

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 208

Titulo: MEJORA DE LA CALIDAD DE LA VIGILANCIA DE ENFERMEDADES MEDIANTE LA INTEGRACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIOS

Autores: MARTINEZ CUENCA S, ADIEGO SANCHO B, IPIENS SARRATE JR, MALO AZNAR C, MARCO PIÑA E, CANALES COLAS AJ

Mesa 7. Aula 5. Planta 2ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: DIRECCION GENERAL DE SALUD PUBLICA

□
□

OBJETIVOS

Describir los sistemas de información (SI) externos al Registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y su utilidad para la mejora de calidad de la vigilancia epidemiológica.

MÉTODO

Estudio descriptivo de los SI integrados.

A través de OMI AP se monitoriza gripe, varicela, sífilis e infección gonocócica y se compara con la declaración numérica del Registro EDO en 2013. Se calculan las diferencias porcentuales halladas entre ambos en cada una de las EDO.

Se analizan las urgencias hospitalarias por gripe, se calcula un umbral epidémico y el coeficiente de correlación de Spearman entre PCH y OMI AP en la temporada 2013-14.

Se calcula el número de EDO detectadas exclusivamente a través del Sistema de Información Microbiológica (SIM) en 2010-13.

Se analiza la Morbilidad Hospitalaria por EDO en CMBD, número de altas, fallecimientos y estancia en días en 2012.

RESULTADOS

Las diferencias porcentuales entre OMI AP y la declaración numérica fueron -3,6% (981 casos menos en OMI AP) para gripe, 19,5% (732) en varicela, 120,8% (93) en sífilis y 83,6% (46) en infección gonocócica.

PCH ha permitido calcular que un porcentaje de urgencias por gripe superior al 1% delimita el periodo epidémico de la temporada. El coeficiente de correlación de Spearman entre PCH y OMI AP fue 0,938.

Por el SIM se detectaron 72 EDO y un brote de criptosporidiosis en 2012.

En CMBD se registraron 1.018 altas hospitalarias en Aragón con diagnóstico principal de EDO, el 0,6% del total de altas por cualquier causa. Las más frecuentes fueron salmonelosis (155 altas; 15,6%), tuberculosis respiratoria (144; 14,5%), gripe (122; 12,3%), enfermedad neumocócica invasiva (85; 8,6%), sida (74; 7,5%) y campylobacteriosis (73; 7,4%). Las EDO con mayor mediana de estancia fueron enfermedad de Creutzfeldt Jakob, brucelosis y síndrome de Guillain-Barré (parálisis flácida aguda en menores 15 años). Los casos de enfermedad neumocócica invasiva y sida tuvieron una mediana de estancia superior a dos semanas, tuberculosis 12,5 días y salmonelosis, campylobacteriosis y gripe inferior o igual a cinco días. Se detectaron 37 fallecimientos.

CONCLUSIONES

La integración de SI a través de registros electrónicos aporta información adicional de los casos, gravedad y morbilidad hospitalaria, facilita la detección de brotes y la vigilancia activa de EDO, así como de otros agentes y enfermedades infecciosas. Se detecta un área de mejora en la vigilancia de enfermedades de transmisión sexual. Es necesario seguir trabajando en la integración automatizada y en la interconexión de todas las fuentes.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 219

Título: ACREDITACIÓN POR ALCANCE FLEXIBLE: EXPERIENCIA EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores: LOPEZ CALLEJA AI, ROC L, MARTINEZ SAPIÑA A, PEREIRA J, RUIZ S, OMEÑACA M, VELA ML, REVILLO MJ

Mesa 7. Aula 5. Planta 2ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET

□
□

OBJETIVOS

Describir la sistemática de implantación del alcance flexible en nuestro laboratorio, acreditado según norma ISO 15189 desde el año 2009, y las acciones posteriores para la progresiva implantación en el resto de laboratorios del SALUD

MÉTODO

Para la implantación del alcance flexible se han realizado tres acciones: 1- Definición clara de las categorías de técnicas y magnitudes biológicas a incluir en el alcance, 2- Elaboración de la lista de análisis acreditados, y 3- Redacción de un procedimiento específico para la gestión del alcance flexible, que incluye una lista de comprobación de cambios. Para la progresiva implantación en el resto de laboratorios del SALUD, se ha organizado un taller práctico de formación de dos jornadas.

RESULTADOS

Las técnicas a incluir en el alcance comprendían por una parte todos los marcadores serológicos realizados por quimioluminiscencia y electroquimioluminiscencia automatizada y por otra la carga viral de VIH, VHB, VHC y CMV. Las categorías de ensayos se definieron como "Determinación de marcadores serológicos víricos, bacterianos y parasitológicos mediante inmunoensayo automatizado" para las técnicas serológicas, y "Cuantificación de la carga vírica mediante extracción, amplificación y detección de ácidos nucleicos en tiempo real por ensayo integrado automatizado" para la carga viral. Los requisitos necesarios y la lista de comprobación han sido incluidos en el PTG-06 Gestión del alcance flexible, disponible en la intranet del SALUD. Tras la auditoria de ENAC de junio de 2013 se consiguió con éxito la acreditación por alcance flexible. Con fecha 12/02/14 y 02/04/14 se ha impartido el taller de formación al resto de laboratorios acreditados, siendo previsible la implantación de alcances flexibles en otros laboratorios.

CONCLUSIONES

La implantación de requisitos para la acreditación por alcance flexible en un laboratorio previamente acreditado y con experiencia se puede acometer sin grandes dificultades, siempre que queden bien definidas las categorías y esta definición sea adecuada a lo que se pretende acreditar.

La acreditación por alcance flexible presenta como principal ventaja el poder realizar modificaciones o ampliaciones del alcance sin la evaluación previa de ENAC, pero para ello se debe establecer y seguir el procedimiento de gestión del alcance flexible que asegure el cumplimiento de todos los requisitos pertinentes antes de emitir resultados acreditados.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 225

Título: CERTIFICACIÓN ISO 9001 EN EL SERVICIO DE HOSTELERIA- COCINA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores: PEREZ SALILLAS M, CONDE GARCIA R, VERA CEAMANOS M, SEGURA AZNAR MJ, GARCIA BLASCO S
Mesa 7. Aula 5. Planta 2ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET

OBJETIVOS

Se han establecido indicadores para medir periodicamente nuestro trabajo, y a partir de ahí se han marcado objetivos para el año 2014 que nos permitan garantizar la calidad del sistema implantado así como una mejora continua.

