesa 2. Aula 2. Planta 1ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET

OBJETIVOS

La hemorragia postparto es una de las complicaciones más temidas que pueden surgir en el puerperio. Actualmente, la mejor atención obstétrica y la mayor disponibilidad y mejor uso de fármacos , han hecho que su incidencia no supere el 5% si bien hay que tener en cuenta que estas cifras corresponden a estadísticas realizadas en países desarrollados . De todos modos sigue siendo una de las principales causas de muerte materna.

El objetivo de este trabajo es dar a conocer el protocolo establecido en nuestra unidad ante esta situación.

MÉTODO

Se realizará un diagnóstico causal lo más prontamente posible y para ello se aplica la regla de las cuatro "T": revisar Tono uterino, incapacidad de útero para contraerse, revisar presencia de restos de tejidos, porciones de la placenta adheridas al útero; traumatismos en el canal del parto, desgarros del tejido y vasos sanguíneos del canal, y trastornos de la coagulación . Siendo la atonía uterina una de las causas de hemorragia mas importantes.

La actuación de enfermería ante esta situación es de suma importancia, actuando en colaboración con todo el equipo en acciones tales como: la monitorización de constantes, colocación vías adicionales, administración de medicamentos, hemoderivados y actuaciones de instrumentación quirúrgica según evolucione la hemorragia.

RESULTADOS

El mejor tratamiento preventivo es la identificación de factores de riesgo y un manejo activo del alumbramiento. Si las medidas preventivas no son eficaces y el sangrado continua se activará el protocolo de hemorragia masiva con todo el equipo multidisciplinar; obstetras, anesthesiólogos, enfermeras y hematólogos para una mejor solución del proceso.

CONCLUSIONES

El tener protocolizado los pasos en la actuación de una hemorragia postparto permite la coordinación y comunicación del equipo multidisciplinar optimizando los recursos y mejorando la eficacia y eficiencia.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 251 □

Título: DETERMINANTES PARA LA ACEPTACIÓN DE LA VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA □

Autores: EZPELETA ASCASO I, BERNAD USON MA, ELIZALDE PEREZ DE CIRIZA MI □

Mesa 2. Aula 2. Planta 1ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos) □

Centro de trabajo: CASAR FRAGA □

□

□

OBJETIVOS □

Tras la pandemia de gripe A del año 2009, observamos que los porcentajes de vacunación en los centros de Atención Especializada descendieron de forma acusada. □

Nos planteamos conocer los motivos para aceptar la vacunación antigripal en los trabajadores de los hospitales de nuestro área, Zaragoza, I en la campaña 2013-2014 □

MÉTODO □

-Estudio transversal descriptivo de las variables de los trabajadores vacunados en la campaña 2013-2014. □

-Aplicación de cuestionario autoadministrado en el momento de la vacunación □

RESULTADOS □

En la campaña 2013 se vacunaron en los hospitales de nuestra área 200 personas (cobertura 10,7%), contestaron el cuestionario 157. El profesional que se vacuna al tiene de 47,89 años de media y 18 años de ejercicio ; Enfermería (22,9%) y Medicina (20,4%) de Servicios Médicos (51,6%). son las categorías que mejor aceptan la vacunación Un 26,5% de las vacunas de administraron en la primera semana de campaña. El 96,8% de los casos se había vacunado anteriormente y el 94,7% tenía información previa . □

Los principales motivos para vacunarse fueron proteger la salud (propia familiares y pacientes). □

CONCLUSIONES □

La vacunación mejora la protección de los trabajadores frente al riesgo de infección y evita que los trabajadores sean fuente de infección. □

El personal de servicios médicos tiene mayor aceptación de la vacuna. La cobertura vacunal es baja, con diferencias por estamento, I siendo Medicina el grupo profesional que más adherencia tiene por la vacuna. □

Es preciso implementar medidas que aumenten su aceptación y cobertura vacunal

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 254 □

Titulo: REINGRESOS HOSPITALARIOS. MEDIDA DE EFECTIVIDAD CLINICA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL □

Autores: CEBOLLADA GRACIA AD, MOZOTA DUARTE J, LOPEZ IBORT N, MATARREDONA PAREJA AM □

Mesa 2. Aula 2. Planta 1ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos) □

Centro de trabajo: H CLINICO UNIVERSITARIO □

□

□

OBJETIVOS □

La tasa de reingresos hospitalarios es un indicador de gran interés en la evaluación de la calidad asistencial, permitiendo posibilidades de mejora. □

□

Los objetivos de este estudio son estimar el porcentaje de reingresos hospitalarios urgentes en los 30 días siguientes al alta. Conocer su estancia media, mortalidad, su distribución por secciones de hospitalización y por Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD). □

MÉTODO □

Estudio observacional descriptivo de los reingresos hospitalarios urgentes y prematuros, considerando como tales a todo ingreso inesperado (urgente), tras un alta previa del mismo paciente en el mismo hospital, en un tiempo máximo de un mes. □

Población de estudio: Altas hospitalarias registradas en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) en el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". □

Fuentes de datos: CMBD - GRD □

Periodo de estudio: un año, de 1 octubre 2012 a 30 septiembre 2013. □

Las variables de estudio fueron: alta de hospitalización, reingreso urgente antes de un mes, periodo en días entre el alta del episodio índice y el reingreso, estancia en días, GRDs según la versión AP-GRD v25.0 y sección hospitalaria responsable del alta. □

El análisis de los datos se realizó con IBM SPSS 20. □

RESULTADOS □

Se registraron 28.236 altas hospitalarias, con una estancia media de 7,6 días y una tasa de mortalidad de 4,3%. □

Se contabilizaron 1.757 reingresos urgentes = 30 días, que supusieron el 6,2 % del total de altas, con una estancia media de 11,04 días y una tasa de mortalidad de 11,38%. □

De los reingresos, el 37,68 % fueron reingresos < 8 días y el 62,32%, reingresos 8-30 días. □

El porcentaje de reingresos en especialidades médicas fue de 8,1% y en especialidades quirúrgicas de 4,1 %. □

Los GRDs del episodio índice con mayor porcentaje de reingresos son obstétricos, como falso trabajo de parto (67,5%) y amenaza de aborto (40%) □

Los GRDs más frecuentes en los reingresos son neumonía, insuficiencia cardíaca y hepatopatías. □

CONCLUSIONES □

Los reingresos inesperados y prematuros suponen un considerable porcentaje de las altas hospitalarias, en ocasiones relacionados con problemas de seguridad. □

Son una oportunidad de mejora para implantar medidas que conduzcan a su disminución. Sería interesante determinar su potencial evitabilidad.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 255

Título: ANÁLISIS DE LOS ACCIDENTES BIOLÓGICOS EN EL ÁREA DE SALUD ZARAGOZA I

Autores: EZPELETA ASCASO I, BERNAD USON MA, PASTOR GIL MP, MARTINEZ ALVAREZ RM, ELIZALDE PEREZ DE CIRIZA MI

Mesa 2. Aula 2. Planta 1ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: H ROYO VILLANOVA

OBJETIVOS

-Conocer las características de los accidentes biológicos acaecidos en el área de salud en 2013.

-Conocer las características de la muestra y condiciones de trabajo.

MÉTODO

-Estudio descriptivo de una cohorte retrospectiva a partir del parte de comunicación de accidente y de encuesta específica.

-Análisis de las variables

RESULTADOS

Durante 2013 hubo 75 accidentes biológicos, el 26,6% en el bloque quirúrgico. La media de edad es de 45 años con 18 años de ejercicio profesional y entre 1-5 años en el puesto de trabajo(48%). Enfermería se accidenta en el 60% de los casos, por pinchazo (73,3%) y con aguja de pequeño calibre 38,6%; con sangre (93,3%) y la lesión localiza en los dedos (70,6%). Un 24% no uso EPI adecuado y tras el accidente en 14 casos utilizaron cáusticos en el manejo de la lesión.

La presencia de material de bioseguridad es del 10,8% de los casos. 9 casos precisaron seguimiento. Un 82% estaban correctamente inmunizados contra hepatitis B.

CONCLUSIONES

La introducción de equipos y dispositivos de bioseguridad debería producir un descenso de accidentes biológicos. Sin embargo por sí sola no es una medida suficiente. Su introducción debe acompañarse del correspondiente entrenamiento y conocimiento previo del uso de los dispositivos.

Además debe optimizarse las medidas tras el accidente biológico en aras a conseguir la eliminación del uso de cáusticos sobre heridas que pueden aumentar la puerta de entrada y facilitar penetración del virus.

Es preciso optimizar las medidas de prevención, la selección y uso adecuado de los equipos de protección adecuados.

Se debe insistir en la inmunización de hepatitis B y aumentar la cobertura

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 327 □

Título: IMPORTANCIA DEL FENÓMENO DE HEMÓLISIS EN LAS DETERMINACIONES ANALÍTICAS E INFLUENCIA SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE □

Autores: GONZALEZ TARANCON R, VELAZQUEZ C, CESAR MA, LASIERRA AB, RELLO L, VENTURA P □

Mesa 2. Aula 2. Planta 1ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos) □

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET □

□

□

OBJETIVOS □

La hemólisis, que representa la principal causa de rechazo de muestras en el laboratorio, se considera un artefacto a tener en cuenta ya que tiene implicaciones analíticas importantes, puesto que afecta a la determinación de varios parámetros. Si esta interferencia excede cierta magnitud, los resultados se verán muy afectados y la interferencia pasa a ser clínicamente relevante. □

Cualquiera que sea la causa, el resultado obtenido no puede considerarse válido y es eliminado, incluyendo el motivo de rechazo y comentario correspondiente (“muestra hemolizada, se recomienda nueva extracción”). □

Esta incidencia impide ofrecer unos resultados de calidad al clínico solicitante, con el consiguiente riesgo para la salud del paciente. Además genera en el paciente malestar por la necesidad de realizar una nueva extracción, nerviosismo por la demora de resultados y tratamiento, e insatisfacción con el servicio sanitario en general. □

□

El objetivo de éste trabajo es valorar la incidencia de hemólisis en las muestras recibidas por el Laboratorio de Bioquímica del HUMS. □

MÉTODO □

Estudio retrospectivo. Se analizan los porcentajes de hemólisis por mes en el periodo de Enero a Diciembre de 2013. Se considera como estándar un porcentaje de hemólisis <5%. □

RESULTADOS □

Para los 81 centros analizados, se obtiene una media anual del 3.99%. Únicamente superan el estándar establecido un consultorio y un Hospital Externo. En las muestras procedentes del HUMS destacan los elevados porcentajes de hemólisis del H. Infantil (10%) y Urgencias (20%). El gasto económico que supone la realización de estas pruebas es de más de 150€/mes (contando únicamente gastos de reactivo). □

CONCLUSIONES □

Las cifras de incidencia de hemólisis son similares a las descritas por otros centros (aprox. 3%) y en cualquier caso, inferiores al 5% considerado como estándar. □

Las extracciones dificultosas del H. Infantil justifican esos porcentajes. La elevada incidencia de hemólisis en Urgencias podría darse por varios motivos que deberían analizarse. Por ello desde nuestro servicio, ofrecemos nuestra colaboración al S. Urgencias para establecer las causas, consecuencias y acciones correctivas para reducir esta interferencia a fin de evitar los problemas mencionados y mejorar el rendimiento analítico.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 349

Título: REPERCUSION DEL AUMENTO DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL ENFERMERA EN UNA UNIDAD DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO (UTRS)

Autores: SOLER ABADIAS RM, GARCIA MARIN S, SAN JUAN SARALEGUI M, MARTINEZ CASAMAYOR C, SORO LORENTE C, LORENTE SERRANO C, GARCIA BUESA S, AGUAVIVA MARCUELLO B

Mesa 2. Aula 2. Planta 1ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: CS ACTUR NORTE

OBJETIVOS

INTRODUCCION

En la UTRS del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS), se realiza una actividad tanto diagnóstica como terapéutica de los trastornos respiratorios del sueño. Los usuarios acceden a la unidad derivados por neumología y/u otorrinolaringología.

Debido al elevado número de solicitudes de pruebas diagnósticas y terapéuticas recibidas y de los recursos disponibles, existe una lista de espera considerable. Se dispone de 6 ACPAP (Presión Positiva Continua de la vía aérea), 3 PCRD (Poligrafía cardiorespiratoria domiciliaria) y 4 pulsioxímetros nocturnos. Encontramos factible aumentar la actividad asistencial enfermera con el fin de optimizar los recursos materiales disponibles y como consecuencia disminuir la lista de espera.

OBJETIVOS

Disminuir la lista de espera

MÉTODO

Diseño de estudio: prospectivo y con intervención.

Sujetos a estudio: 1307 pacientes atendidos en la consulta de enfermería en el periodo comprendido entre abril y octubre de 2013.

Intervención: se aumenta el número de citas, de forma que todos los aparatos estén en uso y se incremente su rendimiento.

Análisis de resultados: número de pruebas realizadas durante el mismo periodo del año 2013 respecto al 2012.

RESULTADOS

ACPAP: se aumentó el número de pruebas realizadas en un 21.5%

PCRD: se aumentó el número de pruebas realizadas en un 13.7%

Pulsioxímetro nocturno: se aumentó el número de pruebas realizadas en un 1.8%

La actividad global aumentó en un 11.5%

CONCLUSIONES

Una buena optimización de recursos repercute positivamente en la lista de espera.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 359

Título: OPTIMIZAR LA GESTION DE RECURSOS MATERIALES EN UNA UNIDAD DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO (UTRS)

Autores: SOLER ABADIAS RM, GARCIA MARIN S, SAN JUAN SARALEGUI M, MARTINEZ CASAMAYOR C, SORO LORENTE C, LORENTE SERRANO C, GARCIA BUESA S, AGUAVIVA MARCUELLO B

Mesa 2. Aula 2. Planta 1ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: CS ACTUR NORTE

OBJETIVOS

En la consulta de enfermería de la UTRS del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) se realiza una actividad diagnóstica y terapéutica de los trastornos respiratorios del sueño. Una vez los pacientes son diagnosticados de Síndrome de Apnea Obstrucciona del Sueño (SAOS), se realiza la prueba terapéutica, que consiste en un ACPAP (Presión Positiva Continua de la vía aérea) domiciliario que permite establecer de forma personalizada la presión en cm de agua necesaria para corregir los trastornos respiratorios del sueño.

Para la realización de dicha prueba es necesario material específico como son las mascarillas nasales. Para ello se utilizaba material desechable de un solo uso. Se planteó la necesidad de cambiar al sistema reutilizable, ya que estas mascarillas son similares a las definitivas y mejoran la adaptación y tolerancia de los sistemas. Esto nos llevó a monitorizar el proceso para poder analizar los costes del mismo.

OBJETIVOS

Mejorar la adaptación y tolerancia a las mascarillas nasales

Disponer de un protocolo de limpieza y desinfección del material reutilizable

Disminuir el gasto sanitario

MÉTODO

Diseño de estudio: estudio prospectivo y con intervención.

Sujetos del estudio: 250 pacientes diagnosticados de SAOS.

Lugar: consulta de enfermería de la UTRS del HUMS

Intervención: Adaptación en la consulta de enfermería de la mascarillas reutilizables, siendo imprescindible la elaboración de un protocolo de limpieza y desinfección de las mismas

Análisis de resultados: Análisis de los costes de las mascarillas desechables

RESULTADOS

Efectividad coste-beneficio. El coste unitario/prueba terapéutica con sistema desechable es de 27,10€. Se facilitó mascarilla reutilizable a 225 pacientes. Al optar por material reutilizable se evitó gastar 6.097€.

Los pacientes manifestaron la comodidad de las mascarillas reutilizables mejorando la satisfacción y la tolerancia.

CONCLUSIONES

La correcta gestión de los recursos materiales disponibles es imprescindible para ofertar un servicio con la máxima calidad. Es importante la disminución del gasto sanitario siempre a expensas de un beneficio para el usuario.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 126

Título: MEDICAMENTOS EN ENSAYOS CLÍNICOS: IMPACTO ECONÓMICO EN EL HOSPITAL

Autores: URIARTE PINTO M, IDOIBE A, BERNABE S, PASCUAL O, AGUSTIN MJ, ESCOLANO A, PEREZ DIEZ C, ABAD MR

Mesa 3. Aula 3. Planta 1ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET

OBJETIVOS

Evaluar el impacto económico en el gasto farmacéutico que ha supuesto la inclusión de pacientes en ensayos clínicos (EC) en un hospital de tercer nivel valorando la aportación de los medicamentos en investigación por parte de los promotores de EC.