- Mejorar el control de las compras: suministro de productos alimenticios por parte de los proveedores
- Cualificar al personal de cocina en materia de Higiene alimentaria
- Mejorar los resultados microbiológicos de comidas no sometidas a tratamiento térmico

MÉTODO

Establecer indicadores para controlar los procesos y así comprobar si se están cumpliendo los objetivos planteados.

- Control de compras: Comprobar el porcentaje de concordancia entre la marca suministrada con la adjudicada en el concurso (para productos no perecederos), así como que la cantidad solicitada se corresponda con la recibida (para productos perecederos)
- Cualificación del personal: Programar curso de manipulación de alimentos en Junio de 2014 para personal de nueva incorporación y/o que hayan recibido formación hace más de cuatro años.
- Resultados de comidas no sometidas a tratamiento térmico: control microbiológico semanal de una muestra durante periodo estival.

RESULTADOS

La evaluación de resultados se realiza según estándares establecidos.

Control de compras ? estándar: 80%

Cualificación del personal ? estándar: 80%

Resultados comidas no sometidas a tratamiento térmico ? estándar: 80%

Resultados obtenidos hasta abril 2014

Control de compras

- Alimentos no perecederos: 97,53%
- Alimentos perecederos: 94,02%

Cualificación del personal. Plantilla total cocina en diciembre 2013: 194. Han recibido formación: 184.

Personal cualificado en materia de higiene alimentaria: 95%

Resultado comidas no sometidas a tratamiento térmico. Año 2013. 25 muestras.

100% libres de patógenos

44% satisfactorios en recuento de enterobacterias.

CONCLUSIONES

El Servicio de Cocina está muy comprometido en el establecimiento de un Sistema de Gestión de Calidad normalizado, donde los procesos más importantes que realiza están perfectamente descritos y documentados, orientado a conseguir la Certificación UNE-EN ISO 9001-2008.

La medición periódica de nuestro trabajo a través de indicadores, nos permite garantizar la calidad del mismo, dentro de un proceso de mejora continua.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 267 □

Título: E-RESATER EN ARAGÓN. TELEMONTORIZACIÓN DE PACIENTES CRÓNICOS EN RESIDENCIAS DE ANCIANOS. (PROG INTERREG IV B SUDOE) □

Autores: COLL CLAVERO J, SIERRA CALLAU M, ANGLÉS BARBASTRO R, MUÑOZ GALLEGO D, FEO JAMBRINA MT, BLANC FARO C, DELGADO MOLES V, PALACIO BARDAJÍ MJ □

Mesa 7. Aula 5. Planta 2ª. Unidad Docente, 4 de junio. 17h (duración 8 minutos) □

Centro de trabajo: H BARBASTRO □

□

□

OBJETIVOS □

En el marco de e-RESATER se está pilotando un servicio en tres residencias del Sector de Barbastro (Albelda, Binéfar y Campo) con los siguientes objetivos: □

□

- Realizar la tele-monitorización de constantes vitales de los residentes de residencias de ancianos. □
- Poner en práctica un nuevo modelo de atención basado en TICs en el que gracias a la tecnología se produce una adecuación de roles entre personal sanitario y no sanitario y una transferencia de actividad de las organizaciones sanitarias a las sociales. □
- Evaluar el nuevo modelo de atención bajo un marco de evaluación de proyectos de telemedicina (GEMSA) basado en los ejes: estrategia, tecnología, organización, calidad, economía y proyecto. □

MÉTODO □

Los médicos de AP encargados de las residencias han realizado una evaluación de los criterios de inclusión (antecedentes de: IC, IAM, EPOC, ACV y DM) y exclusión de los residentes (demencia avanzada) y han marcado las pautas de telemonitorización para cada uno de ellos en función de su perfil patológico y de las guías generales de otros proyectos (DREAMING y PITES). □

□

El personal de las residencias (auxiliares) realiza la toma de constantes vitales de los de residentes con el kit tecnológico que se les ha suministrado a cada residencia según las pautas indicadas por el médico de AP. Estas constantes se envían de forma automática a un portal de monitorización de constantes vitales alojado en los sistemas de información del SALUD que almacena estos valores. Si estos valores están fuera de los rangos preestablecidos para cada paciente, se produce una alarma (tipo I, desviación leve, se produce el envío de un email o tipo II, desviación acusada, se envía un SMS). Estas alarmas son gestionadas por personal sanitario de la residencia. Además los valores se recogen en la aplicación de telemonitorización y son accesibles para el personal sanitario (AP y residencia). Los valores de alarma de tipo II y al menos una medida mensualmente se incorporarán además a la historia clínica del paciente OMI-AP de forma automática. □

RESULTADOS □

El piloto tiene una duración de seis meses tras los cuales se realizará la evaluación de resultados. Se van a utilizar la metodología GEMSA. □

CONCLUSIONES □

Se elaborará una guía al final del proyecto con los resultados de la evaluación del servicio, las lecciones aprendidas, el estudio del modelo de negocio (sostenibilidad y viabilidad del modelo propuesto) y la transferencia de resultados (análisis de la ampliación de este modelo a gran escala y a otros escenarios).

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 295 □

Titulo: ALTA HOSPITALARIA Y REINGRESO DE ANCIANOS MUY ANCIANOS ¿QUÉ ESTA OCURRIENDO? □

Autores: CONSTANTE PEREZ Y, CANOVAS PAREJA C, GARCIA ARILLA CALVO E □

Mesa 7. Aula 5. Planta 2ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 8 minutos) □

Centro de trabajo: H NTRA SRA DE GRACIA □

□

□

OBJETIVOS □

Analizar la prevalencia de utilización de recursos asistenciales de pacientes antes y después del ingreso en Geriatría y conocer el perfil de "paciente reingresador". □

MÉTODO □

Estudio descriptivo en pacientes ingresados desde enero a abril de 2013. Se analiza atención en consulta de especialidades, urgencias u hospitalización, 3 meses pre-ingreso o 3 meses post-alta y la causa que lo motivó. Se registran datos ambientales, comorbilidad, nivel cognitivo, funcional y mortalidad. Historia electrónica intranet SALUD. SPSS. □

RESULTADOS □

290 pacientes, 60% mujeres. Edad media 85,76 años. 30% mayores de 90 años. El 66,7 % vivían en domicilio. 45% dependencia severa (Barthel <20). Chalon medio: 2,73. Índice Profund medio: 9, >11: 46%. El 40 % tomaba más de 7 fármacos. Estancia media 12 días. □

Ingreso por patología infecciosa 48,6% (neumonía 28,2%). □

Comorbilidad: Demencia con alteraciones de conducta 39%, ictus 17%, insuficiencia cardiaca 37%, respiratoria 32%, anemia 40%, insuficiencia renal 20,1%, diabetes 21,5%. deshidratación 6,9%, desnutrición 20%, disfagia 20,5%, impacto fecal 21,3%, úlceras por presión 9,7%. Fallecieron un 14% (41). □

El 21,4 % (63) tuvo algún ingreso 3 meses antes (26 en Geriatría y 18 en otros servicios en 4 hospitales diferentes). El motivo coincidió en el 13,7%. Predominio de patología cardiorespiratoria o subsidiarios de cuidados paliativos (p<0,05). El 16,3% acudió a urgencias 3 meses antes y el 20,6% a consultas de especialidades. □

El 20,2 % (52) tuvo algún ingreso 3 meses post-alta (26 en Geriatría y 25 en otros servicios en 4 hospitales diferentes).