MÉTODO

Análisis retrospectivo del importe correspondiente a los medicamentos en investigación utilizados durante 2012 y 2013 proporcionados gratuitamente por los promotores. Fuente de datos: programa informático de gestión de EC, gestión general Farmatools® y memoria de actividad del área de EC. Se utilizó el precio de compra para medicamentos comerciales y el precio propuesto o del tratamiento alternativo estándar correspondiente para los no comercializados. Se cuantificó el importe total y se analizó en función de la unidad investigadora, patología en estudio, medicamento y grupo terapéutico. Análisis estadístico: Epidat versión 3.1.

RESULTADOS

El importe de los medicamentos para EC fue 4.942.380€ y 4.578.191€ en 2012 y 2013, lo que supuso el 7,2% y 6,6% del gasto total de medicamentos del hospital en esos periodos.

Los EC llevados a cabo por los servicios de Oncología y Hematología aportaron durante ambos años el 95% del importe total.

Por patologías destacaron: cáncer de mama (11,1% del total aportado en 2012 y 21,2% en 2013), mielofibrosis (9,6%?17,3%), enfermedad de Gaucher (32,3%?16,6%), melanoma (17,1%?9,6%) y mieloma múltiple (9,6%?8,9%).

Los medicamentos en investigación con mayor impacto fueron: ruxolitinib (9,6%?17,3%), taliglucerasa (29,3%?14,0%), pertuzumab (3,0%?11,6%), vemurafenib (17,1?9,6%) y lenalidomida (6,8%?6,9%).

Por grupos terapéuticos el mayor importe correspondió a los antineoplásicos (52,3%?61,8%), seguido de los tratamientos de sustitución enzimática (33,1%?17,7%) e inmunosupresores (11,4%?14,5%).

Las diferencias observadas y referidas en porcentajes entre los años 2012 y 2013 fueron todas estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

CONCLUSIONES

La aportación de medicamentos en investigación por promotores de EC, además de contribuir a la innovación terapéutica, genera un ahorro relevante en el gasto farmacéutico durante su desarrollo.

En nuestro centro su impacto se aproxima a los 5 millones de euros anuales durante 2012 y 2013, lo que supone el 7,2% y 6,6%, respectivamente, del gasto total de medicamentos; destacando la trascendencia de los fármacos antineoplásicos y de sustitución enzimática.

El cáncer de mama y la mielofibrosis han visto muy aumentado el importe aportado debido al estudio de nuevos fármacos como el pertuzumab o ruxolitinib.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 176 □

Título: LA CRISIS ECONÓMICA: SU INFLUENCIA EN LA ACTIVIDAD DEL ÁREA DE ENSAYOS CLÍNICOS □

Autores: PEREZ DIEZ C, IDOPE A, BERNABE S, URIARTE M, ESCOLANO A, CASTIELLA M, NAVARRO I, PALOMO P □

Mesa 3. Aula 3. Planta 1ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos) □

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET □

□

□

OBJETIVOS □

Análisis de los ensayos clínicos (EC) realizados y de la evolución de la actividad del área de gestión de EC en un hospital de tercer nivel en años de crisis económica. □

MÉTODO □

Estudio retrospectivo de EC en activo durante 2009-2013. Los datos se obtuvieron del programa informático de gestión de EC, protocolos y memorias anuales. Se analizaron para cada año: EC en activo, tipo de EC, unidades investigadoras, actividades de gestión de EC y controles con monitores. Análisis estadístico: SPSS versión 20.0. □

RESULTADOS □

El número de EC aumentó un 50%, de 129 (2009) a 194 (2013), siendo la mayoría de ellos internacionales (63%), controlados (72%) y, de estos, no ciegos un 61%. Los EC de tipo no comercial han aumentado de forma estadísticamente significativa pasando del 28% al 43% ($p=0,0087$). □

Por objetivos, la fase III ha sido mayoritaria decreciendo del 59% al 55%, los fase II han aumentado no significativamente del 25% al 36% ($p=0,0586$), los fase IV han disminuido del 12% al 8% y la fase I se mantiene en un 3%. □

La investigación onco-hematológica duplica la media registrada en España, con una elevada concentración en Oncología: 57% (2009), 57% (2010), 53% (2011), 54% (2012) y 55% (2013), seguida de Hematología: 18%, 21%, 23%, 23% y 22% respectivamente. Antineoplásicos e inmunomoduladores fueron los fármacos experimentales más frecuentes (74%). Se iniciaron una media de 38 EC/año y se cerraron 23. □

El número total de recepciones, dispensaciones y devoluciones de pacientes han aumentado un 127% (de 321 a 728), 103% (de 1932 a 3930) y 180% (de 157 a 440) respectivamente. Las devoluciones al promotor se mantuvieron en 70/año. Se registraron una media de 7 retest/año. 97% de los EC se dispensaron individualmente. Los controles con monitores se incrementaron y concretamente las visitas de monitorización un 91% (de 226 a 431). □

CONCLUSIONES □

A pesar de los recortes en I+D hospitalaria la investigación clínica en nuestro hospital está en alza manteniéndose el tipo de EC realizados: de ámbito internacional, fase III y II, controlados y abiertos. Se ha incrementado la fase II relacionándose con el mayor volumen y calidad de la investigación en el área onco-hematológica. La investigación no comercial se ha incrementado significativamente hasta llegar al 43% en 2013. □

La actividad del área de EC ha aumentado debido tanto al incremento del número de EC activos/año como a su complejidad. Paralelamente se han incrementado los controles efectuados, lo que evidencia una mejora en la calidad del desarrollo de los EC.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 258 □

Título: ESTUDIO DE UTILIZACIÓN E IMPACTO PRESUPUESTARIO DE LA PALIPERIDONA DEPOT □

Autores: FERNANDEZ ALONSO E, ARENERE MENDOZA M, ALCACERA LOPEZ MA, SANCHEZ BERRIEL M, ALLENDE BANDRES MA, MERCHANT ANDREU M, GIMENO GRACIA M, PARDO JARIO MP □

Mesa 3. Aula 3. Planta 1ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos) □

Centro de trabajo: H CLINICO UNIVERSITARIO □

□

□

OBJETIVOS □

Según la resolución de 13 de julio de 2012 que entró en vigor en Aragón en septiembre de 2012, los Servicios de Farmacia Hospitalaria deben hacerse cargo de la dispensación de paliperidona depot a Centros de Atención Especializada y Centros de Salud. El objetivo del presente trabajo es realizar un análisis de la utilización de paliperidona depot en nuestro sector sanitario, así como de su impacto presupuestario. □

MÉTODO □

Estudio observacional retrospectivo de utilización de paliperidona depot durante 8 meses. Los datos proceden de la dispensación efectuada por los 2 hospitales del sector sanitario que atiende a 293.892 habitantes. □

Variables analizadas: edad, sexo, unidad prescriptora, motivo de prescripción, unidad de dispensación, dosis y variación de ésta si tuvo lugar y unidades dispensadas. Se calcularon las diferencias de costes según su dispensación en oficina de farmacia o desde el Servicio de Farmacia Hospitalaria. □

RESULTADOS □

Los servicios de Farmacia dispensaron Paliperidona depot a 113 pacientes. La media de edad fue de 42 años y el 59,3% (n=67) hombres. En el 54,9% (n=62) de los pacientes fue por continuación de tratamiento previo a la entrada en vigor de la orden. Los motivos de inicio fueron: fracaso al tratamiento con risperidona depot 58,8% (n=30), intolerancia a risperidona 21,6% (n=11) y fallo hepático 19,6% (n=10). El 75,2% (n=85) de prescripciones procedía de las consultas de psiquiatría, el 11,5% (n=13) de la unidad de agudos de psiquiatría, el 5,3% (n=6) de la unidad de larga estancia, el 4,4% (n=5) de la unidad de media estancia y el 3,5% (n=4) de hospital de día de psiquiatría. El 27,4% (n=31) de prescripciones se derivaron a Centros de Salud para su administración. Las dosis de paliperidona depot mensuales fueron: 100 mg 45,1% (n=51), 75 mg 28,3% (n=32), 150 mg 20,4% (n=23), 50 mg 5,3% (n=6), 200 mg 0,9% (n=1). Un 85,6% no modificó su dosis de mantenimiento, en un 9,0% se aumentó la dosis, en un 3,6% se disminuyó y un 1,8% aumentó y disminuyó. El impacto presupuestario de la dispensación de 463 viales fue de 149.813,07 € suponiendo un ahorro de 36.510,32 € con respecto a la dispensación desde oficinas de farmacia. □

CONCLUSIONES □

1. El principal motivo de inicio fue el fracaso al tratamiento con risperidona depot (58,8%). □
2. La dispensación a Consultas de Psiquiatría y Centros de Salud ha supuesto un incremento en la carga asistencial de los Servicios de Farmacia en beneficio del paciente y del Sistema Sanitario de Salud por el ahorro producido de 36.510,32 € en 8 meses.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 264 □

Título: DOSIFICACIÓN DE RIVAROXABAN SEGÚN DISTINTAS FÓRMULAS DE ESTIMACIÓN DE LA TASA DE FILTRACIÓN GLOMERULAR □

Autores: REBOLLAR TORRES E, MOLINER C, RUIZ DE GOPEGUI M, ANDRES I □

Mesa 3. Aula 3. Planta 1ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos) □

Centro de trabajo: H NTRA SRA DE GRACIA □

□

□

OBJETIVOS □

Estudiar la variabilidad del filtrado glomerular (FG) estimado según distintas fórmulas utilizadas para su cálculo y su repercusión en el ajuste posológico de rivaroxaban (Rvx) en pacientes con insuficiencia renal (IR). □

MÉTODO □

Estudio descriptivo prospectivo (octubre 2012-marzo 2013). Muestra: pacientes con fibrilación auricular tratados con Rvx. El Servicio de Farmacia (SF) realiza el seguimiento de creatinina sérica (Cr). Se recogen datos de edad, sexo, urea, albúmina y MDRD-4 (Modification of Diet in Renal Disease). Se calcula el aclaramiento de Cr (CICr ml/min/1,73m²) con Cockcroft-Gault (CG), MDRD-6 y CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration). Según el laboratorio investigador, la administración de Rvx está contraindicada si CICr < 15 ml/min, y requiere ajuste posológico si CICr 15-50 ml/min (fórmula de CG). □

RESULTADOS □

- Se incluyen 28 pacientes (75% mujeres), edad media 85,54 años y Cr 1,1±0,5 mg/dL. De ellos, 17 (60,71%) inician el tratamiento en el hospital, tras ser tratados con acenocumarol (8), AAS (4) y clopidogrel (2). □
- En ningún caso está contraindicado el uso de Rvx. Se obtiene CICr < 30 ml/min en 6 pacientes (21,43%) con CG, 4 (14,29%) con MDRD-4 y 5 (17,86%) con MDRD-6 y CKD-EPI. Esto supone un 33,33% menos ajustes posológicos al utilizar MDRD-4 y un 16,7% menos con MDRD-6 y CKD-EPI, comparado con CG. Los 13 pacientes con CICr entre 30-50 ml/min (CG) requieren ajuste, 4 con MDRD-4, en 5 con MDRD-6 y en 6 con CKD-EPI. □
- Rvx 20 mg se utiliza en 8 pacientes (28,57%), siendo inadecuada en 5 (62,5%) con CG, en 1 con MDRD 4-6 (sobredosificación en el 50% de los pacientes al utilizar estas dos fórmulas) y en 2 con CKD-EPI (sobredosificación en el 37,5 %). En los 20 pacientes restantes (71,43%), se administran 15 mg. Según el CICr, con CG la dosis fue correcta en 14 (70%), en 7 (35%) con MDRD-4 y en 9 (45%) según MDRD-6 y CKD-EPI. Estos datos indican infradosificación en 6 casos con CG, en 13 con MDRD-4 y en 11 con MDRD-6 y CKD-EPI. □

CONCLUSIONES □

- La fórmula de cálculo de FG tiene una importante repercusión en la correcta dosificación de Rvx. □
- Desde el SF, se aporta el dato de FG con CG, fórmula empleada en los ensayos clínicos que determinan el ajuste posológico de ficha técnica. □
- Con esta actuación se aporta mayor información al proceso de prescripción y se proporciona calidad y seguridad en la utilización de Rvx, cuyos efectos adversos por una dosificación incorrecta pueden ser graves e irreversibles.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 309

Título: AJUSTE POSOLÓGICO DE AMOXICILINA/CLAVULANICO Y LEVOFLOXACINO EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON FUNCIÓN RENAL ALTERADA

Autores: ANDRES ARRIBAS I, REBOLLAR E, MOLINER C, RUIZ DE GOPEGUI M, REBOLLAR E

Mesa 3. Aula 3. Planta 1ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: H NTRA SRA DE GRACIA

OBJETIVOS

Mejorar la calidad y la seguridad en la utilización de antibióticos de elevada prescripción en un servicio de geriatría (SG) a través del seguimiento de la función renal.

MÉTODO

Estudio descriptivo prospectivo (noviembre 2012-marzo de 2013). Se realiza el seguimiento de la función renal de pacientes tratados con amoxicilina/clavulánico (AC) y levofloxacino (L). Se recoge el dato de creatinina sérica (Cr) y de filtrado glomerular (FG) calculado con la fórmula MDRD -4 (Modification of Diet in Renal Disease). Se calcula el aclaramiento de Cr (CICr) con la fórmula de Cockcroft-Gault (CG) y Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI). Los datos de FG se expresan en ml/min/1,73m². Se siguen las recomendaciones de la ficha técnica: AC, si CICr < 30 ml/min: 500 mg/12 horas; y L: si CICr entre 20-50 ml/min: primera dosis la usual y posteriores reducir a la mitad, si CICr < 20 ml/min, seguir con 125 mg/24 h (si primera dosis 500mg).

RESULTADOS

Con AC se incluyen 122 pacientes (59,8% mujeres), edad media 85,7 años. Requieren ajuste de dosis 20 pacientes (16,39%) si utilizamos la fórmula de CG, 11 (9%) con MDRD-4 y 12 (9,8%) con CKD-EPI. Se realizan, por tanto, un 45% menos ajustes utilizando MDRD-4 y un 40% menos con CKD-EPI comparado con CG.

Con L se incluyen 81 pacientes (67,9% mujeres), edad media 86,5 años. Necesitan ajuste de dosis por CICr 20-50 ml/min: 44 pacientes (54,33%) con CG, 28 (34,6%) con MDRD-4 y 28 (34,6%) con CKD-EPI; es decir, se interviene en 16 pacientes menos, realizando un 36,36% menos ajustes posológicos con MDRD-4 y CKD-EPI respecto a CG. Para valores de CICr < 20 ml/min, requieren ajuste 6 pacientes (1,2 %) con la fórmula CG, 3 (3,7 %) con MDRD-4 y 5 (6,2 %) con CKD-EPI. En este caso, el ajuste se realiza en un 50% menos de pacientes y en un 16,67% menos, utilizando MDRD-4 y CKD-EPI, respectivamente.

CONCLUSIONES

- Existen importantes diferencias en el valor de CICr según la fórmula utilizada, lo que repercute en el ajuste posológico y en el uso eficiente de Amoxicilina-clavulánico y Levofloxacino.
- Puesto que en la práctica clínica habitual es frecuente la utilización de MDRD-4 y las recomendaciones posológicas de ficha técnica se rigen por CICr calculados con CG, convendría advertir la posible sobredosificación en geriatría.
- Desde el servicio de farmacia, y con el fin de aportar mayor calidad al ajuste de dosis de fármacos, se aporta el valor de CICr calculado con CG, utilizando como soporte el programa de prescripción electrónica.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 310

Título: SEGUIMIENTO DE ERRORES ASOCIADOS A LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA MEDIANTE INDICADORES DE CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN

Autores: GIMENO GRACIA M, ALLENDE MA, ESCOLAR T, SAENZ D, SANCHEZ M, FERNANDEZ E, AMORES B, SALVADOR T

Mesa 3. Aula 3. Planta 1ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: H CLINICO UNIVERSITARIO

OBJETIVOS

Optimizar la calidad del proceso farmacoterapéutico en un sistema de prescripción electrónica asistida. Analizar las recomendaciones farmacéuticas (RF) realizadas durante la validación de las prescripciones médicas en particular aquellos errores asociados al uso de tecnologías sanitarias también conocidos como e-iatrogenia y desarrollar indicadores de calidad para medir los beneficios clínicos de las intervenciones farmacéuticas en los pacientes.