Mayor prevalencia de demencia con trastornos de conducta (p<0,05). El motivo de ingreso coincidió en el 8,8%. El 16,3% acudió a urgencias y el 20,6% a consultas de especialidades. 10 pacientes fallecieron. □

CONCLUSIONES □

Conclusiones: □

La revisión de la Historia electrónica unificada permite conocer "el circuito del paciente geriátrico" y confirma la elevada utilización de recursos asistenciales en nuestro entorno. □

El perfil del paciente reingresador es un anciano con elevada comorbilidad, descompensación de patología cardiorrespiratoria y demencia con trastornos de conducta o subsidiario de cuidados paliativos. □

El conocimiento de estos datos debería facilitar la gestión de los recursos disponibles en nuestro medio y mejorar estrategias de coordinación entre niveles asistenciales.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 318

Título: DEL REGISTRO AL INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: MEJORAS CUALITATIVAS EN LA NUEVA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DEL 061 ARAGÓN

Autores: SATUSTEGUI DORDA PJ, CASANOVA ROYO AI, PUJOL ESTEVE EF, PUEYO ENRIQUE C

Mesa 7. Aula 5. Planta 2ª. Unidad Docente, 4 de junio. 17h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: GERENCIA 061 ARAGON

OBJETIVOS

Diseñar un Informe de Cuidados de Enfermería, incorporando la metodología del proceso enfermero en la documentación clínica utilizada por los enfermeros de las Unidades Móviles de Emergencias del 061 ARAGÓN.

MÉTODO

Se desarrolló un trabajo de intervención, durante los años 2012 y 2013, articulado a través de las actividades del Grupo de Mejora de Calidad Competencias de Enfermería de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 ARAGÓN.

La elaboración del Informe de Cuidados de Enfermería, tomó como punto de partida el registro utilizado en la Gerencia del 061 ARAGÓN durante los años 2000-2012, que fue analizado mediante sistemática DAFO por un grupo de 14 enfermeros.

Una vez realizado el diagnóstico inicial, y utilizando la técnica cualitativa de grupo nominal, se estructuró el informe de cuidados de enfermería en los apartados: Datos relativos al aviso; Valoración enfermera; Gráfica de constantes vitales, Fármacos administrados, Diagnósticos NANDA y problemas interdependientes; Resultados (NOC), Intervenciones (NIC); y Observaciones.

Con posterioridad, fueron seleccionados los patrones funcionales de Gordon como elemento para la valoración clínica. Así mismo, utilizando el grupo nominal y otras técnicas cualitativas de interacción (fórum comunitario, etc.), se elaboró un manual en el que se recogían, contextualizado en el medio extrahospitalario, las principales etiquetas diagnósticas NANDA junto a las intervenciones asociadas a las mismas.

Finalmente, el nuevo informe se maquetó en formato DIN A-3, implementándose tras las correspondientes actividades de difusión en abril de 2013.

RESULTADOS

El informe de cuidados de enfermería de la Gerencia del 061 ARAGÓN garantiza la calidad asistencial y la continuidad de los cuidados, al estar desarrollado sobre la base metodológica del proceso enfermero.

Por otro lado, su utilización garantiza el derecho a la información que tienen los usuarios del Sistema Aragonés de Salud, que son atendidos por Unidades de Emergencias Extrahospitalarias del 061 ARAGÓN, pues su contenido se ajusta a la normativa del Estado Español en materia del conjunto mínimo de datos que deben contener los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.

CONCLUSIONES

La incorporación de aspectos metodológicos propios de las diferentes disciplinas a los informes clínicos del Sistema Nacional de Salud, constituye un garante de la calidad asistencial, de los derechos de los usuarios y de la continuidad de los cuidados sanitarios.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 319

Titulo: PROYECTO DE MINIMIZACIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS EN UN SERVICIO DE HEMODIÁLISIS

Autores: GARCIA MENA MM, SANCHO ALCAZAR MC, LOPEZ SANTEDE C, PEREZ SANS J, VILLAJOS LUJAN LM, REDRADO FUERTES JF, ALCALA DOMINGO MC

Mesa 7. Aula 5. Planta 2ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: H SAN JUAN DE DIOS

OBJETIVOS

Los objetivos del presente proyecto son la minimización de los residuos sanitarios específicos del grupo III generados en la Unidad de Hemodiálisis, la reducción del coste económico de gestión de dichos residuos y la minoración del impacto ambiental negativo en nuestro entorno.

MÉTODO

Análisis de la operativa de gestión de los residuos en la Unidad de Hemodiálisis por parte de un equipo interdisciplinar de profesionales del centro, identificando los diferentes tipos de residuos generados en la Unidad, revisando el proceso de segregación de dichos residuos, y en base a ello, definiendo medidas para su minimización (separar correctamente los peligrosos de los no peligrosos) y modificando los protocolos de trabajo de la Unidad.

RESULTADOS

Cambios introducidos en la segregación:

Tras revisar los posibles residuos que se podían desechar como residuo sanitario del Grupo II (asimilable a urbano) y recibir autorización expresa de la DGA (INAGA) se procede a redefinir los residuos que deben gestionarse como Residuos Peligrosos procediendo a realizar los cambios organizativos oportunos.

Cambios introducidos en las tareas del personal:

En base a la nueva segregación de residuos se redefine el protocolo de personal enfermero y auxiliar de desconexión de pacientes y desecho de los residuos generados, se documenta el procedimiento a seguir y se realizan campañas informativas entre el personal para que conozcan dichos cambios. En el mes de diciembre de 2013 se inicia prueba piloto en una de las salas de diálisis durante un mes, con la finalidad de identificar cambios y mejoras a introducir en el nuevo proceso de gestión de dichos residuos. En enero de 2014 se procede a desplegar los cambios en las 4 salas de la Unidad de Diálisis.

Kilos totales de residuos en el periodo: durante los tres primeros meses de 2014 se ha reducido un 29% el número de kilos de residuos peligrosos del Grupo III con respecto a 2013, pasando de 16.549 kilos a 11.675 kilos. La previsión para 2014 es que la reducción sea alrededor de 20.000 kilos.

Gasto Total en el periodo: durante los tres primeros meses de 2014 se ha reducido el gasto de gestión de los residuos en un 32 % con respecto a 2013.

CONCLUSIONES

Tras el proyecto realizado, podemos concluir que el abordaje interdisciplinar de aspectos concretos del trabajo (desconexión de pacientes) permite introducir mejoras con diversos efectos positivos: mejora ambiental, mejora del proceso de trabajo y mejora económica.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 337

Título: TRABAJO SOCIAL SANITARIO HOSPITALARIO INNOVANDO EN LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Autores: FERNANDEZ BELLOCQ A, LOPEZ MARTINEZ AC, MARCO LIARTE MC

Mesa 7. Aula 5. Planta 2ª. Unidad Docente, 4 de junio. 17h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: H SAN JUAN DE DIOS

OBJETIVOS

Comprobar si el cambio en el protocolo de Detección Precoz de Riesgo Social ha mejorado el servicio brindado por la Unidad de Trabajo Social del Hospital San Juan de Dios de Zaragoza.

MÉTODO

Se trata de un estudio retrospectivo comparativo entre los resultados obtenidos de la toma diaria de los indicadores referentes al año 2012-2013. Este estudio se realiza teniendo como premisa el protocolo de Detección de Riesgo Social puesto en marcha en el servicio en el año 2007. Tras unos años implantado se cree conveniente revisar el mismo y si en ese tiempo transcurrido es idóneo o bien hay que realizar alguna variación.

Se analizan estas modificaciones, informatizando la historia social e incorporando en cada uno de los casos objetivos concretos con sus respectivas actuaciones a realizar; siendo estos datos importantes e imprescindibles para poder evaluar el proceso.

Los indicadores que se recogieron son:

nº de valoraciones adecuadas al alta, nº de valoraciones adecuadas con riesgo social y estancia media de pacientes con grave problemática social antes y después de la modificación del protocolo.

RESULTADOS

Resultados de los indicadores en el ejercicio del año 2012:

Número de valoraciones adecuadas al alta: 98.32%

Número de valoraciones adecuadas con riesgo social: 92.89%

Estancia media de pacientes con grave problemática social: 1.00

Resultados de los indicadores en el ejercicio del año 2013:

Número de valoraciones adecuadas al alta: 98.86%

Número de valoraciones adecuadas con riesgo social: 94.26%

Estancia media de pacientes con grave problemática social: 0.97

CONCLUSIONES

Las conclusiones que se obtienen a raíz de este análisis son las siguientes:

- * La informatización de la Historia Social contribuye a optimizar el tiempo destinado a la intervención directa de los casos, mermando así la dedicación destinada a gestiones administrativas.
- * La incorporación en el proceso de intervención de la programación de objetivos y actuaciones específicas en cada caso ha mejorado la calidad del servicio aumentando la eficacia y la eficiencia del mismo según los resultados obtenidos.
- * Las modificaciones realizadas también mejoran notablemente la evaluación de los procesos de los casos dados de alta hospitalaria por mejoría ya que este se hará en función de los objetivos planteados y alcanzados al final del proceso.
- * Una Buena práctica en la intervención del Trabajo Social en el ámbito hospitalario puede y debe contribuir a la calidad en la atención integral de los usuarios

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 414

Título: PROGRAMA DE INSPECCION DE CENTROS Y SERVICIOS DE TRANSFUSION

Autores: ABAD DIEZ JM, PEREZ ALIAGA AI, PUENTE F, ARANDA A, DOMINGO JM, MORENO P

Mesa 7. Aula 5. Planta 2ª. Unidad Docente, 4 de junio. 17h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: DG DE PLANIFICACION Y ASEGURAMIENTO

OBJETIVOS

Unidad asistencial de un centro hospitalario, vinculada a un centro de transfusión, en la que, bajo la responsabilidad de un médico especialista en Hematología y Hemoterapia, se almacena sangre y componentes sanguíneos para su transfusión y en la que se pueden realizar pruebas de compatibilidad de sangre y componentes para uso exclusivo en sus instalaciones, incluidas las actividades de transfusión hospitalaria

MÉTODO

Se elaboró un procedimiento para la inspección de ST y otro para CT. El procedimiento fue elaborado y aprobado por el responsable del programa de Inspección y los responsables de Calidad del Banco de Sangre y Tejidos de Aragón.

Incluye un protocolo de inspección, basado en las recomendaciones del European Blood Inspection System (EUBIS). En el protocolo de un ST se identificaron 135 criterios de inspección, agrupados en los apartados de Principios generales (8 criterios), Documentación y registro (12 criterios), Personal y sistema de calidad (15 criterios), Prescripción y administración de sangre y componentes sanguíneos (14 criterios), Donación de sangre autóloga (18 criterios), Locales, equipamiento y material (13 criterios), Conservación y almacenamiento (22 criterios), Comité de Transfusión (12 criterios), Hemovigilancia (15 criterios), Trazabilidad (6 criterios).

El protocolo del CT identifica 225 criterios, agrupados en los apartados de Cartera de servicios (10 criterios), Documentación y registro (12 criterios), Personal y organización (8 criterios), Sistema de calidad (20 criterios), Locales (16 criterios), Equipamiento y materiales (23 criterios), Promoción de la donación (16 criterios), Selección de donantes (22 criterios), Extracción (17 criterios), Laboratorios y verificación (22 criterios), Procesamiento (18 criterios), Conservación, Almacenamiento y distribución (26 criterios), Hemovigilancia y trazabilidad (15 criterios).

RESULTADOS

Se inspeccionaron en el periodo de Febrero a Mayo de 2014 18 ST y 1 CT. En dos de los ST se consideró que no tenían actividad asistencial suficiente en el campo de la hemoterapia para el mantenimiento de un ST con arreglo a los requisitos marcados en la legislación. Se identificaron una media de total de 98 recomendaciones de mejora (promedio de 6.1 recomendaciones/centro). De ellas 15 fueron recomendaciones mayores y 83 recomendaciones menores.