MÉTODO

Estudio prospectivo observacional de las recomendaciones farmacéuticas realizadas en un sistema de prescripción electrónica asistida durante el año 2013. Las discrepancias observadas por el farmacéutico en el tratamiento de un paciente, se comunicaban por escrito al médico responsable, a través del sistema informático, registrando posteriormente la respuesta obtenida. Las RF se clasificaron en 3 tipos: RF de conciliación, RF asociadas a la e-iatrogenia y otras RF identificadas durante la hospitalización. Se propusieron dos indicadores desde la Comisión de Seguridad y Mortalidad del hospital, para monitorizar lo expuesto, con una periodicidad trimestral: 1) proporción de RF por ingreso, 2) tasa de cambios realizados en el tratamiento de las RF. Además, se monitorizó las RF asociadas a la e-iatrogenia trimestralmente, ya que se fueron implantando medidas correctoras a lo largo del año.

RESULTADOS

Se produjeron 8.272 ingresos, de los cuales se realizaron 1.632 RF en el tratamiento de 1.208 pacientes (0,2 RF/ingreso): 13,7% RF de conciliación, 9,7% RF asociadas a e-iatrogenia y 76,7% otras RF durante el ingreso de las que 473 fueron por sustituciones de medicamentos por sus equivalentes terapéuticos. La tasa de aceptación de las RF por los servicios médicos fue del 89,5%. El porcentaje de RF asociadas a la e-iatrogenia respecto al total, por trimestres fue de 10%, 15%, 4% y 9%.

CONCLUSIONES

Con la implantación de prescripción electrónica asistida pueden aparecer nuevos errores asociados al manejo de la misma que podrían concluir en acontecimientos adversos hospitalarios y que son prevenibles, por lo que parece imprescindible establecer un sistema estandarizado que permita su seguimiento. La implantación de los indicadores de calidad de atención farmacéutica ha permitido evaluar la significación clínica y el grado de aceptación de las intervenciones farmacéuticas realizadas, de lo que se deduce que la presencia del farmacéutico produce ventajas indiscutibles en relación a la seguridad del paciente

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 324 □

Titulo: SATISFACCIÓN DEL PERSONAL FACULTATIVO Y DE ENFERMERÍA CON EL SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA □

Autores: ESCOLANO PUEYO A, CARCELEN J, CASAJUS P, REAL JM, NAVARRO I, LARRODE I □

Mesa 3. Aula 3. Planta 1ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos) □

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET □

□

□

OBJETIVOS □

Evaluar la satisfacción del personal facultativo(PF) y de enfermería(DUE) con la Prescripción Electrónica Asistida(PEA). □

MÉTODO □

Estudio observacional, 18 meses tras la implantación de PEA en 250 camas de hospitalización. Información obtenida mediante encuestas anónimas. Dos encuestas diferentes para PF y DUE, constanding de 9 y 10 preguntas cerradas respectivamente(8 comunes). Opinión valorada puntuando de 1 a 5(muy insatisfecho-muy satisfecho) sobre accesibilidad a la información, rapidez, seguridad, coordinación entre profesionales, colaboración de farmacia resolviendo incidentes y grado de satisfacción general. Exclusiva para PF: facilidad de prescripción, exclusivas para DUE: legibilidad y seguridad en registro de administración. Pregunta dicotómica: recomendación de implantación de PEA en otras unidades y 3 preguntas abiertas: ventajas, inconvenientes y sugerencias de mejora. □

RESULTADOS □

Cumplimentadas 76 encuestas(27 PF y 49 DUE) de 160 (56 a facultativos y 104 a DUE) distribuidas. Puntuación media obtenida por DUE y PF respectivamente: acceso a la información de los medicamentos: 3,8 y 3,9 puntos; Acceso a información del paciente: 4 puntos ambos; Proceso terapéutico más rápido: 3,6 y 2,7; Menos errores de medicación: 3,7 y 4; Mejora coordinación entre profesionales: 3,6 y 3,7; Disponibilidad del servicio de farmacia a la hora de resolver problemas: 3,7 y 4,4; ¿Es mejor la PEA que el proceso manual?: 4,1 y 3,6; Grado de satisfacción general: 3,8 y 3,4; Recomendación de implantar PEA en otras unidades, contestaron afirmativamente DUE 81,6% y PF 74,1%; Exclusiva de PF: facilidad de prescripción: 3,3; Exclusiva de DUE: legibilidad del registro de administración: 4,1 y seguridad del registro de administración: 3,8 puntos. □

Mejoras que aporta PEA, según DUE: menos errores y ahorro de tiempo en la transcripción-interpretación de orden médica, legibilidad; Según PF: seguridad y claridad al prescribir, acceso al historial farmacológico. Principales inconvenientes: Según DUE: letra pequeña, gasto de papel y horarios de medicaciones; Según PF: dificultad para encontrar fármacos y aumento del tiempo de la prescripción. Sugerencias: Por DUE: modificar los horarios por la unidad de enfermería, registro de administración electrónico y formar más al PF. Por PF: mayor formación en el programa, implantar programa más simple. □

CONCLUSIONES □

Manifestado un elevado grado de satisfacción con PEA. Acciones de mejora: realizar el registro informatizado de la administración y disminuir el tiempo de prescripción del PF, mejorando la formación de los mismos.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 329 □

Titulo: **CONTRIBUCIÓN DEL FARMACÉUTICO A UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE MEDICINA INTERNA PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE INGRESADO** □

Autores: ALLENDE BANDRES MA, RUIZ FJ, GIMENO M, ESCOLAR T, ARENERE M, ALCACERA MA, SALVADOR T, PEREZ JI □

Mesa 3. Aula 3. Planta 1ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos) □

Centro de trabajo: H CLINICO UNIVERSITARIO □

□

□

OBJETIVOS □

Analizar las recomendaciones realizadas por un farmacéutico (RF) en una planta de Medicina Interna para identificar oportunidades de mejora farmacoterapéutica. □

MÉTODO □

El Servicio de Medicina Interna cuenta con un farmacéutico de enlace que trabaja integrado en el equipo asistencial. Se realizó un estudio retrospectivo de las RF realizadas durante el año 2013. Diariamente el farmacéutico validó las órdenes médicas y realizó recomendaciones via oral o escrita a través del programa de prescripción electrónica asistida (PEA) de unidosis. Se consideraron aceptadas las que implicaron una modificación en las órdenes de tratamiento. Se clasificaron según su impacto terapéutico: eficacia, seguridad y eficiencia y según el tipo de RF realizada □

RESULTADOS □

Se revisaron los tratamientos de 1.895 ingresos realizando un total de 664 RF (1 RF por cada 3 ingresos) con un grado de aceptación del 87%. Respecto al impacto de la recomendación, el 50% estuvieron relacionadas con la seguridad, 30% con la eficacia, el 20% con la eficiencia. Las RF más frecuentes fueron: 30% relacionadas con la conciliación del tratamiento domiciliario, el 28% por cambio de un medicamento que no pertenece a la guía del hospital por otro disponible en la guía, el 13% sobre la posología del fármaco, un 9% por errores relacionados con el manejo de la aplicación informática (e iatrogenia), un 5% relacionados con la forma de administración de los fármacos, entre otros. En colaboración con el Servicio de Medicina Interna se introdujeron acciones de mejora en la PEA. Éstas fueron: introducción de protocolos, introducción de alertas de la Agencia Española del Medicamento, avisos para promover la terapia secuencial de antibióticos, identificación de fármacos que requieren ajuste renal e inclusión de alertas dosis máximas de fármacos □

CONCLUSIONES □

1. El farmacéutico emitió recomendaciones a través de la PEA en el 30 % de los ingresos con un alto grado de aceptación por parte de los médicos prescriptores. □
2. Con la implantación de sistemas electrónicos pueden aparecer nuevos errores asociados a su manejo que podrían concluir en acontecimientos adversos hospitalarios. □
3. El registro y revisión de las recomendaciones ha propiciado la puesta en marcha de acciones de mejora a través de la colaboración del Servicio de Medicina Interna y el de Farmacia para aumentar la calidad, la seguridad y la eficiencia en la atención farmacoterapéutica de los pacientes

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 331 □

Título: DOSIS DEVUELTAS PRE-POSTINSTAURACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA EN LA DISTRIBUCIÓN DE FÁRMACOS EN DOSIS UNITARIAS □

Autores: ESCOLANO PUEYO A, ARRIETA R, CARCELEN J, CASTIELLA M, PEREZ C, PASCUAL O □

Mesa 3. Aula 3. Planta 1ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos) □

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET □

□

□

OBJETIVOS □

Evaluar la calidad del sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias (SDMDU) mediante la cuantificación y análisis de las dosis devueltas en los carros de medicación pre y postinstauración de la prescripción electrónica asistida (PEA). □

MÉTODO □

Estudio observacional, prospectivo y comparativo del nº de dosis de medicamentos devueltos y sus causas en los carros de medicación de 6 unidades con SDMDU (250 camas) y PEA en el Hospital Universitario Miguel Servet. Periodo estudio 2007: 1-14 febrero y 2014: 1-7 febrero. Unidades analizadas: psiquiatría, neurología, digestivo, neumología, medicina interna y enfermedades infecciosas. Fuente de datos: listados de dispensación/devolución de dosis unitarias obtenidos del programa informático Farmatools®. □

RESULTADOS □

En el periodo de tiempo estudiado se dispensaron un total de 27392 y 21345 dosis unitarias en los años 2008 y 2014 respectivamente y fueron devueltas 4207 y 2040 dosis, porcentaje de devolución: 15,6 % y 9,6 % respectivamente. Porcentajes de devolución por plantas en los años 2008 y 2014 respectivamente: psiquiatría: 7.3% y 6.6%, neurología: 15.7% y 10.2%, digestivo: 21.2% y 13.5%, neumología: 12.2% y 4.8%, 10ª medicina interna (MI): no evaluado y 14.6%, 11ª MI: 18.3% y 7.9% y enfermedades infecciosas: 13,4% y 5,3%. Las causas de devolución en los años 2008 y 2014 respectivamente: PRN: 40,5% y 45,5%, no justificadas: 32,3% y 24,2%, alta: 17,2% y 20,3%, cambio de tratamiento: 8,0% y 7,1% y otros: 2% y 2,9%. Principios activos más comúnmente devueltos en 2008 y 2014: paracetamol: 10,5% y 15,5%, metoclopramida: 12,1% y 10,6%, metamizol 10,7 % y 5,5%, movicol: no evaluado y 5,1%, lorazepam: no evaluado y 3%, ipratropio: 6,5 y 2,3%, tramadol: 5,9 y 2,2% y furosemida: 4,3 y 2,1%. □

CONCLUSIONES □

La PEA ha reducido las dosis de medicamentos devueltas en las unidades con SDMDU en un 38%, lo que implica una menor utilización de recursos para su gestión. □

Los medicamentos condicionados al estado clínico del paciente (PRN) siguen siendo los más devueltos, hecho acorde con los principios activos implicados en las devoluciones. □

Las devoluciones incrementan el trabajo del servicio de farmacia, por lo que es preciso valorar la idoneidad del envío diario de estos medicamentos frente a su disponibilidad en stock de planta. □

Se ha reducido el porcentaje de las devoluciones no justificadas un 25,1%, pero es necesario analizar con mayor profundidad estos motivos ya que pueden ser indicadores de falta de cumplimiento y de seguridad en la utilización de medicamentos.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 360

Título: ANÁLISIS DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN LA CADENA FARMACOTERAPÉUTICA EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS (ZARAGOZA)

Autores: RAMOS IBAÑEZ RM, BONAFONTE MARTELES JL, CASTRO VILELA ME, GIMENEZ LOPEZ M

Mesa 3. Aula 3. Planta 1ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: H SAN JUAN DE DIOS

OBJETIVOS

Identificar errores de medicación en las etapas de la cadena farmacoterapéutica en relación con fármacos administrados vía oral, sonda nasogástrica y gastrostomía.

MÉTODO

Estudio observacional descriptivo transversal. Se realiza 3 cortes elegidos de forma aleatoria en tres días diferentes. Cada día se analiza uno de los turnos de desayuno, comida o cena, observando los errores producidos y sus consecuencias en la prescripción, transcripción, dispensación y seguimiento de toma del fármaco por el paciente.

En el seguimiento se consideró un subgrupo de fármacos con seguimiento particular: efervescentes, necesidad de dilución o preparación específica.

El día del corte se analizó el 25% de los pacientes ingresados, excepto Unidad de Paliativos.

RESULTADOS

Total de pacientes analizados cada día de muestreo: 74. Edad media: 76,84. 53,96% varones. 2 pacientes presentaban vía de administración por sonda nasogástrica y 3 gastrostomía.

Desayuno: media de fármacos por paciente 4,1. 2 errores (2,56%) en prescripción por vía de administración errónea (oral en lugar de sonda nasogástrica). En transcripción: 3 errores (3,84%), todos causa error en el programa informático.

Seguimiento: 2 errores (2,56%); todos ellos fármacos de seguimiento específico. 100% errores sin lesión.

Comida: media de fármacos por paciente 2,2. No se han observado errores en prescripción. 6 errores (10,90%) en transcripción, consecuencia de error en programa informático. Dispensación: 3 errores (5,45%). Seguimiento: 3 errores (5,45%), todos ellos fármacos de seguimiento específico. 100% errores sin lesión.

Cena: media de fármacos por paciente 3. No se han producido errores en prescripción y dispensación. Transcripción: 1 error (1,66%) en transcripción con origen en programa informático. Seguimiento: 2 errores (3,33%), todos ellos fármacos de seguimiento específico. 100% errores sin lesión.

CONCLUSIONES

- Mejorar la prescripción en pacientes con administración por sonda nasogástrica.
- Necesidad de revisar programa informático.
- Por las características especiales del paciente atendido se plantea necesidad de mejorar el seguimiento en la toma de fármacos, en especial aquellos con toma específica.
- En los errores observados el nivel de gravedad es mínimo, ya que todos han sido errores sin lesión y la mayoría de ellos corregidos antes de llegar al paciente.
- Ante los resultados obtenidos se plantea ampliar el estudio para mejora de la seguridad en la cadena farmacoterapéutica.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 62

Titulo: MEJORA EN EL USO DE GUANTES EN ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR BARBASTRO/HUESCA

Autores: BARBA LATAS V, FERNANDEZ LOPEZ L, HIJOS LARRAZ L, MONCLUS MURO A, BADIA PLAYAN C

Mesa 4. Aula 4. Planta 1ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: UNIDAD DOCENTE MF Y C HU

OBJETIVOS

- Mejorar la seguridad del paciente
- Disminuir la variabilidad por parte del personal de enfermería en el uso de guantes y facilitar su elección
- Evitar infecciones asociadas a la mala elección del guante y los costes derivados
- Utilizar los recursos de forma eficiente, adecuando el guante a cada situación concreta

MÉTODO

-Tipo de estudio: Descriptivo, observacional, transversal.

-Población a estudio: Personal de enfermería AP sector Barbastro/Huesca.

-Recogida de datos: Encuesta datos generales y demográficos (5 ítems), específicos sobre uso de guantes (29 ítems) y una pregunta abierta. Se clasifican los datos según el tipo de técnica recomendación: estéril/no estéril/ no uso de guantes/ no consenso

-Variables:

- Esterilidad
- Material del guante

RESULTADOS

La muestra es de 88 profesionales de enfermería de edad media de 46.17 (9.73) años con una experiencia de 22.64 (9.64). El 80% son de sexo femenino y el 67,95% trabajan en el medio rural. El 8,5 manifiestan ser alérgicos al látex.

Ante las técnicas recomendadas como estéril se usan guantes estériles en el 41,06% y en las no estériles se usan los guantes apropiados en el 81,03%. Cuando no está indicado el uso de guantes, se usan en un 24,22% de los casos (no estériles en el 23,05%). En aquellas técnicas que no hay un consenso en los protocolos, los guantes más usados son los no estériles en un 70,30% de los casos.