En la inspección del CT se identificaron 7 recomendaciones de mejora

CONCLUSIONES

El programa de inspección ha supuesto una oportunidad para identificar aspectos de mejora en los centros y servicios inspeccionados.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 454 □

Título: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A NUESTROS CLIENTES INTERNOS SOBRE LA PERCEPCIÓN DEL S. DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y ARCHIVOS □

Autores: PEÑA OLLE C, SAN MIGUEL ARBUES ELENA, AZNAR ASPAS CARMEN, SORO DOMINGO MFE, VALLESPIN FERRER MERCEDES, VELAZQUEZ CUENCA PILAR, BERNAL MARIN YOLANDA, MARCO ARBUES MMONLORA □

Mesa 7. Aula 5. Planta 2ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 8 minutos) □

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET □

□

□

OBJETIVOS □

Desarrollo y posterior valoración de una encuesta de satisfacción entre los usuarios internos (consultas externas, hospitalización, urgencias y resto de actividades asistenciales), de cara a la identificación tanto de aquellos aspectos mejor valorados como los susceptibles de incluir en futuros planes de mejora □

MÉTODO □

Diseño de un modelo de encuesta que consta de: □

Cinco preguntas de respuesta única para identificación del tipo de usuario y tipo información que requiere al acudir al Servicio. Cinco preguntas para marcar el grado de satisfacción. Dos preguntas abiertas para la inclusión de observaciones. □

La Encuesta fue validada previamente con una pequeña muestra aleatoria de usuarios de varios servicios. □

La entrega de las encuestas se realizó en los puntos de entrega de Historias Clínicas en el Hospital y en los Centros Médicos de Especialidades. □

Se colocaron buzones en la zona de entrega y se proporcionaron sobres para un posible envío posterior, con el objetivo de que fuera totalmente anónima. □

La actividad se realizó en tres días diferentes de la semana (lunes, miércoles y viernes) con el objetivo de recoger al mayor número de usuarios. □

RESULTADOS □

Presentados en un conjunto de tablas y gráficos según tipo de usuario y frecuencia de uso. □

Grado de satisfacción del encuestado y en el caso de las preguntas abiertas se agrupan de cara a realizar acciones de mejora. □

Información a la plantilla de los resultados. □

CONCLUSIONES □

Con estas encuestas obtenemos: Información de las necesidades de los usuarios, valoración del Servicio, implicación del todo el personal del servicio en la atención a los usuarios e información de los puntos donde tenemos que aplicar acciones correctivas.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 256

Título: DISEÑO EN IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE GESTIÓN DE CAMAS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores: RECHE SABATER A, GIMENO LARA J, MOLES ALEGRE M, ALTABAS ALCON A, BLASCO CASORRAN M, ARAGONES VILLANUEVA C, VIDAL MESEGUER A, ARIÑO PEREZ JS

Mesa 8. Aula 1. Planta 1ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: H ALCANIZ

OBJETIVOS

Nuestro objetivo inicial fue elaborar un programa de gestión de camas que mostrara en tiempo real las camas disponibles en el hospital para que pudieran ser gestionados íntegramente los ingresos desde admisión, incrementando la eficiencia del Servicio de Urgencias y estableciendo la trazabilidad en la localización de los pacientes con la final de evitar incidentes críticos.

MÉTODO

Desarrollo de una aplicación web de gestión de camas a partir de las necesidades expresadas por el equipo de proceso de hospitalización, proceso de urgencias y servicio de admisión.

RESULTADOS

Se elaboró una versión inicial del programa que incorporó la identificación del paciente, cama, una interfaz que permitía registrar los cambios de cama y los aislamientos. Admisión se ocupa de solicitar la cama a partir de los datos del programa.

Se monitoriza periódicamente en las plantas que las altas se notifican en tiempo real dentro del programa. La buena acogida del programa hizo llegar sugerencias de distintos grupos de trabajo habiéndose incorporado en la actualidad la reserva de cama para cirugía y las notificaciones de avisos a medicina preventiva para control de SARM (pacientes con úlceras, sondajes, ostomías, heridas) y un apartado para admisión donde se muestran los movimientos de camas pendientes, así como un histórico de movimientos. En el momento actual se está trabajando en una nueva actualización a partir de sugerencias de unidades clínicas y grupos de trabajo añadiendo al icono de cama el nombre del médico que lleva al paciente y diagnóstico principal, conectar el nombre del paciente con la historia clínica electrónica y también con el programa de dietas del hospital.

CONCLUSIONES

La elaboración de un programa informático propio de gestión de camas a partir de las necesidades identificadas por los equipos de proceso, el servicio de admisión y el servicio de informática ha permitido mejorar la comunicación, aumentar la eficiencia de los profesionales, incrementar la seguridad clínica a través de la facilitación de la trazabilidad y agilizar el proceso de ingreso de los pacientes.

La disponibilidad de un equipo de informáticos atento a facilitar las necesidades de los clínicos ha sido clave para el desarrollo de este proyecto. La comunicación de los equipos de proceso con el servicio de informática debe ser uno de los pilares del desarrollo de la gestión por procesos.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 298 □

Título: USO RACIONAL DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES: CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO HOSPITALARIO □

Autores: MATARREDONA PAREJA AM, MOZOTA DUARTE J, ALCACERA LOPEZ MA, VILLANUEVA ANADON B, LOPEZ IBORT N, CEBOLLADA GRACIA AD □

Mesa 8. Aula 1. Planta 1ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 8 minutos) □

Centro de trabajo: H CLINICO UNIVERSITARIO □

□

□

OBJETIVOS □

Numerosos estudios evidencian un exceso en la prescripción de los Inhibidores de la Bomba Protones (IBP). □

En el año 2011 se elaboró un protocolo de Uso Racional de IBPs en el Hospital Clínico Lozano Blesa. □

Evaluar el grado de aplicación del protocolo: Utilización Racional de IBPs en ámbito hospitalario. □

MÉTODO □

Estudio observacional, descriptivo, transversal del 1 de septiembre al 30 de octubre de 2012 en pacientes adultos con estancia hospitalaria mayor de 48 horas con prescripción de IBP en su ingreso en servicios con unidosis. □

De 6370 pacientes ingresados en dichos Servicios, 4725 recibieron IBP. Calculamos una muestra de 112 casos para un error admisible de 8%, con un nivel de confianza del 95%. □

El análisis descriptivo general se realiza con IC del 95% y un riesgo alfa del 5%, utilizando el paquete estadístico Spss 19. □

RESULTADOS □

El 75% son pacientes mayores de 65 años, IC95%(66,98-83,02). La distribución por sexos fue similar. La mayor parte de los pacientes ingresan en servicios médicos (77,68%) con IC95%(69,97-85,39), siendo el de Digestivo el más frecuente. □

El 68,8% de los pacientes recibían un IBP previo al ingreso, el más común Omeprazol v.o. □