Entre los guantes estériles utilizados correctamente se encuentran los de látex en el 75,25%. En las técnicas no estériles se utilizan preferentemente guantes de vinilo (35,57%) y látex (32,26%). Cuando no se recomienda el uso de guantes los mayoritariamente usados son los de vinilo (64,41%)

Entre los comentarios recogidos destacan los problemas de suministro de material, problemas de calidad de los guantes y las preferencias al látex y al nitrilo por parte de los profesionales.

CONCLUSIONES

Con los datos anteriores se identifica la falta de acuerdo sobre el uso de guantes y la variabilidad que existe en la práctica diaria. Se identifica también ineficiencia en el uso del material. Ante esta área de mejora se debe proponer:

- Elaborar un protocolo de uso basado en la evidencia científica actual
- Elaborar una guía de bolsillo
- Formación para el personal: sesiones clínicas
- Inclusión de las recomendaciones en la Intranet del Sector
- Envío del protocolo por e-mail para su difusión
- Implantación progresiva en varios centros de salud
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 148

Título: MODELO ESCALONADO DE CAPACITACION EN LA PRACTICA LAPAROSCOPICA DE LOS PROFESIONALES MEDICOS DEL SALUD

Autores: BORQUE FERNANDO A, LOU MERCADE AC, GARCIA DE JALON MARTINEZ A, SANCHEZ ZALABARDO JM, GONZALEZ RAMOS P, CANTIN BLAZQUEZ S, PASTOR OLIVER C, GIL SANZ MJ

Mesa 4. Aula 4. Planta 1ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET

OBJETIVOS

La cirugía laparoscópica es una realidad asistencial en el SALUD. Afecta a diferentes especialidades y a hospitales terciarios y periféricos. Su realización es compleja y de difícil capacitación. El progresivo hábito en su realización permite generalizarla, maximizar resultados y seguridad, y acometer procedimientos más complejos.

Tras una trayectoria laparoscópica y formativa de más de 25 años, un equipo multidisciplinar diseñamos en 2010 un itinerario formativo consolidado desde 2012 y que sometemos a consideración de nuestros gestores en Calidad y Formación. Entendemos que su implementación entre especialistas en formación y en activo mejora su capacitación, aumenta cuantitativa y cualitativamente indicaciones en hospitales terciarios y periféricos, y acerca a nuestros clientes en salud a sus beneficios independientemente de su lugar de residencia

MÉTODO

Itinerario formativo en cirugía experimental laparoscópica con 5 niveles de complejidad creciente. Centro de Investigación Biomédica de Aragón, Unidad Cirugía Experimental (Instituto Aragonés de C. de la Salud):

- Nivel 1: Curso Básico en Pelvitainer de Introducción a la Laparoscopia. 27 horas. 5 créditos. Iniciación, curso en pelvitainer para cirujanos noveles en laparoscopia.
- Nivel 2: Curso Básico en Cirugía Laparoscópica. Colectectomía. Nefrectomía. Histerectomía. 30 horas. 3,8 créditos. Iniciación, curso en animal de experimentación, técnicas básicas.
- Nivel 3: Curso de Adiestramiento Práctico en Cirugía Laparoscópica Urológica: Gabriel Valdivia. 20 horas. 3 créditos. Consolidación, destrezas laparoscópicas. Retroperitoneoscopia y pieloplastia laparoscópicas.
- Nivel 4: Curso Avanzado de Tecnificación en Sutura Laparoscópica. 30 horas. 5,4 créditos. Avanzado, sutura laparoscópica. Nefrectomías parciales y anastomosis vésico-uretral.
- Nivel 5: Curso Avanzado de Complicaciones Laparoscópicas. Su resolución intracorpórea. 24 horas. 5,4 créditos. Avanzado, 4 módulos: complicaciones digestivas, vasculares, urológicas, y miscelánea

RESULTADOS

165 alumnos de dentro y fuera de nuestra Comunidad y distintas especialidades han participado. Más de 600 horas docentes. Nota media 4,89 sobre 5.

Los cursos de contenido transversal (niveles 1, 2 y 5) son los más demandados

CONCLUSIONES

Un estructurado itinerario formativo de complejidad creciente es factible, está implantado, y goza de gran aceptación por alumnado y profesorado.

Sería altamente deseable su difusión, promoción e implementación entre los profesionales sanitarios de Aragón, SALUD; así como favorecer la participación del profesorado

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 192

Titulo: OPTIMIZACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN Y UTILIZACIÓN DE O2 EN CONCENTRADOR PORTÁTIL

Autores: MARTIN CARPI MT, BELLOSTA ZAPATA A, MARTINEZ FERNANDEZ E, SORIANO ANGULO M, GASCON PELEGRIN JM, GARCIA SAEZ S, CHACON VALLES E, BELLO DRONDA S

Mesa 4. Aula 4. Planta 1ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET

OBJETIVOS

Identificar a pacientes tributarios de concentrador de O2 portátil atendiendo a criterios diagnósticos. Prescripción correcta y ahorro de costes.

A fecha de Enero de 2013 se identificaron 269 usuarios de terapia respiratoria en forma de O2 portátil. La prescripción del mismo requiere, por los costes elevados del mismo, 4,77 euros/día, una correcta indicación.

MÉTODO

El test de marcha de 6 minutos (6WT) establece que pacientes lo precisan en base a la SaO2, que desciende durante la deambulación y mejora con el aporte de O2, así como la distancia caminada y la sensación disneica. El personal de Enfermería de la Sección de Pruebas Funcionales Respiratorias aumentó su actividad habitual hasta la práctica de 119 tests de marcha.

RESULTADOS

De los 269 usuarios de esta terapia, a 99 pacientes ya se había practicado 6WT. De los 170 restantes, 51 no pudieron realizar dicha prueba por la situación de severidad de su enfermedad: EPOC o Fibrosis pulmonar con necesidad de O2 durante 24h, incapacidad para deambulación, institucionalizados en Residencias o en tratamiento paliativo. De ellos, el resultado fue positivo en 94 pacientes (79%). Al resto se le retiró esta terapia por no precisarla. En el conjunto de pacientes con enfermedad avanzada, si bien el criterio estricto de prescripción no se cumplía, se mantuvo por circunstancias de carácter social y necesidad, representan un 18% del total. La ausencia de utilización del O2 portátil prescrito se objetivó en 18 pacientes, 7% del total, retirándose el mismo.

CONCLUSIONES

Se ha adecuado la correcta indicación y prescripción. La creación, por parte de la Empresa suministradora de terapias y el apoyo de los facultativos, de un punto de cesión temporal de O2 portátil, ha permitido ahorrar costes y facilitar su utilización sólo en los casos estrictamente necesarios. Con ello, se evita el tenerlo en casa sólo en previsión de futuras necesidades. 7 pacientes lo han solicitado. La formación de pacientes en la utilización de estas terapias y la facturación mensual ha sido correctamente realizada por parte de la Empresa Adjudicataria de Terapias Respiratorias.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 213

Titulo: CONOCIMIENTO DEL RIESGO BIOLÓGICO Y PRECAUCIONES ESTÁNDAR EN ALUMNOS DE PRÁCTICAS, SECTOR I

Autores: BERNARD USON MA, EZPELETA ASCASO I, PASTOR GIL MP, FERNANDEZ SANTOS RAFAEL

Mesa 4. Aula 4. Planta 1ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: H ROYO VILLANOVA

OBJETIVOS

Determinar el nivel de conocimiento de las precauciones estándar y el grado de su cumplimiento por los alumnos en prácticas del Grado de Enfermería. Favorecer la adquisición de hábitos de comportamiento seguros en cuanto al uso y selección correcta de equipos de protección individual y de prácticas seguras en el manejo de dispositivos y su eliminación. Conocer la incidencia de accidentes según el curso académico, cuales han sido sus causas y la percepción de ellas.

MÉTODO

Estudio descriptivo longitudinal, de los alumnos en prácticas de enfermería del HRV, durante el curso académico 2013-2014. Formación específica sobre riesgos biológicos a cada grupo de prácticas al inicio de las mismas. La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario anónimo con variables demográficas, de conocimiento sobre las precauciones estándar, conocimiento de las medidas de bioseguridad, y características de los accidentes biológicos.

RESULTADOS

Se cumplimentaron 204 encuestas. De ellas 87 correspondían a cuarto curso (44%), 70 a tercero (35%), 40 a segundo (20%) y 2 a primero (1%).

El 95% de los estudiantes son conocedores de las precauciones estándar: pero sólo alrededor del 50 % realiza la higiene de manos después de la atención de un paciente o realización de un procedimiento. El uso de elementos barrera de protección está bastante aceptado y la forma de eliminación del material cortopunzante se conoce pero la actitud de reencapsulado sigue siendo una práctica de riesgo bastante extendida (37,93%).

Una gran mayoría (57,22%), no saben con certeza el riesgo de transmisión de los distintos virus por exposición percutánea.

El 24% de los estudiantes han sufrido un accidente biológico, siendo los de segundo curso los más afectados 33%, y siendo el pinchazo con aguja hueca la causa más frecuente 47% seguido de las salpicaduras 25%. Los estudiantes achacan la accidentabilidad no a la falta de conocimientos sino a la falta de habilidad 34% unido a las prisas por exceso de tareas 22%.

CONCLUSIONES

A pesar de que los alumnos manifiestan tener un alto conocimiento de las precauciones estándar y de las medidas preventivas de bioseguridad, no lo aplican sistemáticamente en la práctica clínica. Se observan deficiencias en el uso adecuado de los equipos de protección individual, y en la realización de prácticas seguras, siendo el reencapsulado de agujas una de las prácticas de riesgo más frecuentes que generan accidentes biológicos junto con la eliminación inadecuada del material cortopunzante.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 249

Título: INMUNIDAD CONTRA PAROTIDITIS EN TRABAJADORES DE CENTROS SANITARIOS, ZARAGOZA I

Autores: BERNAD USON M, EZPELETA ASCASO I, PASTOR GIL MP, TOLEDO PALLARES M

Mesa 4. Aula 4. Planta 1ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: H ROYO VILLANOVA

OBJETIVOS

En Aragón en el año 2013 hubo un 44,2% más de casos de parotiditis que en el 2012. Presentar inmunidad contra la parotiditis es altamente recomendable en trabajadores de centros sanitarios.

En nuestro ámbito de actuación poblacional y durante el trienio 2011-2013:

Determinar el estado inmunitario.

Aumentar la inmunización.

Conocer la aceptación de la vacuna

MÉTODO

Registro específico de antecedentes e inmunización previa; determinación de serología con motivo de la vigilancia de la salud; búsqueda activa de casos.

RESULTADOS

Se captó el 35,3% (n=811) de la población. El 78,2% resultaron inmunes, un 14,7% negativos. Se vacunaron el 29,1% de los trabajadores susceptibles y en el 69% de los negativos no consta. Hay agrupación de negativos en los nacidos en la década de los 70; se solicitó serología pero no consta resultado en el 7,1%.

CONCLUSIONES

La aceptación de la determinación del estado inmunitario y de la inmunización ha sido baja.

En el caso de nuevas incorporaciones hay que evidenciar el estado inmunitario, puede haber en cohorte vacunada población no inmune.

El grupo poblacional de los nacidos a mediados de los setenta presenta mayor riesgo.

Así como otras enfermedades prevenibles a través de la vacuna con triple vírica ha disminuido su incidencia en nuestro ámbito en 2013, en el caso de la parotiditis aún perdura en la actualidad por lo que debemos mejorar la inmunidad efectiva.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 250

Título: MANUAL DE ACOGIDA AUDIOVISUAL PARA NUEVOS PROFESIONALES DEL BLOQUE QUIRÚRGICO

Autores: CURRAS MATEO MD, VIDAL AP, PARDOS MJ, GONZALEZ C, LOPEZ JM, SAHAGUN J, ARRUFAL MT, TURON JM

Mesa 4. Aula 4. Planta 1ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: H ALCANIZ

OBJETIVOS

El Bloque Quirúrgico del Hospital de Alcañiz, se encuentra en la actualidad implantando un sistema de gestión por procesos. Entre los requisitos documentales del mismo, se encuentra el manual de acogida para los profesionales que se ha elaborado como uno de los procedimientos que integran el sistema documental.

El objetivo de este trabajo, es desarrollar un manual de acogida para nuevos profesionales del bloque en un formato más "amable", como es el audiovisual, en formato resumido, pero incluyendo los conceptos e ideas clave relacionadas con la seguridad del paciente y los profesionales, la eficiencia y la relevancia de la gestión ambiental y la calidad. Se pretende que este manual complemente al procedimiento escrito.

MÉTODO

En la elaboración y revisión del manual, han participado profesionales del bloque quirúrgico, así como los servicios relacionados con la prevención de la infección y los riesgos laborales, Servicio de Medicina Preventiva, Unidad de Prevención de Riesgos Labores, Servicio de Microbiología y la Unidad de Calidad Asistencial del Sector.

Se ha desarrollado una presentación en formato Power Point que incluye imágenes con mensajes cortos, tipo recordatorio y 3 videos en formato mp4.

RESULTADOS

Se ha obtenido un producto con una duración de 3,45 minutos, que incluye los siguientes aspectos.

Seguridad del paciente:

- Acogida del paciente y listado de verificación de cirugía segura.

- Disciplina de bloque (circulación y vestimenta).

- Higiene de manos.

- Utilización de guantes y gérmenes multirresistentes.

- Antisépticos.

Seguridad del profesional:

- Vacunas recomendadas.

- Accidentes biológicos

- Quimioprofilaxis.

Gestión medioambiente de residuos sanitarios.

Gestión de la calidad.

Eficiencia.

CONCLUSIONES

Se pretende, presentar el producto al grupo de trabajo que está desarrollando el proceso del bloque quirúrgico para su valoración e inclusión en la intranet del centro junto con el resto de documentos del sistema.