El día de evaluación hospitalaria, el 46,4% tenía alguna indicación para el uso de IBP: □

el 24,1% indicación terapéutica según la AEMYPS, el 33% en prevención de gastropatía por AINES y el 12,5 % tenían la Indicación de Prevención de Úlceras de Stress. □

El fármaco más usado fue el Omeprazol (86,61%), seguido del pantoprazol (12,5%) □

El 32,1 % de los pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente, IC95%(23,49-40,79). □

La endoscopia digestiva alta fue realizada en un 8,90% de pacientes □

CONCLUSIONES □

El Omeprazol , es el fármaco más utilizado. □

La dosis correcta y bien indicada, Omeprazol 20 mg oral, se administró en más de la mitad de los pacientes. □

Se observa un importante porcentaje de prescripción de IBP durante la estancia hospitalaria sin adecuarse a las indicaciones establecidas por el protocolo. □

El ingreso no supone una mejora en la adecuación del uso de IBP frente a la utilización previa al ingreso. □

Creemos importante establecer acciones de mejora encaminadas a mejorar esa situación, como puede ser una mejora en la difusión del protocolo, acompañado de su inclusión como un objetivo a cumplir por los servicios, siendo un indicador de calidad importante

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 306

Título: ACTUALIZACIÓN DEL REGISTRO ANESTÉSICO PERIOPERATORIO EN EL H.U. MIGUEL SERVET

Autores: SANCHEZ ANDRES A, SANJUAN VILLARREAL TA, LUCAS HERNANDEZ A, HERRANZ ANDRES MP, IZQUIERDO VILLARROYA B, ORO FRAILE J, RAMOS MORENO G, LAGLERA TREBOL S

Mesa 8. Aula 1. Planta 1ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET

OBJETIVOS

-Unificar el registro del proceso anestésico en un único documento para todas las Secciones

-Analizar el estado del registro anestésico

-Agilizar la revisión y localización de los registros

-Actualizar este documento médico-legal y prepararlo para futuros avances anestésicos

-Valorar la satisfacción y la opinión del registro

-Facilitar y optimizar el manejo perioperatorio por parte de los Servicios solicitantes y mejorar la programación

MÉTODOS

-Revisar los registros previos y compararlos con los estándares de la SEDAR y de otros Hospitales de nuestro medio

-% Historias con el preoperatorio o intraoperatorio extraviado

-Elaborar el borrador del nuevo registro en papel de color

-% de Participación en la sesión de presentación del borrador

-% Complimentación de la encuesta inicial por los FEAs

Encuesta de valoración:

"Evalúe los siguientes aspectos sobre la gráfica y el estudio preanestésico, con el siguiente baremo: 1=Muy baja, 2=Baja, 3=Indiferente, 4=Alta, 5=Muy alta"

A) Sobre la gráfica anestésica, su satisfacción actual con la misma

B) Sobre el estudio preanestésico, su satisfacción actual con el mismo

C) Considere la importancia de ambos registros en su práctica clínica

D) Considere la importancia de ambos registros para el paciente

E) La necesidad de modificar ambos registros en la actualidad

F) La importancia de la fusión del proceso anestésico en un único documento

G) La modificación presentada en la actualidad supone una mejora global

(Resultados: Media/Mediana)

-Penetración del uso del nuevo registro

-Complimentación del registro de los tres subprocesos:

Fechas (%)

Identificación del FEA responsable del subproceso (%)

Indicador centinela de cumplimentación (Muestra: 50 historias revisadas/sección anualmente)

RESULTADOS

-Participación en la presentación: 84,3% (70 de 83 FEAs)

-Complimentación de la encuesta inicial: 41,1% (30 de 73 FEAs, excluyendo los promotores)

-Resultados a las preguntas (Media/Mediana): A) 2,72/3; B) 2,64/3; C) 4,47/5; D) 4,36/4,5; E) 4,19/4; F) 4,69/5; G) 4,33/4

-Historias de pacientes con un registro extraviado: 4 % (2/50 revisadas)

-Se unificó el registro anestésico en un único documento para todas las Secciones

CONCLUSIONES

-Los FEAs consideran que el nuevo documento es oportuno

-El nuevo documento está pendiente de implantación, así como su análisis de la satisfacción y cumplimentación

-Pese al avance que puede suponer esta implantación, el objetivo de conseguir un registro óptimo con un mínimo riesgo de pérdida de datos no será posible hasta disponer de su completa informatización

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 308

Título: CALIDAD DEL REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN O FLUTTER AURICULAR ATENDIDOS EN URGENCIAS

Autores: ESTABEN BOLDOVA V, ALONSO FORMENTO JE, GARCES SAN JOSE C, PUEYO MORER MJ, GOMEZ BITRIAN J, MONTESA LOU C, ALDEA MOLINA E

Mesa 8. Aula 1. Planta 1ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET

OBJETIVOS

La fibrilación y el flutter auricular (FA) son arritmias frecuentes en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) que se caracterizan por ser procesos progresivos con tendencia a la recurrencia y a la forma permanente. Por eso es fundamental un registro adecuado de las actuaciones, y de la situación cardiológica del paciente pre-alta.

OBJETIVOS

El grupo de SEMES Aragón Avanza, ha creado un grupo de trabajo con representación de los SUH de todos los Hospitales del Servicio Aragonés de Salud (SALUD), con todos los pacientes atendidos en nuestros SUH con FA (estudio SArA I). En este trabajo presentamos los indicadores de calidad y los estándares elegidos del registro en la historia clínica del paciente. Pretendemos mejorar la atención a estas arritmias, monitorizando los indicadores, después de la difusión de un protocolo en los SUH.

MÉTODO

El estudio SArA I se trata de un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de aquellos pacientes mayores de 14 años atendidos en los SUH de la red de Hospitales del SALUD, con diagnóstico de FA, entre el 1 de Julio y el 31 de Diciembre de 2012. Los datos se obtuvieron mediante la revisión de la historia clínica informatizada del paciente, y se trataron mediante el programa ACCESS y posterior estudio estadístico con el programa SPSS v15.

RESULTADOS

Se atendieron 1928 pacientes con Fibrilación auricular o Flutter auricular en los SUH de los Hospitales de nuestra Comunidad Autónoma durante 6 meses. Los indicadores de calidad y los estándares de calidad (EC) elegidos fueron:

-Registro del tipo de la arritmia: se había registrado en un 97,6% de los casos(EC:95-100%).

-Registro de la duración (más o menos de 48 horas) de la arritmia: en un 91,4% de pacientes se detallaba en la historia clínica(EC:90-95%).