En función de la valoración y aceptación del producto entre los profesionales de la unidad, podría valorarse la realización de otros manuales en este formato para otras unidades del centro.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 366 □

Título: DESARROLLO DE BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE A TRAVÉS DE LA FORMACIÓN CONTINUADA PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HUMS □

Autores: GALVEZ ALVAREZ E □

Mesa 4. Aula 4. Planta 1ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos) □

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET □

□

□

OBJETIVOS □

Contribuir a la difusión de una cultura de seguridad de paciente entre el personal de enfermería □

Mejorar la información y formación de profesionales sobre Seguridad del Paciente □

Mejorar las competencias en la prevención, identificación y minimización de los eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria. □

Garantizar una oferta adecuada de actividades sobre aspectos de seguridad del paciente, directamente relacionadas con la práctica asistencial de profesionales de enfermería. □

Establecer métodos de detección de necesidades formativas en seguridad del pcte □

Analizar los resultados de la formación realizada durante los últimos 6 años para contribuir a la promoción de proyectos que impulsen y evalúen prácticas seguras en el SNS □

MÉTODO □

Estudio descriptivo de la actividad formativa dirigida a personal de enfermería, relacionada con la seguridad del paciente, desarrollada durante los últimos 6 años en el HUMS. □

Cada año, la Dirección de Enfermería del HUMS, diseña el Plan de Formación anual para sus trabajadores en base a: □

- líneas estratégicas definidas por el Salud, □

- líneas estratégicas de sector □

- necesidades formativas propuesta por informadores claves, en nuestro caso: representantes de las diferentes categorías adscritas al área de enfermería, supervisores de área y/o subdirectores de enfermería. □

- Actividades propuestas por las Comisiones de Sector □

Las actividades propuestas deben alinearse con las estrategias propuestas, que en consecuencia tendrán entre sus documentos base el Plan de calidad del SNS. □

De esta manera, tenemos en cuenta para proponer nuestras actividades, estrategias incluidas en el apartado de Excelencia clínica: □

En la estrategia nº 8: Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS, uno de sus objetivos es promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad entre los profesionales en cualquier nivel de atención sanitaria, entre las que se incluyen: identificación inequívoca de pacientes, higiene de manos, uso adecuado del medicamento, prevención de infección relacionada con la atención sanitaria (IRAS), prevención de lesiones por presión en pacientes en riesgo y prevención de eventos adversos relacionados con procedimientos quirúrgicos, o con la administración de hemoderivados, entre otras. □

Asimismo en la estrategia nº 10: Mejorar la práctica clínica, hace referencia a proponer iniciativas tendentes a disminuir la variabilidad no justificada en la práctica clínica □

Las actividades formativas que se han llevado a cabo en estos últimos años y que se incluyen en este grupo, han abordado los siguientes temas: □

Directamente relacionadas con la práctica asistencial: Higiene de manos, prevención de la infección nosocomial, prevención de lesiones por presión, manejo seguro de medicación, seguridad en la administración de hemoderivados y generalidades sobre la Seguridad del paciente □

En línea con la mejora de la práctica clínica: Enfermería basada en la evidencia, búsquedas bibliográficas y elaboración de guías y protocolos clínicos. □

RESULTADOS □

Desde el año 2008 y en los sucesivos Planes de Formación organizados por el Área de enfermería del HUMS se han propuesto 408 horas lectivas correspondientes a 74 ediciones formativas directamente relacionadas con la seguridad del paciente y la práctica clínica. □

El presupuesto invertido en Seguridad del paciente en estos 6 años ha resultado ser de 26770€, lo que supone un porcentaje promedio del 13,93% de los presupuestos anuales, desde el 5% invertido en 2009 al 20% de 2014, siendo creciente a pesar del recorte presupuestario iniciado en 2012, que se vio reducido en un 50% □

Se han formado 1288 profesionales de enfermería hasta el momento. Quedando pendiente de calcular los asistentes a las actividades programadas para la segunda parte de 2014. □

Respecto a la demanda generada por estas actividades supone una buena aceptación general, encabezando el mayor interés la prevención de upp y las búsquedas bibliográficas. □

CONCLUSIONES □

Las actividades relacionadas con la Seguridad del paciente continúan siendo un grupo con múltiples propuestas anuales, basadas en la recomendación de informadores clave: mandos intermedios directamente en contacto con

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

los profesionales sanitarios, conocedores de sus necesidades y carencias y de las comisiones clínicas, sabediras de las estrategias nacionales relacionadas con procesos crónicos y situaciones que precisen identificación y minimización de los eventos adversos. □

La propuesta de un adecuado Plan de Formación debe basarse en el análisis de estos resultados y de los factores que contribuyan a la promoción de proyectos que impulsen y evalúen prácticas seguras en el SNS

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 406

Título: CULTURA DE SEGURIDAD EN EL ÁMBITO QUIRÚRGICO: ASPECTOS FORMATIVOS

Autores: OBON AZUARA B, GUTIERREZ CIA I, ELIA GUEDEA M

Mesa 4. Aula 4. Planta 1ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA PREVENTIVA Y SP Z3

OBJETIVOS

Detectar si existen necesidades formativas en Seguridad del Paciente (SP) en el ámbito quirúrgico

Determinar cuáles son los principales puntos que nos permitan iniciar un ciclo formativo en SP.

MÉTODO

Estudio descriptivo, transversal cualitativo.

a)Estrategia 1: Encuesta de Cultura de Seguridad (CS) para la medición de las actitudes relacionadas con la SP a todos los residentes de EQ y adjuntos (< 6 a de experiencia) de los hospitales de Aragón.

b)Estrategia 2: Formación de un Grupo Nominal (GN) en nuestro hospital (con idéntico perfil) para identificar problemas SP en nuestro ámbito Q.

RESULTADOS

a) Encuesta CS:

El 70% de los encuestados valoró con un 7 la SP en su Servicio. En positivo destacan las dimensiones de comunicación dentro del Servicio/Unidad, el trabajo en equipo y la franqueza en la comunicación. Debilidades: deficiente comunicación entre Servicios/Unidades, apoyo de la gerencia del hospital en la SP, problemas en cambios de turno y transiciones entre Servicio y Unidades.

b)Temas seleccionados en TGN: 1.-Checklist 2.-Comunicación 3.-Relación médico-paciente 4.-Motivación 5.- Formación en seguridad del paciente.

CONCLUSIONES

Ambas estrategias permitieron identificar los principales problemas de SP que afectan a las especialidades Q y elaborar un temario común para residentes en nuestro hospital.

Discordancia entre los resultados de la encuesta y del GN, lo que precisa profundizar en el conocimiento de las barreras a la hora de afrontar la SP.

Los resultados de las encuestas no reflejan siempre la realidad. De hecho, cuando se profundiza se generan más opiniones de los principales autores, siendo las conclusiones mucho más realistas y eficaces para implementar estrategias de mejora.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 424 □

Titulo: 4 AÑOS DE MONITORIZACIÓN DE UN PROCESO DE FORMACIÓN CONTINUADA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL □

Autores: GALVEZ ALVAREZ E, MONREAL HIJAR A, JAVIERRE LORIS MA, GIMENEZ LAMBAN P □

Mesa 4. Aula 4. Planta 1ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos) □

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET □

□

□

OBJETIVOS □

Desde el año 2009, el sector Zaragoza II (HU Miguel Servet y centros de Atención Primaria adscritos) cuenta con un Proceso de Formación Continuada consolidado, con una serie de indicadores incorporados a los contratos de gestión anuales. □

Desde ese año y hasta 2012, podemos analizar los resultados obtenidos con el objetivo principal de seguir mejorando en la gestión de la formación continuada dirigida a nuestros profesionales □

MÉTODO □

Estudio descriptivo, retrospectivo. □

Se evalúan los resultados de los diferentes indicadores planteados en contratos de gestión anuales desde 2009 a 2012 (ambos años incluidos). En algunos casos, los indicadores propuestos varían de año en año como consecuencia de las evaluaciones realizadas del contrato y las propuestas de mejora planteadas. En aquellos que se mantienen en el tiempo hemos podido analizar su evolución y/o progresión □

RESULTADOS □

En 2009, tras la aprobación del proceso de Formación continuada por la comisión de dirección del centro, se decide realizar un contrato de Gestión de la Unidad de Formación y Desarrollo profesional, con al menos dos indicadores de cada uno de los subprocesos que lo integran: 12 más una propuesta de revisión y mejora. □

En los cuatro años evaluados, se han manejado un total de 26 indicadores, de los que sólo 10 se han mantenido presentes en todos los contratos. Ello ha sido debido a su buen diseño y a la valiosa información ofrecida. Se trata fundamentalmente de los relacionados con la detección de necesidades por grupos profesionales, con la elaboración y ejecución presupuestaria del plan y la acreditación de actividades. □

Otros han debido ser rediseñados e incluso desechados por no depender sus resultados íntegramente de nuestros responsables y de nuestras herramientas de medida, concretamente los relacionados con la difusión de actividades, detección global de necesidades y comunicaciones a los admitidos. □

Todos los años se ha conseguido la puntuación pactada en contrato de gestión y se han revisado los indicadores con la intención de mantenerlo como una herramienta efectiva para testar nuestra situación en cada momento y proponer las actuaciones de mejora pertinentes □

CONCLUSIONES □

La gestión por procesos aplicada al desarrollo de la formación continuada de profesionales sanitarios permite analizar la evolución de la misma en base a indicadores objetivos que nos muestran, por un lado las herramientas más adecuadas para emplear en nuestra labor diaria, así como los errores/problemas que deben analizarse y solucionarse una vez son detectados

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 439

Título: SISTEMA SANITARIO, SEGURIDAD DEL PACIENTE Y ÉTICA: DILEMAS SIN RESOLVER

Autores: OBON AZUARA B, GUTIERREZ CIA I, MOLINER LAHOZ J, AIBAR REMON C

Mesa 4. Aula 4. Planta 1ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: H CLINICO UNIVERSITARIO

OBJETIVOS

Valorar, según la percepción de los médicos, si la carga asistencial genera problemas en la seguridad de sus pacientes y cuáles son las principales repercusiones.

Determinar si los problemas derivados del funcionamiento del sistema sanitario, se alinean o no con los principios básicos de la Bioética.

MÉTODO

Elaboración de un cuestionario adaptado de un estudio previo realizado por Michtalik y Pronovost en 2013.

El cuestionario remitido vía electrónica a los médicos de los 2 hospitales de 3 nivel de la CCAA de Aragón, realizando un único recordatorio del mismo a los 30 días del envío.

RESULTADOS

Tasa de respuesta: 9% (177 respuestas válidas; N: 1600 médicos)

El 48,6% de los encuestados opina que durante el último año, al menos una vez a la semana la presión asistencial ha excedido lo que considera una atención médica segura. Esto ha motivado que un 42% considere que ocasionalmente no haya podido implicar al propio paciente en las distintas opciones de tratamiento y/o responder a sus preguntas, e incluso en el 38,2% haya podido comportar un retraso en el alta. 28% considera que durante el último año ha tenido que atender a demasiados pacientes, lo que supone un peligro para la seguridad de los mismos. 2,3% piensa que este hecho ha podido propiciar un incremento de errores relacionados con la medicación. 15% afirma que no ha sido posible registrar en la historia clínica la totalidad de los resultados importantes derivados de las exploraciones realizadas. 43,3% opina que ocasionalmente el exceso de carga asistencial provoca un deterioro de la calidad de la asistencia y un empeoramiento de la calidad de la atención proporcionada.

CONCLUSIONES

El porcentaje de facultativos que percibe problemas en la SP relacionados con su carga de trabajo es superior al de otros trabajos realizados. Resulta de vital importancia que la presión asistencial sea considerada como el factor que dificulte una implicación activa del paciente en su enfermedad y la responsabilidad compartida que tiene sobre sus opciones acerca del diagnóstico y tratamiento de su patología, pues es la organización del sistema la que vulnera los principios de autonomía del paciente, y la filosofía de decisiones compartidas, así como la atención centrada en el paciente.

Además la carga de trabajo, (considerada excesiva en un elevado % de encuestados), tiene otras consecuencias como el retraso en el alta de los pacientes, que contradice radicalmente la filosofía de sostenibilidad de los sistemas sanitarios públicos, redundando en una insatisfacción de los pacientes, quienes además de no contar su opinión, son obligados a permanecer durante mayor tiempo en el hospital.

Existe una preocupación de los médicos por la calidad de la asistencia prestada, y por la SP, asumida ya como parte de la correcta praxis médica. El incremento de trabajo de los profesionales sanitarios redundará en un empeoramiento de los resultados, y genera una insatisfacción para los pacientes pero también para ellos mismos.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 45

Título: CALIDAD PERCIBIDA POR LOS FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HCU "LOZANO BLESA"

Autores: MARTINEZ MARIN M, CUEVA RECALDE JF, ALAMEDA SERRANO J, SILVA ROJAS S, CASTRO FIGUEROA L, LACAMBRA BLASCO I, RONCALES GARCIA BLANCO F

Mesa 5. Aula Seminario. Planta 2ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: H CLINICO UNIVERSITARIO

OBJETIVOS

Valorar la calidad percibida por los familiares de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Cardiología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza).

MÉTODO

Estudio descriptivo, basado en la realización de un cuestionario de calidad a los familiares de los pacientes hospitalizados.

RESULTADOS

Se recogieron 87 encuestas. El familiar considera que los cuidados que hemos prestado al paciente durante su estancia en Cardiología, ha sido muy buena en el 60% (52) o buena en el 40% de los casos (35). El personal de Cardiología se ha preocupado por el paciente mucho en el 51% de los casos (44), bastante en el 45% (39) y poco en el 3% (3). El familiar entiende lo que le ha ocurrido al paciente muy bien en el 55% de los casos (48), bien en el 41% (36) y mal en sólo el 3% (3). Se le ha explicado el tratamiento médico al familiar del paciente, mucho en el 29% de los casos, bastante en el 61% (51) y poco en el 10% (8). En conjunto, al familiar le ha parecido que el trato prestado a los pacientes por el personal médico de Cardiología ha sido muy bueno en el 68% de los casos (58), bueno en el 27% (23) y muy malo en el 5% (4). El familiar cree que son cómodas las instalaciones que hay en el servicio de Cardiología para la visita de los familiares, mucho en el 11% de los casos (9), bastante en el 39% (33), poco en el 40% (34) y muy poco en el 11% (9).

CONCLUSIONES

Los datos reflejan que los familiares de los pacientes tienen una impresión positiva de la hospitalización en nuestro de Servicio de Cardiología.

Destaca entre los resultados de forma positiva el que nuestro personal de Cardiología se preocupa por el paciente y en cómo los familiares se sienten en general bien informados del proceso del paciente y del tratamiento médico.

Generalmente el personal médico de Cardiología se presenta a los familiares, no siendo así en el caso del personal de Enfermería o Auxiliares de enfermería.

Además destaca que la mitad de los familiares cree que nuestras instalaciones son incómodas.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 151

Título: ¿COMO CONTROLAMOS LA ANTICOAGULACIÓN EN NUESTRO CS?. VALORACIÓN DEL TIEMPO EN RANGO TERAPÉUTICO Y ALTERNATIVAS DE MEJORA

Autores: FUSTERO FERNANDEZ MV, CEBRIAN A, GUILLEN J, SAN MARTIN JL, GINER V

Mesa 5. Aula Seminario. Planta 2ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: CS VALDESPARTERA

OBJETIVOS

Valorar las características generales y el grado de control del INR de la población en tratamiento con anticoagulantes orales de un centro de salud, para mejorar la calidad de la atención a este grupo de pacientes dentro de la línea de seguridad clínica del Plan Integral de calidad del centro

MÉTODO

Es un estudio observacional y retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales (subgrupo BO 1AA) de un centro de salud urbano.

Los listados de pacientes fueron facilitados por el servicio de farmacia del Sector Zaragoza II y los datos clínicos se obtuvieron del programa OMI ap versión 6.3C

El Periodo de estudio fue de seis meses (julio-diciembre2013).

Las variables estudiadas: Edad, sexo, fármaco, motivo del tratamiento, tipo de seguimiento (autocontrol, Atención Primaria, otros), control del INR de los sujetos estudiados y TRT según Rosendaal.

Se realizó análisis estadístico con SPSS V10.0.

RESULTADOS

De los 159 pacientes anti coagulados el 83% estaban tratados con Anti vitamina K (100% acenocumarol) y un 16,9% con nuevos anticoagulantes orales (NACOs), el 59,38 eran mujeres y el 40,63% varones, y el 69,8% tenían de 66 a 96 años.

El motivo para la anticoagulación fue fibrilación auricular en un 72,58% de los casos.

El control de los pacientes tratados con acenocumarol se llevó a cabo en AP en el 48.48% de los casos, se auto controlaban el 9,8% de pacientes y el resto eran seguidos por Atención especializada o en consultas privadas.

El 59,38% de pacientes tenía un TRT según Rosendaal igual o superior al 60%, descendiendo dicho porcentaje al 56,25% para un TRT igual o superior al 65%.

CONCLUSIONES

Destacan los pacientes auto controlados, casi el 10% y el control inadecuado del 43,75% de los pacientes seguidos en AP, según el criterio del Ministerio de Sanidad en el Informe de posicionamiento terapéutico UT/V4/23122013.(%TRT inferior al 65%).

En la actualidad disponemos como alternativa de los NACOs y esperamos acceder desde AP de nuestra Autonomía a su prescripción, para mejorar el pronóstico y la seguridad de estos pacientes en los que no es posible mantener un buen control del INR.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 201 □

Título: MEJORA EN LA ATENCIÓN A LA PARADA CARDIACA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET □

Autores: CATALAN EDO MP, ARELLANO SANCHEZ C, PEREZ CARABANTES Y □

Mesa 5. Aula Seminario. Planta 2ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos) □

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET □

□

□

OBJETIVOS □

Implantar un Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar común para todo el hospital que de respuesta asistencial a la Parada Cardiorrespiratoria (PCR) de acuerdo con las recomendaciones internacionales. Estandarizar el equipamiento (carros de parada, desfibriladores) y la medicación, establecer la composición del equipo y funciones de los intervinientes como un sistema de activación rápido y efectivo. □

MÉTODO □

Tras la elaboración del Plan de Atención a la Parada Cardíaca del sector II, la Subdirección de Enfermería del Hospital Infantil fue la encargada de la implantación, difusión e impresión de los materiales necesarios. Se elaboró un plan de abordaje y cronograma para la asistencia a las unidades. Se visitaron todas las unidades del Hospital Miguel Servet dando formación e incidiendo en la importancia de la estandarización del equipamiento. Transcurridos 6 meses desde la primera intervención se programó una nueva evaluación. □

RESULTADOS □

Existen 90 carros de paradas registrados en el hospital. Se les proporcionó la misma documentación de atención a la parada urgente y se informó al personal la forma de encontrar la documentación en la intranet del Sector II. Se comprobaron, codificaron los carros y chequearon los desfibriladores de forma que se equiparon de manera estandarizada. Se identificaron 4 carros que no estaban codificados, se equiparon 3 carros en unidades donde no existían y se descodificó uno por no considerarse necesario. El 5% de los carros presentaba algún fármaco caducado y un 2,7% material fungible caducado frente al 2% y 1,5% posterior respectivamente. En el 10% faltaba algún fármaco y en el 22% material fungible frente al 5% y 8% posterior. El 100% presentaba un adecuado funcionamiento del laringoscopio, si bien muchos de ellos se modernizaron. En el 50% carros los registrados iniciales no se consideraron adecuados frente al 18% posterior. En el 67% constaba toda la documentación frente al 99% final. □

CONCLUSIONES □

Se ha conseguido un mayor conocimiento del plan de actuación a la parada cardiaca y la unificación de la actuación en todas las unidades del hospital. El personal se siente más satisfecho y protegido tanto por la rapidez del circuito de llamada, como por la formación. La revisión mensual hace que el personal de enfermería conozca mejor el material y medicación. Se ha mejorado el control en la gestión de los recursos y se han aumentado los cursos de atención a la PCR y revisión del carro de paradas.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 236

Título: SATISFACCIÓN A CORTO Y LARGO PLAZO DE LA REDUCCIÓN MAMARIA EN PACIENTES CON MACROMASTIA

Autores: PEREZ PANZANO E, GÜEMES SANCHEZ A, GASCON CATALAN AM, LOPEZ IBORT N, SOUSA DOMINGUEZ R, PALACIOS GASOS P, ARTIGAS URGEL LF

Mesa 5. Aula Seminario. Planta 2ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: H CLINICO UNIVERSITARIO

OBJETIVOS

Introducción:

Los términos gigantomastia, macromastia o hipertrofia mamaria se pueden utilizar indistintamente. La hipertrofia mamaria se define como un desarrollo excesivo, difuso y en algunos casos discapacitante de una o ambas mamas sin ningún tipo de proceso patológico o enfermedad de base. Como síntomas asociados se encuentran: el dolor crónico en varias partes del organismo, fatiga, dificultad para realizar actividades de la vida diaria, sensación de hormigueo en las manos, intertrigo en el pliegue submamario, surcos cutáneos, cefalea etc.

Objetivo: Valorar a corto y a largo plazo, el grado de satisfacción (respecto a la intervención) de las pacientes intervenidas de mamoplastia de reducción, y conocer su grado de recomendación de dicha intervención.

MÉTODO

Estudio descriptivo, observacional, longitudinal y prospectivo de 121 pacientes que fueron intervenidas con la misma técnica quirúrgica, en el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza, entre Noviembre de 2009 y Abril 2013.

Se realizó una entrevista personal con dichas pacientes en tres tiempos (antes de la intervención, al mes y al año) en la que se les preguntó entre otros cinco ítems: ¿Le gusta la forma de sus pechos? ¿Cree que sus pechos son demasiado grandes?, ¿Grado de satisfacción tras la intervención quirúrgica? , ¿Volvería a intervenir? y ¿Lo recomendaría a otras personas?.

RESULTADOS

La tasa de respuesta al mes es de 100% y al año de 98,34%.

Ante la cuestión ¿Está satisfecha con el resultado obtenido?, al mes el 99.2% están satisfechas y, al año un 96,6%.

A la pregunta "¿Recomendaría a otras personas que lo hicieran?" al mes, un 97,5% recomendarían la intervención, frente a un 96,6% al año.

A la pregunta "¿Se volvería a operar?", un 92,6% se volvería a operar al mes, mientras que al año sería un 95,8%.

A la cuestión ¿Le gusta la forma de sus pechos?, antes de la intervención quirúrgica el 12,4% contestaron que sí les gustaba, a los 30 días un 94,2% y al año un 92,4%.

A la cuestión sobre el tamaño de la mama: ¿Cree que sus pechos son demasiado grandes?, antes de la intervención quirúrgica el 99,2% de las pacientes refirieron que sí, este porcentaje disminuye al mes (0.8%) y al año (2.5%) de la intervención.

CONCLUSIONES

El grado de satisfacción con los resultados obtenidos con la mamoplastia de reducción fue muy alto y la mayoría de las pacientes recomendarían la intervención.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 246

Título: RESPETO A LA INTIMIDAD EN UN HOSPITAL: INICIATIVAS PARA MEJORARLA

Autores: MOZOTA DUARTE J, LOPEZ IBORT N, OBON AZUARA B, GUTIERREZ CIA I, DEL PINO JIMENEZ D, MOLINER LAHOZ J, CEBOLLADA GRACIA AD, MATARREDONA PAREJA AM

Mesa 5. Aula Seminario. Planta 2ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: H CLINICO UNIVERSITARIO

OBJETIVOS

Desde tiempos antiguos estamos obligados a respetar la intimidad de los pacientes, leemos en el juramento hipocrático: “y si en mi práctica médica, o aún fuera de ella, viviese u oyere, con respecto a la vida de otros hombres, algo que jamás deba ser revelado al exterior, me callaré considerando como secreto todo lo de este tipo”.

Los objetivos de esta iniciativa son mejorar el respeto a la intimidad en el Hospital Clínico, formar a los profesionales en los métodos para conseguirlo.

MÉTODO

Tras la identificación de un problema: “Escaso respeto a la confidencialidad”, identificamos la oportunidad de trabajar en medidas para mejorar la confidencialidad con la que se trabaja en el hospital.

Como metodología de trabajo estamos aplicando el ciclo de mejora de calidad de Deming: Planificar, Hacer, Verificar y Actuar.

RESULTADOS

En la Comisión de Mortalidad y Seguridad del Paciente se identificó la oportunidad de mejorar el respeto a la confidencialidad, creando un grupo de trabajo que elaboró el borrador de un tríptico de recomendaciones.

El borrador fue valorado por la Comisión de Mortalidad y Seguridad del Paciente y por la Comisión de Historias Clínicas, consiguiendo tras varias rondas un documento definitivo.

El documento se divide en varios apartados con diferente contenido:

. ¿Sabías que...?: El secreto profesional es un deber ético y legal ...

. Ten en cuenta que: El acceso a los datos y la información que contiene la historia clínica ...

. Errores a evitar: Hacer comentarios sobre los pacientes en espacios públicos ...

. Algunos consejos útiles: Es conveniente trasladar la documentación en sobres cerrados ...

Para conseguir una difusión general se imprimieron 4000 trípticos.

Se llevó a cabo una presentación en el Salón de Actos del Hospital el 3 de diciembre de 2013 en tres horarios diferentes para facilitar la asistencia, invitando a todos los profesionales del centro. A los asistentes se repartieron los trípticos.

Posteriormente se repartieron trípticos en todas las unidades para que los mandos intermedios los hicieran llegar a todos los profesionales que no habían asistido a las presentaciones.

Así mismo, desde esa fecha en contratación se facilita un tríptico a todos los nuevos profesionales que son contratados en el hospital.

CONCLUSIONES

La planificación y despliegue de acciones para evitar problemas identificados se muestra imprescindible para la Mejora Continua de nuestra organización.

La implicación de todos agentes importantes en la planificación es imprescindible para alcanzar el éxito.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 259

Título: IMPULSANDO LA INTERVENCIÓN EN LA COMUNIDAD DESDE EL CS DE BERDÚN

Autores: ARNAL BARRIO A, GIMENEZ BARATECH AC, BOSQUE OROS A, VITORIA GOMEZ MA, ASCASO CASTAN L, GARCES ROMEO T

Mesa 5. Aula Seminario. Planta 2ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: CS BERDUN

OBJETIVOS

Desde el Centro de Salud de Berdún sentimos la necesidad de promover la educación sanitaria y favorecer la relación entre sanitarios y la población, haciendo más cercana la figura del sanitario, como agente de salud y no solamente como profesional asistencial.

Por otra parte también nos propusimos dar repuesta a las necesidades formativas planteadas por la comunidad tanto mediante charlas-taller como en educación grupal.

Ya que el Consejo de Salud está constituido y se reúne de forma periódica intentamos mejorar su utilidad mediante la realización de propuestas en cada reunión.

MÉTODO

Valorando las encuestas de las actividades previamente realizadas, priorizamos los temas de mayor interés de los asistentes.

El EAP organizó las actividades mediante la preparación del calendario de las charlas, selección de municipios y locales para realizar la actividad y preparación del material didáctico de los temas.

En grupos de pacientes crónicos de alta prevalencia como el EPOC y diabetes se organizaron varios talleres de educación grupal.

Después de todas las actividades se pasaron las encuestas de satisfacción.

Se convocó el Consejo de Salud para mejorar la comunicación con los representantes de la zona en dicho consejo.

RESULTADOS

El Centro de Salud de Berdún tiene una población en total de 1188 personas con TIS

Se realizaron entre enero de 2013 y mayo de 2014 las siguientes actividades:

-4 charlas sobre "alimentación saludable" con 76 asistentes.

-4 charlas-taller sobre "Actuación ante las urgencias más frecuentes" con 66 asistentes.

-2 talleres de educación grupal sobre uso correcto de inhaladores en el EPOC.

-3 talleres de educación grupal sobre autocontrol en diabéticos.

-3 reuniones del consejo de salud con diferentes propuestas en cada una de ellas.

La valoración de las encuestas de satisfacción arrojó los siguientes resultados:

- Actuación ante las urgencias más frecuentes el 87% de los asistentes se mostró muy satisfecho

- Alimentación saludable: el 89% de los asistentes se mostró muy satisfecho

- EPOC: 100% de los asistentes se mostró muy satisfecho

- Autocontrol en diabéticos. 100% de los asistentes se mostró muy satisfecho.

CONCLUSIONES

El número de asistentes y los resultados de las encuestas de satisfacción nos confirman el interés de nuestra población en realizar estas actividades.

Así mismo el EAP de Berdún ha establecido una dinámica de trabajo para continuar realizando estas actividades de la promoción de la salud y educación sanitaria.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 304

Titulo: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ALCOHOLISMO ENTRE LA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL EN DELICIAS 2014

Autores: DOMINGUEZ LENOGUE S, ANTOÑANZAS LOMBARTE MA, AMOROS GARCIA R, FALCON REIBAN MF, TRIVEZ VALIENTE M, MEZQUIDA ARNO J, LOPEZ DEL PUEYO M, CANET CROLOTA C

Mesa 5. Aula Seminario. Planta 2ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: CS DELICIAS SUR

OBJETIVOS

Promover procesos basados en la promoción de la salud favoreciendo la prevención de adicciones entre la población infantil, juvenil y sus familias

Fortalecer el trabajo del equipo interdisciplinar garantizando la coordinación y la participación de las diferentes entidades y profesionales que integran el proyecto

Difundir las campañas institucionales dirigidas a la promoción de hábitos saludables y a la prevención de adicciones

MÉTODO

La metodología propuesta es participativa, dinámica y bidireccional. Se utilizan dos enfoques metodológicos, uno apoyado en la promoción y educación para la salud y otro en la investigación-acción participativa

Actividades con los Centros Escolares (CEIP Andrés Manjón 6º Primaria ,CEIP Emilio Moreno Calvete 6º Primaria)

? Pase del cuestionario sobre actitudes ante el consumo de drogas.

? Explicación teórica con la presentación de un Power-point, con dinámicas participativas para clarificar cuestiones relacionadas con las adicciones especialmente con el alcohol

? Parte práctica sobre estilos de vida saludables y la relación del consumo de alcohol con elaboración por grupos de un collage que refleje las conclusiones.

RESULTADOS

o Aumenta el consumo de alcohol a expensas especialmente de los más o El consumo intensivo y borracheras, es muy frecuente y se asocia al policonsumo.

o Aumenta el consumo entre las chicas, a edades más tempranas para patrones de consumo intensivo.

o Los menores obtienen alcohol con mucha facilidad y su percepción de riesgo es baja.

CONCLUSIONES

Actitud permisiva: los encuestados manifiestan opiniones permisivas ante la toma de alcohol, posiblemente justificadas por la aceptación social, la diversión y la evasión.

Consecuencias negativas: desconocimiento sobre los efectos del alcohol, minimizándolos; no está consolidada la opinión que el alcohol es una droga.

Facilitador social: la mayor parte de los encuestados no le dan mucha importancia las preguntas que hacen referencia a la toma de alcohol como facilitador social

Actitud evasiva: infravaloración de la adicción que provoca el uso abusivo del alcohol al considerar que con un poco de voluntad puedes dejarlo

Actitud preventiva: los encuestados manifiestan un alto grado de convencimiento sobre el papel decisivo en la prevención que puede tener tanto la familia, el profesorado como el sistema sanitario.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 352 □

Título: EDUCACIÓN DEL PACIENTE EN PROGRAMA DE CIRUGÍA FAST TRACK DE PRÓTESIS DE RODILLA. UN TRABAJO MULTIDISCIPLINAR □

Autores: RUIZ CACHO C, IBÁÑEZ MT, GUERA S, PLANAS P, GUTIERREZ MT, LOSCOS P □

Mesa 5. Aula Seminario. Planta 2ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos) □

Centro de trabajo: MUTUA DE ACCIDENTES DE ZARAGOZA (MAZ) □

□

□

OBJETIVOS □

La educación del paciente en la cirugía fast track de prótesis de rodilla es parte fundamental del éxito del mismo. La implicación del paciente y sus familiares en al recuperación forma parte del programa y es fundamental para conseguir resultados satisfactorios. □

MÉTODO □

Previamente a la cirugía al paciente se le da sesión informativa multidisciplinar en la que además de recibir información por parte de todos los servicios implicados se le enseñan unos ejercicios a realizar en su domicilio. Una vez ingresado el paciente recibe un diario en el que de forma simplificada se explica cuales van a ser los pasos a seguir mientras este ingresado. Y una vez es dado de alta recibe un tríptico con con todas las recomendaciones a seguir en su domicilio. □

RESULTADOS □

los pacientes muestran gran satisfacción y tranquilidad al recibir información de todos los pasos que se van a seguir. Al mismo tiempo la realización de ejercicios previos a la intervención tiene como objetivo acelerar la recuperación. □

CONCLUSIONES □

la implicación activa del paciente y sus familiares es parte del éxito del programa de cirugía fast track de prótesis de rodilla. Los pacientes se muestran satisfechos con la información recibida y participan más activamente en su recuperación.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 361 □

Título: INFLUENCIA DE LA MICROBIOTA Y LA PREVENCIÓN DE LA CONTAMINACIÓN CRUZADA EN LA CALIDAD INTESTINAL DEL CELIACO ADULTO □

Autores: DE TORRES AURED ML, PEREZ PASCUAL C, IBARRA SIERRA C, DE TORRES OLSON C □

Mesa 5. Aula Seminario. Planta 2ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos) □

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET □

□

□

OBJETIVOS □

Conocer y manejar los alimentos que mejoran y mantienen la microbiota en los pacientes con EC. □

Prevenir y controlar la contaminación cruzada en una la dieta equilibrada sin gluten. □

MÉTODO □

La EC es una enfermedad inflamatoria del intestino delgado causado por una respuesta inapropiada a la ingesta de las proteínas del gluten del trigo, centeno y cebada en individuos genéticamente susceptibles. Se trata de transmitir a enfermeras de AP y a pacientes los últimos estudios sobre regeneración de la microbiota como ecosistema fundamental en relación al intestino celiaco. □

1-Microbiota intestinal: □

-Características principales □

-Composición y desarrollo □

-Factores iatrogénicos modificables en la celiaquía □

- Interacciones alimentarias □

-Beneficios de las leches fermentadas con bifidobacterias □

Recientemente se han descrito otros factores ambientales que pueden desempeñar algún papel en la patogenia de la enfermedad celiaca planteando por primera vez el posible papel de las bacterias en la patogénesis de la enfermedad celiaca. En procesos inmunológicos crónicos no infecciosos como es la EC, la microbiota intestinal puede ser una importante fuente de antígenos y que podrían estar implicados en el inicio y perpetuación de la inflamación. Se ha descrito que la relación Lactobacillus – Bifidobacterium / Bacteroides - E. coli es menor en el caso de enfermedad celiaca.

Planteamos la posibilidad de utilizar estrategias de intervención nutricional con probióticos por su potencial para restaurar el balance microbiano del ecosistema intestinal □

2-Contaminación cruzada: ¿Qué es, cómo se previene? Etiquetado. □

RESULTADOS □

Se ha evaluado la relación de los probióticos y la EC según la capacidad de algunas cepas probióticas para degradar la gliadina (proteína del gluten) □

Junto con las tres direcciones de Enfermería de AP y la asociación de celíacos ya se ha diseñado la estrategia de formación continuada. □

CONCLUSIONES □

Los pacientes y su asociación siguen demandando una información personalizada y detallada inmediata al diagnóstico. Y un foro o grupo de adiestramiento en esos temas explicados en el taller a realizar durante los dos primeros meses tras el diagnóstico, ya que la no implantación de un Protocolo de acogida y adiestramiento en el primer mes de diagnóstico, hace que los Indicadores no mejoren. □

Continúa una situación problemática y susceptible de ser mejorada, como es la incertidumbre dietética tras el diagnóstico tardío de la EC, lo que acarrea gran desorientación del paciente y familiares.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 502

Título: ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO ENFERMERO DE NUTRICIÓN ENTERAL EN EL ADULTO DEL SECTOR II A TRAVÉS DE UN GRUPO DE EXPERTOS

Autores: CATALAN EDO MP, MONTOYA OLIVER MJ, ZUERAS MAZON AM, SANCHEZ ESCOBEDO S, ROMEO LAGUARTA A, GIL TRAIN MJ

Mesa 5. Aula Seminario. Planta 2ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET

OBJETIVOS

Crear de un nuevo modelo de trabajo para la actualización del protocolo enfermero de nutrición enteral en el adulto.

Estandarizar la actuación de enfermería en el manejo de la nutrición enteral en el Sector II.

MÉTODO

Se crea un grupo de trabajo formado por ocho enfermeras (2 de Atención Primaria y 6 de Atención especializada). Se elaboró un organigrama de trabajo y se distribuyeron las tareas de revisión bibliográfica y búsqueda de evidencia científica.

RESULTADOS

Durante un año se llevaron a cabo reuniones periódicas siguiendo el organigrama de trabajo previamente establecido. Se actualizó y confeccionó un protocolo de enfermería de nutrición enteral en el adulto que recoge las principales intervenciones enfermeras y nomenclatura NANDA relacionadas con la nutrición enteral. Principalmente se consigue la estandarización de; 1) colocación sonda nutrición enteral, 2) administración de la nutrición enteral, 3) cuidados y que el personal de enfermería se habitúe a este lenguaje. Fue fundamental la colaboración entre Atención Primaria y Atención Especializada, para poder consensuar un documento que cubriera las necesidades de todo el colectivo enfermero para el Sector II. Una vez elaborado el protocolo, fue revisado por revisores externos, cuyas modificaciones fueron incorporadas al documento final.

CONCLUSIONES

La creación de grupos de trabajo formado por expertos para la actualización de protocolos enfermeros se ve como la forma más óptima de revisión y elaboración de los protocolos de enfermería para Sector II, ya que se consigue la elaboración de un documento de gran calidad y evidencia científica, que integra las necesidades asistenciales tanto de Atención Primaria como Especializada y que consigue una mejor aceptación e implantación por parte del colectivo enfermero.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 199

Título: SATISFACCIÓN CON LOS CUIDADOS DE SALUD: EL EFECTO MODERADOR DE LA EXPERIENCIA CON LA SANIDAD PRIVADA

Autores: FUSTERO FERNANDEZ MV, RIVERA P, LATORRE P, CHALELA E, MINGUILLON G, MORALES R

Mesa 6. Aula 6. Planta 2ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: CS VALDESPARTERA

OBJETIVOS

Conocer la satisfacción de los usuarios, de un centro de reciente apertura, con las dimensiones de calidad del servicio prestado y determinar la influencia en el juicio comparativo entre sanidad pública/privada, teniendo en cuenta su experiencia en ambos ámbitos, para implantar acciones de mejora.

MÉTODO

El estudio se centra en una encuesta directa y on-line, con un error muestral del 5,38% para un nivel de confianza del 95%. Se obtuvieron 326 registros. Las variables se obtuvieron mediante una batería de ítems medidos en escalas Likert de diez puntos. Los indicadores genéricos estudiados son: instalaciones, organización y profesionales sanitarios. Los específicos: el tiempo de atención dedicado, la información y la atención prestada por el profesional. Además, se preguntó al usuario por su experiencia con la medicina privada y su juicio comparativo Sanidad Pública/Privada. Se utilizan los modelos de ecuaciones estructurales y se estiman los modelos con Máxima Verosimilitud Robusta(MPLUS7.11)

RESULTADOS

Las medias de todos los indicadores en la muestra total superan el 7,88. No se aprecian diferencias significativas en los indicadores genéricos, instalaciones/organización, entre el grupo 1(usuarios sólo de Sanidad Pública) y el grupo 2 (usuarios Sanidad Pública y Privada); se detectan diferencias significativas ($p < 0,00$) en los 4 indicadores del profesional, donde el grupo 2 alcanza niveles superiores de satisfacción (profesional: 7.96-8.04; tiempo dedicado: 7,79-8.25; información: 7,90-8,19; atención: 8,13-8,29). La valoración media en la muestra total del juicio comparativo sanidad pública/privada toma el valor de 5,95, no existiendo diferencias significativas entre ambos grupos. Respecto a la moderación de la experiencia, en la relación satisfacción-juicio comparativo, señalar que únicamente se manifiesta significativa en los tres atributos específicos del profesional ($p < 0.00$).

CONCLUSIONES

Los niveles de satisfacción de los usuarios del Centro de Salud son elevados. Los resultados de los modelos de regresión ponen de manifiesto la existencia de una relación positiva entre la satisfacción y sus evaluaciones del desempeño de la sanidad pública respecto a la privada. En cuanto a la moderación de la experiencia en ambos sistemas, señalar que únicamente se manifiesta significativa en los atributos del profesional. Lo que sitúa al capital humano en el punto de mira de cualquier mejora.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 216

Título: PROTOCOLO DE DERIVACIÓN A ATENCIÓN PRIMARIA EN EL PROCESO CÁNCER DE PRÓSTATA: ANÁLISIS TRAS PRIMER AÑO DE IMPLANTACIÓN

Autores: BLANCO CHAMORRO C, GARCIA RUIZ R, TEJERO SANCHEZ A, SERRANO FRAGO P, GIL MARTINEZ P, GIL SANZ MJ

Mesa 6. Aula 6. Planta 2ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET

OBJETIVOS

- Limitar el número de pacientes y el coste en el seguimiento tras tratamiento curativo por cáncer de próstata en Atención Especializada

- Disminuir la sobrecarga de consultas sucesivas y evitar consultas y pruebas duplicadas

- Homogeneizar criterios de seguimiento en Atención Especializada y en Atención Primaria

- Contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario.

MÉTODO

Se aprueba por la Comisión de Dirección en Mayo de 2012 el Protocolo dentro del Proceso Asistencial al paciente con cáncer de próstata en el Sector Zaragoza II.

Se establece la remisión a Atención Primaria de pacientes sin recurrencia de enfermedad tras tratamiento radical para su seguimiento según grupo de riesgo mediante el siguiente esquema:

Años de seguimiento tras tratamiento radical

Grupo de riesgo Atención Especializada Atención Primaria

Bajo 3 7

Intermedio 3 7

Alto 5 5

Para establecer la correcta comunicación con Atención Primaria, se elabora un informe completo de derivación en Hp Doctor, incluyendo criterios para reenviar de nuevo a la consulta del Proceso, en el caso de que haya reactivación de la enfermedad.

Asimismo, se dan de alta definitiva del Proceso, todos los pacientes sin recurrencia de enfermedad a los 10 años del tratamiento.

RESULTADOS

Se analizan los resultados del primer año de implantación (Mayo 2012 a Mayo 2013).El número total de visitas en la consulta del Proceso en el primer año han sido 3.289. Con la coordinación establecida con el protocolo se han evitado 768 consultas duplicadas entre Urología y Oncología Radioterápica lo que supone un ahorro global de 62.208 €/año.

El total de altas tras aplicar el Protocolo de Derivación a Primaria ha sido 468, con 344 altas a Atención Primaria y 124 altas definitivas., con la siguiente distribución según el grupo de riesgo:

Altas Definitivas Altas a Atención Primaria

Bajo Riesgo 88 204

Riesgo Intermedio 24 86

Alto Riesgo 12 54

Según la Tarificación del Salud se puede objetivar un importante impacto de ahorro económico a nivel sanitario sin disminuir la calidad de la Atención del paciente:

Coste ahorro de seguimiento

Ahorro derivado de 124 altas definitivas 10.044 euros/año

Ahorro de 344 pacientes derivados a Atención Primaria 12.267,04 euros/año

Ahorro progresivo del seguimiento 35,66 euros/pct/revisión

CONCLUSIONES

Este Proyecto contribuye a la utilización e incorporación de la tecnología y herramientas de gestión clínica en nuestro trabajo cotidiano, mejora la relación y comunicación con pacientes y entre profesionales, mejora la gestión de la cronicidad del seguimiento, y, sin duda, redundará en la sostenibilidad del sistema sanitario.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 229

Titulo: MEJORANDO LA ACTIVIDAD DISCIPLINARIA DESDE LA CALIDAD EN RECURSOS HUMANOS

Autores: JULVE GUERRERO MV, VILLA GAZULLA MT, GIMENEZ SALINAS AM, RAMO GARCIA T, IZQUIERDO MANJON J, BAZTAN TURON M

Mesa 6. Aula 6. Planta 2ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: DIRECCION GERENCIA SALUD

OBJETIVOS

1. Diseño e implementación del Proceso de Régimen Disciplinario en el ámbito del Servicio Aragonés de Salud.

2. Reforzar las GARANTÍAS del empleado sujeto a un Procedimiento Disciplinario, dotando a los diversos y dispersos gestores encargados de dicha actividad disciplinaria de las herramientas necesarias para la adecuada realización de su labor.

MÉTODO

? Aplicación de la metodología de la "Gestión por Procesos".

? Constitución de un "Grupo de Trabajo multidisciplinar", con personal propio del

Servicio responsable de la materia y personal de la Inspección Médica, encargada de la tramitación de Expedientes Disciplinarios.

? Sesiones periódicas de trabajo.

? Diseño del Proceso y elaboración de un Manual de Procedimiento disciplinario, con recomendaciones prácticas de actuación basadas en la experiencia acumulada.

? Creación de una Base de datos de Sentencias de interés.

RESULTADOS

? 1º Ordenación y estructuración de las actuaciones en materia disciplinaria, aplicando Criterios de Calidad.

? 2º Homogeneización de las pautas de actuación entre los distintos agentes que intervienen en los procedimientos disciplinarios.

? 3º Mejora en los plazos, agilidad y sistematización de los procedimientos disciplinarios.

? 4º Elaboración del "Manual de Procedimiento Disciplinario".

? 5º Actualización de los diferentes modelos de gestión del procedimiento disciplinario.

? 6º Creación de una herramienta de intercambio de información entre los gestores implicados en materia disciplinaria (correo corporativo)

CONCLUSIONES

El diseño del Proceso de Régimen disciplinario, todavía en fase de elaboración, supone la introducción de la gestión por procesos en las tareas administrativas, hasta ahora gestionadas de forma tradicional.

La experiencia está siendo altamente positiva por la implicación de todo el Equipo de trabajo y por la aplicación práctica de las mejoras, que se han ido identificando en los subprocesos ya definidos, creando a la vez un marco de referencia para todos los profesionales implicados en la tramitación de los procedimientos disciplinarios.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 240 □

Título: PROFESIONALES DEL SALUD PROTAGONISTAS DE LA COOPERACION INTERNACIONAL:
SENSIBILIZACION A TRAVES DE UN GRUPO DE TRABAJO □

Autores: GASPAR CALVO E, APARICIO A, MILLAN E, RIVAS MA, REVILLA MC, ARCARAZO A, FERRER C, VELA ML □
Mesa 6. Aula 6. Planta 2ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos) □

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET □

□

□

OBJETIVOS □

Volver a constituir el grupo de sensibilización con profesionales del Salud que trabajan en cooperación. Presentar el grupo y objetivos. Recoger propuestas y actividades. Elaborar mapa de situación de proyectos. Planificar actividades en el Salud, profundizando en temáticas concretas de los diferentes proyectos. Difundir actividades y proyectos en marcha. Lograr reconocimiento por parte del Salud, y apoyo a actividades propuestas. □

MÉTODO □

Contactar con los participantes del anterior grupo de sensibilización Informar del proyecto y constituir grupo de trabajo, abierto. Diseñar de plan de trabajo y de documentos de recogida de datos para proyectos en marcha. Cuantificar y conocer proyectos de cooperación "vivos". Dar a conocer el proyecto y los objetivos del mismo a los profesionales del sector a través de los cauces formales. Proponer actividades generales, al menos dos al año, en el H. U. M. Servet y en el H.U. Lozano Blesa. Comunicar al Salud las propuestas que vayan surgiendo para su reconocimiento y apoyo. □

RESULTADOS □

En 2004 se puso en marcha la Cooperación en SALUD que intentaba recoger proyectos sobre los trabajaban los profesionales de los centros; se pacto financiación y acuerdos laborales para los profesionales cooperantes. Así, se parte de una situación que ya obtuvo importantes resultados: talleres, cursos, jornadas, con un importante participación de profesionales de diversas entidades que colaboraron de forma altruista. Todavía sigue vivo en la Intranet de Salud y del sector II toda la información relacionada con el proyecto. En estos momentos sigue habiendo muchos profesionales que continúan trabajando en cooperación y consideramos que los objetivos del grupo de sensibilización deben de seguir vivos y también la labor de dar a conocer y "educar" a los profesionales de Salud en primer lugar y a la población en general. Se trata de conseguir metas que en su día no se lograron. □

CONCLUSIONES □

Muchos trabajadores del Salud continúan trabajando en diferentes partes del mundo donde es necesaria; son más de 60 los trabajadores de diferentes hospitales o centros de salud implicados con programas de cooperación, solo en dos asociaciones: Estrella de la Mañana y Amigos de Odisha. Éstos apoyarán el resurgir del grupo de Sensibilización, para que se vayan incorporando de otras localizaciones geográficas, ya que los objetivos del grupo han de seguir vivos, así como la labor de dar a conocer y "educar" a los profesionales de Salud en primer lugar y a la población en general.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 269

Título: MEJORA EN LA INFORMACION MICROBIOLÓGICA A LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA

Autores: LAIN MIRANDA E

Mesa 6. Aula 6. Planta 2ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET

OBJETIVOS

Mejorar la comunicación entre el Servicio de Microbiología del HUMS y Atención Primaria (CS la Jota) mediante un proyecto de mejora intersectorial.

MÉTODO

Realización de reuniones periódicas con participación de médicos y pediatras de AP, matrona y personal de enfermería del CS La jota, y microbiólogos, con una periodicidad aproximada de un miércoles cada seis, con el objetivo de:

1. Difundir el manual de toma de muestras y la cartera de servicios.
2. Mejorar la información clínica suministrada por los médicos de familia.
3. Orientar sobre pruebas microbiológicas adecuadas en cada caso clínico.
4. Disminuir las incidencias en la recogida, transporte y procesamiento de muestras microbiológicas.
5. Mejorar la información suministrada al clínico, para el adecuado tratamiento de los procesos infecciosos

RESULTADOS

Se ha difundido el manual de toma de muestras y la cartera de servicios

Se ha mejorado la información clínica suministrada por los médicos de familia en las peticiones

Se ha orientado sobre pruebas microbiológicas adecuadas en cada caso clínico

Se ha disminuido las incidencias en la recogida, transporte y procesamiento de muestras microbiológicas.

Se ha mejorado la información suministrada al clínico, para el adecuado tratamiento de los procesos infecciosos

CONCLUSIONES

La experiencia obtenida hasta la fecha ha sido muy satisfactoria. El próximo año se ha ampliado el proyecto de mejora a dos nuevos centros de Salud: C.S. San Pablo y C.S. Rebojería

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 313

Título: HERRAMIENTA INFORMÁTICA PARA MANEJO DE TROMBOPROFILAXIS EN GESTANTES: ACTUALIZACION, NUEVAS FUNCIONES Y APLICACIONES

Autores: SAVIRON CORNUDELLA R, LOU MERCADE ANA CRISTINA, CORNUDELLA LACASA ROSA, CAMPILLOS MAZA JOSE MANUEL, FABRE GONZALEZ ERNESTO, PALOMERA BERNAL LUIS

Mesa 6. Aula 6. Planta 2ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: H CLINICO UNIVERSITARIO

OBJETIVOS

El riesgo de trombosis en una mujer es 1/10.000, 1/1.000 en la gestación, siendo la primera causa de morbimortalidad materna en países desarrollados y segunda en mortalidad mundial. En España en el 2010 hubo 478 eventos tromboembólicos (ETV) en gestantes (coste económico sanitario en 2005: 66,5 millones €).

Es importante identificar los factores de riesgo que favorecen un episodio de ETV en el embarazo y que gestante debe llevar profilaxis antitrombótica, pero los protocolos son complicados de manejar.

Hemos desarrollado una aplicación informática que sirve de guía de consulta para tromboprofilaxis en la gestación, tras valorar antecedentes y factores de riesgo, siguiendo las recomendaciones de guías internacionales y nacionales (SEGO, RCOG y CHEST).

MÉTODO

Un comité asesor, formado por especialistas en Obstetricia, Hematología, Medicina Interna y Anestesiología de los Hospitales Universitarios Lozano Blesa, Miguel Servet de Zaragoza, Vall d'Hebron de Barcelona y Clínico Universitario de Valencia, revisó las recomendaciones incluidas en el programa.

El programa se ha desarrollado en lenguaje html5 (evolución del previo en java). Además se han creado 2 aplicaciones móviles para iOS y Android.

RESULTADOS

El programa, actualizado en 2014, informa del manejo de la tromboprofilaxis en 3 escenarios distintos: preconcepcional, gestación y postparto. Ofrece información sobre trombofilias, anticoagulación en situaciones como amniocentesis o analgesia epidural, seguridad de fármacos anticoagulantes en gestación y puerperio, entre otras. Tras introducir los factores de riesgo se genera un informe en pdf individualizado.

Se accede desde cualquier dispositivo electrónico (ordenador, tablet o smartphone) vía internet:

www.anticoagulacionyembarazo.com.

Ha logrado el auspicio de las Sociedades Aragonesas y Españolas de Obstetricia y Ginecología (AGOA Y SEGO), de la Sociedad Aragonesa de Hematología y Hemoterapia (SAHH) y de la Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia (SETH).

Desde septiembre 2012 se han obtenido más de 5.500 visitas y más de 25.000 páginas visualizadas. Recientemente se ha traducido al inglés, como mejora de la misma.

CONCLUSIONES

La ETV desciende un 60-70% cuando se aplican las recomendaciones actuales. El embarazo aumenta hasta 10 veces el riesgo de ETV. Consideramos muy útil esta aplicación que facilita al profesional la evaluación del riesgo y toma de decisiones con eficacia y seguridad. Es un trabajo innovador que permite disminuir la morbimortalidad de la gestante.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 397 □

Título: ESTIMACIÓN DE DOSIS EN CRISTALINO DEL PERSONAL EN INTERVENCIONISMO, HEMODINÁMICA, VASCULAR Y QUIRÓFANOS □

Autores: RIVAS BALLARIN MA, RUIZ MANZANO P, ORTEGA PARDINA P, CANELLAS ANOZ M, MILLAN CEBRIAN PE, GARCIA ROMERO A, HERNANDEZ VITORIA A, AGUIRRE COLLADO AURORA □

Mesa 6. Aula 6. Planta 2ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos) □

Centro de trabajo: H CLINICO UNIVERSITARIO □

□

□

OBJETIVOS □

Próximamente se va a modificar el límite anual de dosis en cristalino, que pasará de 150 mSv a ser 20 mSv. Es necesario realizar estimaciones de las dosis en cristalino recibidas por el personal que trabaja en presencia de rayos X, al objeto de prevenir la aparición cataratas radioinducidas. Los objetivos del estudio son obtener una estimación de la dosis de radiación en cristalino del personal de los estamentos antes indicados y, partir de estos datos, determinar si las condiciones de trabajo son seguras, con arreglo a las nuevas recomendaciones, o si es necesario aumentar la protección. □

MÉTODO □

Se asignó un dosímetro personal proporcionado por el Centro Nacional de Dosimetría (CND) a los técnicos de radiodiagnóstico que operan el arco del quirófano de vascular, para colocarlo en el hombro más próximo al haz de radiación del técnico que operaba cada día el equipo, quien anotaba el producto dosis-área (PDA) de las intervenciones del día. Una vez leído el dosímetro, la dosis de radiación se repartió entre todos los técnicos que lo habían llevado, proporcionalmente a la carga de trabajo de cada uno, estimada a partir del PDA. Por otra parte, se repartieron 30 dosímetros prestados por una empresa (GESTISA) entre los facultativos y personal de enfermería de las especialidades arriba indicadas, destinando 8 de ellos para los TER que operan arcos de quirófano. □

RESULTADOS □

En el caso de los TER, la máxima dosis mensual fue de 0.14 mSv. Los cirujanos vasculares dieron una lectura máxima 0.12mSv. En Radiología Intervencionista, las dosis máximas obtenidas fueron de 6 mSv para facultativos, y 2.2 mSv para DUE, sin protección de cristalino, y 1.7 mSv para facultativos con protección. En la Unidad de Hemodinámica, las lecturas dosimétricas máximas mensuales fueron 1.7 mSv para facultativos y 1.0 mSv para DUE, sin protección, y 0.2 mSv para facultativos con protección. □

CONCLUSIONES □

A la vista de estos resultados, no es preciso que los TER lleven protección para el cristalino. Lo mismo podría decirse de los cirujanos vasculares. En Radiología Intervencionista, el personal de enfermería tiene que llevar protección para no superar el futuro límite anual de 20 mSv. En cuanto al personal facultativo, las medidas obtenidas en algún caso indican que se podría rozar o superar el límite, aun con los elementos de protección. En la Unidad de Hemodinámica, los facultativos no superan el límite, siempre y cuando trabajen con protección de cristalino y el personal de enfermería más próximo al haz de radiación debería llevar también protección.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 408

Título: CONTROL DE CALIDAD DE LAS ESTACIONES DE TRABAJO (MONITORES DE DIAGNÓSTICO DE LOS RADIÓLOGOS) EN RADIOLOGÍA DIGITAL

Autores: RUIZ MANZANO P, RIVAS BALLARIN MA, CANELLAS ANOZ MA, HERNANDEZ VITORIA A, MILLAN CEBRIAN E, GARCIA ROMERO A, ORTEGA PARDINA P, VILLA GAZULLA D

Mesa 6. Aula 6. Planta 2ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: H CLINICO UNIVERSITARIO

OBJETIVOS

Verificar y/o calibrar adecuadamente las estaciones de trabajo de los radiólogos (monitores de diagnóstico y visualización) a la curva DICOM (Grayscale Standard Display Function).

MÉTODO

Según el RD 1976/1999, por el que se establecen los criterios de calidad en radiodiagnóstico, las instalaciones de RX deben implantar un programa de garantía de calidad que incluya controles de calidad del equipamiento utilizado en las unidades asistenciales de radiodiagnóstico. En 2012 se publicó una actualización del protocolo Español de control de calidad en radiodiagnóstico (PECCRD) y el Servicio de Física y Protección Radiológica del HCU Lozano Blesa (SFPR) actualizó los procedimientos y controles de calidad del equipamiento involucrado.

El diagnóstico en estaciones de trabajo adecuadamente calibradas permite aprovechar al máximo todo el potencial de la imagen digital, maximizando la cantidad de información que el radiólogo es capaz de visualizar en la misma. La curva de luminancia de un monitor de diagnóstico debe ajustarse a la curva DICOM.

La situación inicial, a principios de 2013, era que las estaciones de trabajo de los servicios de radiodiagnóstico de los hospitales controlados por el SFPR no estaban ajustadas a la curva DICOM salvo las dos estaciones dedicadas a Mamografía del HCU Lozano Blesa. Durante los años anteriores, el SFPR no disponía de Luminancímetro adecuado y no se pudieron hacer los ajustes necesarios en las mencionadas estaciones.

En febrero de 2013 se compro un Luminancímetro para el SFPR y se encontraron otros dos que estaban guardados en el Servicio de informática.

Se identificaron los monitores de diagnóstico de los diferentes servicios encontrando un total de 37 estaciones de trabajo.

Durante el año 2013, con los luminancímetros, las imágenes DICOM de TG18 y el software adecuado para cada luminancímetro se preparó un protocolo para realizar el control de calidad de los diferentes monitores.

Entre marzo y noviembre se hicieron los ajustes y controles de todos los monitores en todos los hospitales

RESULTADOS

Todos los monitores fueron ajustados a la curva DICOM, cumpliendo con los diferentes apartados del PECCRD verificando el correcto ajuste (conformidad o verificación), luminancias máxima y mínima, uniformidad, correcta visualización de las imágenes del TG18, etc.

CONCLUSIONES

Se ha desarrollado un protocolo para realizar el control de calidad de las diferentes estaciones de trabajo de los radiólogos que será de aplicación en los años venideros. La periodicidad de esos controles será anual.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 416

Título: IMPORTANCIA DE UNA CORRECTA DIFERENCIACIÓN DEL PERSONAL HOSPITALARIO

Autores: ESTEBAN ZUBERO E, GRACIA TELLO B, ALASTRUE DEL CASTAÑO V, MORALES GAVILAN M, GAYAN ORDAS J, LAGUNA SARRIA J, RIVERO SANZ E, AMORES ARRIAGA B

Mesa 6. Aula 6. Planta 2ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: CS DELICIAS SUR

OBJETIVOS

- Favorecer la identificación del personal sanitario y su función manteniendo la uniformidad y profesionalidad

- Favorecer las medidas de higiene hospitalarias.

MÉTODO

Encuesta anónima (n=29) en el Servicio de Urgencias para pacientes con respuesta cerrada (sí/no) con la excepción de la número 6 y, de forma paralela, encuesta anónima (n=77) similar a miembros del personal sanitario

RESULTADOS

Encuesta pacientes:

1. ¿Conoce usted el nombre del médico que le está atendiendo?

Sí: 55% (n=16)

No: 14% (n=4)

No me lo ha dicho: 24% (n:7)

2. ¿Se ha presentado cada uno de los miembros que ha entrado en su box y le ha prestado asistencia?

Sí: 18% (n=4)

No: 82%(n=24)

3. ¿Distingue claramente entre los distintos componentes del equipo sanitario?

Sí: 24% (n=7)

No: 76% (n=22)

4. ¿Considera importante distinguir entre los distintos componentes del equipo?

Sí: 52% (n:15)

No: 48% (n:14)

5. ¿Considera importante distinguir con facilidad los distintos miembros que trabajan en el hospital?

Sí: 100% (n=29)

No: 0% (n=0)

6. ¿Qué identificación considera más adecuada?

Uniformes de distintos colores: 62% (n=18)

Placas identificativas: 17% (n=5)

Otra: 21% (n=21)

Encuesta personal sanitario:

1. ¿Se presentan de forma rutinaria cada uno de los miembros sanitarios que tiene contacto con el paciente?

Sí: 25% (n=20)

No: 75% (n=57)

2. ¿Distingue claramente entre los distintos componentes del equipo sanitario?

Sí: 18% (n=14)

No 82% (n=63)

3. ¿Considera importante distinguir entre los distintos componentes del equipo?

Sí: 82% (n=63)

No: 4% (n=3)

NS/NC: 14% (n=11)

4. Resulta fácil distinguir en todo momento a los distintos miembros del personal sanitario:

Sí: 13% (n=10)

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

- No: 87% (n=67)
-
- 5. ¿Considera importante distinguir con facilidad los distintos profesionales sanitarios que trabajan en el hospital?
 - Sí: 91% (n=70)
 - No: 9% (n=7)
-
- 6. ¿Cree que ayudaría a esa diferenciación que el personal llevase uniformes o signos identificativos?
 - Sí: 86% (n=66)
 - No: 10% (n=8)
 - NS/NC: 4% (n=3)
-
- 7. ¿Qué cree más adecuado para lograrlo?
 - Uniformes de distintos colores: 58% (n=45)
 - Placas identificativas: 34% (n=26)
 - NS/NC: 8% (n=6)

CONCLUSIONES

Tanto la muestra de pacientes como de personal sanitario coincide en la poca incidencia que tiene el personal sanitario a la hora de presentarse a los pacientes como en la distinción de los miembros sanitarios.

Ante esto, y para mejorar la calidad asistencial, la opción mas sugerida es la utilización de uniformes específicos seguido de placas identificativas.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

3 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 461 □

Titulo: SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON DM1 MEDIANTE DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA A1C CAPILAR COMO PARÁMETRO DE CONTROL GLUCÉMICO □

Autores: BANDRES NIVELA MO, CORRUCHAGA ARREGUI D, CASABONA CABELLO ME, LOPEZ ALCUTEN E, VIDAL PERACHO C, GRACIA GIMENO P, BARRAGAN ANGULO A, GARCIA GARCIA B □

Mesa 6. Aula 6. Planta 2ª. Unidad Docente ,3 de junio.16h (duración 8 minutos) □

Centro de trabajo: CME GRANDE COVIAN □

□

□

OBJETIVOS □

Determinar la practicabilidad y fiabilidad de un autonalizador de Hemoglobina (Hb) A1c capilar como medida de control glucémico en el seguimiento intraanual de pacientes con diabetes mellitus (DM) tipo 1. □

MÉTODO □

Se realizó la determinación de HbA1c capilar a los pacientes con DM tipo 1 que acudían a las revisiones periódicas y que no era necesario solicitar otro parámetro analítico en el seguimiento. La determinación de HbA1c en sangre capilar se realizó con un analizador DCA Systems Siemens. Es un método cuantitativo para determinar el porcentaje de concentración de HbA1c en sangre capilar. Este análisis se basa en un método de inhibición de la inmunoaglutinación de partículas de látex. Se contabilizó el tiempo que se emplearía con la realización de una HbA1c capilar y con la determinación de HbA1c mediante procedimiento estándar de laboratorio. Se realizó una encuesta de satisfacción a 10 pacientes (puntuación de 1-10) valorando la rapidez, accesibilidad, higiene y comodidad y una encuesta de satisfacción a 6 profesionales (puntuación de 1-10) valorando la facilidad de uso, comodidad, seguridad, rapidez total del proceso y lograr objetivos de control propuestos. □

RESULTADOS □

Se realizaron 149 determinaciones de HbA1c capilar en pacientes con DM tipo 1. La media de HbA1c capilar fue de 7'3%. En 20 pacientes se realizó una HbA1c capilar y otra en plasma venoso en un plazo medio de 5 días, dando un resultado en sangre capilar de 7'2% y en plasma venoso de 7'4%, existiendo menor diferencia en los niveles de HbA1c mas bajos. En la encuesta de practicabilidad a los pacientes se obtuvo una puntuación media de 9'1. En la encuesta de practicabilidad para profesionales se obtuvo una puntuación media de 8'1. En el calculo de eficiencia (calculado en minutos) el ahorro de tiempo total con la realización de HbA1c capilar es de 35 a 45 minutos. □

CONCLUSIONES □

-La determinación de HbA1c capilar con DCA Systems Siemens para el control intraanual en los diabéticos tipo 1, por su accesibilidad y eficiencia en la utilización de los recursos es una buena alternativa. Supone un ahorro de tiempo para el profesional y usuario, mejorando la eficiencia de todo el proceso. □

-También se realiza esta prueba en el seguimiento de pacientes con DM tipo 2, que no precisen en su seguimiento de otra valoración analítica. □

-Para una adecuada valoración o fiabilidad de los resultados con el autoanalizador de HbA1 c capilar tendríamos que haber contrastado la determinación de HbA1c capilar y venosa, en un mayor número de pacientes.