-Cálculo de la escala CHA2DS2-VASC:se había registrado la escala CHA2DS2-VASC sólo en un 18,4% de los casos(EC:50-75%).

-Cálculo de la escala HASBLED:se había registrado en un 12,6% de los casos(EC:40-60%).

-Registro del ritmo al alta:estaba especificado en la historia clínica del paciente en un 90% de los casos(EC:95-100%).

-Recomendaciones de anticoagulación al alta:en ningún caso se registró en la historia(EC: 25-50%).

CONCLUSIONES

Es importante realizar protocolos de manejo interhospitalarios de patologías frecuentes en los SUH, como son las arritmias. Pero es igual de importante el registro adecuado de diferentes parámetros en la historia clínica del paciente, para facilitar la actuación de sucesivas visitas por la misma patología cardiaca.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 338 □

Título: PERCEPCIÓN DEL CLIMA DE SEGURIDAD EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DE TERCER NIVEL □

Autores: BERNAL MATILLA CI, RUIZ DE GOPEGUI MIGUELENA P, RUIZ AGUILAR AL, NAVARRO_JIMENO J, RAMOS ABRIL R, MELLADO GALDEANO MD, TEJADA ARTIGAS A, VICENTE DE VERA BELLOSTAS MB □

Mesa 8. Aula 1. Planta 1ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 8 minutos) □

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET □

□

□

OBJETIVOS □

Conocer la percepción del personal del Servicio de Medicina Intensiva (SMI) acerca del nivel de Seguridad Clínica, a través de unas encuestas diseñadas para tal fin, de cara a instaurar cambios en las áreas más vulnerables. □

MÉTODO □

Para la valoración del clima de Seguridad Clínica se adaptó el modelo de cuestionario empleado en el registro ENVIN, según las características de nuestro servicio. La encuesta consta de 60 ítems que incluyen aspectos ambientales, formativos, de comunicación, trabajo en equipo y percepción individual sobre la seguridad clínica. Cada ítem plantea una situación, con 5 posibles respuestas: desde "muy en desacuerdo" hasta "muy de acuerdo" o bien desde "nunca" hasta "siempre". La encuesta, de carácter voluntario y confidencial, fue distribuida en papel a todo el personal en cada una de las 4 unidades (Coronaria, Postoperatorio Cardíaco, Polivalente y Traumatología), entre el 1 y el 31 de enero del presente año. Los datos fueron informatizados y analizados con el programa estadístico SPSS 15.0®. □

RESULTADOS □

Se han analizado un total de 110 encuestas. 21 (19,1%) en la Unidad Coronaria, 32 (29,1%) en Postoperatorio Cardíaco; 40 (36,4%) en la Polivalente y 17 en Traumatología (15,5%). En cuanto a la categoría profesional, 64 (58,2%) fueron respondidas por enfermería; 29 (26,4%) por Auxiliares; 13 (11,8%) por FEAs; 2 (1,8%) por celadores, y 1 (0,9%) por residentes. Respecto al grado de seguridad percibida del 0 al 10, la media fue de un $7,24 \pm 1,43$, y un recorrido entre 3 y 10. Algunos de los resultados a destacar fueron: casi un 31% del personal considera que no se llevan a cabo las medidas necesarias cuando se produce un incidente, mientras que un 36,4% creen que nunca o casi nunca se discute sobre cómo evitar que vuelva a ocurrir; un 47,7% no considera que nuestros medios de trabajo sean buenos para evitar errores; 61% del personal de enfermería no considera que exista buena comunicación con el personal médico; un 75,5% considera que su superior no tiene en cuenta las sugerencias que hace el personal para mejorar la seguridad; 72,7% piensan que no hay buena coordinación entre distintas unidades. □

CONCLUSIONES □

A la vista de los resultados, podemos concluir que, si bien hay una aceptable percepción respecto al clima de Seguridad del Paciente en nuestro servicio, hay áreas vulnerables y con un amplio margen de mejora, como la comunicación entre médicos y enfermería, la relación con los superiores, y la coordinación entre las distintas unidades.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 342

Titulo: PROTOCOLO DE ALTA RESOLUCIÓN EN MANEJO DE HEMATURIA MONOSINTOMÁTICA EN UN HOSPITAL DE NIVEL II

Autores: SIESO GRACIA MR, DOLEZAL P, ESPILEZ ORTIZ R, MEDRANO LLORENTE MP, SANZ VELEZ JI

Mesa 8. Aula 1. Planta 1ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: H SAN JORGE

OBJETIVOS

El 13% de pacientes con hematuria tienen una neoplasia urológica, en su mayoría vesical. En el tumor urotelial el tiempo entre diagnóstico y tratamiento es importante para el resultado oncológico. La demora superior a un mes entre la aparición de hematuria y la cistectomía empeora la supervivencia, siendo recomendable su realización antes de 90 días.

Objetivos:

Elaboración de un proyecto de mejora asistencial en pacientes con hematuria monosintomática mediante la creación de un protocolo de derivación específica. Disminuir el tiempo entre la valoración en Urgencias, la realización de la primera prueba diagnóstica, la consulta urológica y el intervalo entre la aparición de hematuria y tratamiento quirúrgico.

MÉTODO

-Elaboración y puesta en marcha en 2010 de un protocolo de derivación desde el Servicio de Urgencias de pacientes con hematuria monosintomática con un cauce administrativo específico que permite la realización de ecografía y cita en consulta de Urología en un plazo máximo de 10 días.

-Evaluación del protocolo tras 4 años desde su instauración (2010-2014)

-Comparación de resultados con un año pre-protocolo elegido de forma arbitraria (2009)

RESULTADOS

Evaluación Protocolo 2010-2014

-Nº de hematurias monosintomáticas incluídas en el protocolo: 232

-Edad (mediana): 72 años

-Hallazgo de tm vesical en ECO: 20,7%

-Días síntoma-prueba de imagen: 10

-Días síntoma-comunicación de resultados: 10

-Días síntoma-tratamiento quirúrgico: 31

-Anatomía patológica: 62,3% tm vesical no músculo-invasivo; 12,5% tm vesical músculo-invasivo; 16,6% no tm; 8,3% otros

Comparación de resultados protocolo (2010-2014) vs pre-protocolo (2009)

-Total de hematurias valoradas en Urgencias: 980 vs 175

-% de hematuria monosintomática: 23,6% vs 14,2%

-Días síntoma-prueba de imagen: 10 vs 24

-Días síntoma-comunicación de resultados: 10 vs 28

-Días síntoma-tratamiento quirúrgico: 31 vs 50

CONCLUSIONES

La instauración del Protocolo de Hematuria Monosintomática ha permitido:

1. Mayor filtrado de pacientes subsidiarios de valoración urológica precoz (hematuria monosintomática): 23,6% vs 14,2%

2. Alta resolución: emisión de un diagnóstico y una propuesta de tratamiento quirúrgico si el caso lo requiere en una única visita a Consulta Especializada de Urología

3. Acortar el tiempo desde la valoración en Urgencias y la comunicación del diagnóstico (10 días)

4. Disminuir la demora entre la aparición del primer síntoma y el tratamiento (31 días)

5. Disminuir de forma considerable la ansiedad del paciente ante un síntoma alarmante como la hematuria y la incertidumbre de la etiología tumoral

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 368 □

Título: IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL ICTUS EN LA UCI DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL □

Autores: VALDOVINOS MAHAVE MC, MONTON JM, TORRALBA JC, OJUEL T □

Mesa 8. Aula 1. Planta 1ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 8 minutos) □

Centro de trabajo: H OBISPO POLANCO □

□

□

OBJETIVOS □

Evaluar el impacto que ha supuesto la implantación de un Protocolo de atención al ictus en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) basado en la valoración a través de un audit clínico del cumplimiento de una serie de intervenciones sobre las que existe evidencia científica de mejora en la calidad asistencial. □

MÉTODO □

Se elaboró un Protocolo de atención al ictus en la UCI. Se realizó una difusión a través de cursos de formación al personal de enfermería y médico. Se diseñó un check-list de una serie de items de obligatorio cumplimiento y Escalas de valoración neurológica de seguimiento de evolución (Escala de Glasgow, Canadiense y NIH). Se elaboraron una serie de Indicadores y se hizo un seguimiento por parte del Grupo de Calidad de la UCI cada 3 meses de su cumplimiento. Y se fueron realizando mejoras en función de los resultados obtenidos y de las sugerencias por parte del personal de la Unidad. □

RESULTADOS □

El Protocolo de atención al ictus se implantó en la UCI en Enero de 2011, desde entonces se han atendido hasta mayo de 2014 un total de 22 ictus isquémicos y 9 ictus hemorrágicos. Se ha realizado fibrinólisis en 12 pacientes con ictus isquémico. No se han presentado complicaciones tras la realización de la fibrinólisis. En todos los pacientes con ictus atendidos en la UCI se ha cumplimentado el check-list y se han realizado y registrado las escalas de valoración neurológica. Se han llevado a cabo todas las intervenciones consideradas de obligado cumplimiento por su evidencia científica sobre la mejora de calidad en los cuidados a estos enfermos como son: Control de la glucemia, de la tensión arterial y de la hipertermia. Realización de un TC craneal de control en menos de 24 horas. Evaluación de la deglución mediante un test validado. Movilización precoz del enfermo y evaluación de las necesidades de rehabilitación. Prescripción de AAS en menos de 48 horas. Prevención de la trombosis venosa profunda. □

CONCLUSIONES □

La Implantación del Protocolo de atención al ictus en la UCI ha servido para mejorar la calidad asistencial, ya que se han cumplimentado de una forma sistemática todas las intervenciones que han demostrado una efectividad clínica en el manejo de este tipo de enfermos.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 467 □

Título: EFECTIVIDAD DE LA IMPLANTACIÓN DE MEDIDAS MIXTAS EN LA REDUCCIÓN DE ESTANCIAS INADECUADAS EN UN SERVICIO DE UROLOGÍA □

Autores: MEDRANO LLORENTE P, GIL MARTINEZ P, GIL SANZ MJ □

Mesa 8. Aula 1. Planta 1ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 8 minutos) □

Centro de trabajo: H SAN JORGE □

□

□

OBJETIVOS □

El objetivo principal del trabajo es valorar si la aplicación de las medidas de intervención diseñadas reducen de forma significativa las estancias inadecuadas de los pacientes ingresados en el Servicio de Urología del Hospital Universitario Miguel Servet en el momento del estudio. □

MÉTODO □

Se trata de un estudio cuasi experimental pre-test/post-test sin grupo control en el que se establecen dos grupos equilibrados y homogéneos en su distribución. Se establecen dos periodos de estudio en función de la implantación de medidas de intervención. □

Se recogen los datos analizando las historias clínicas completas del paciente ingresado utilizando el cuestionario AEP (Appropriateness Evaluation Protocol) □

RESULTADOS □

Atendiendo al total de pacientes ingresados (N=769), el 32% de ellos presenta algún día de inadecuación. Los 769 pacientes generan un total de 4.962 días de estancia (días de hospitalización). De estos días, 656 son innecesarios, lo que supone el 13,22% del total. Por tanto, el 32 % de los pacientes ingresados tienen algún día de inadecuación pero el sumatorio de estancias inadecuadas es del 13,22%. □

El porcentaje de días inadecuados entre el grupo "pre medidas" fue del 14,13% y del 12,1% en el grupo "post medidas". □

Esta diferencia es significativa (U-Mann Whitney $p < 0,001$). La diferencia entre ambas proporciones de inadecuación supone un 2,03%, lo que supone una mejora relativa del 14,36 % al aplicar las medidas de intervención propuestas. □

El tratamiento médico conservador es la causa más frecuente de la estancia inadecuada suponiendo el 53,48%. □

CONCLUSIONES □

Con la lectura de los trabajos publicados, así como con nuestra propia experiencia tenemos que tener la suficiente capacidad de autocrítica para reconocer que la causa médica (bien por tratamiento médico conservador, por la falta de planificación del alta ...) es la principal causa de inadecuación hospitalaria evitable. De ahí la importancia de la implantación de medidas de retroinformación o feedback en los facultativos. □

Teniendo en cuenta los niveles tan bajos de inadecuación previa cabía poco margen de reducción, pero aun así, por supuesto que es importante este resultado del 2,03%. □

Actualmente, estas medidas empleadas de forma experimental se han insertado en el engranaje de trabajo habitual del servicio y ese es el verdadero y duradero valor del 2%.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 504

Título: ¿PODEMOS PREDECIR EL PERFIL DEL PACIENTE UROLÓGICO CON MÁS RIESGO DE INADECUACIÓN DE ESTANCIA HOSPITALARIA?

Autores: MEDRANO LLORENTE P, GIL MARTINEZ P, GIL SANZ MJ

Mesa 8. Aula 1. Planta 1ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: H SAN JORGE

OBJETIVOS

Identificación del perfil de riesgo de inadecuación de estancia hospitalaria del paciente urológico a través del análisis de diferentes variables.

MÉTODO

El tamaño muestral es de 769 pacientes, en los que se compara la variable inadecuación de estancia hospitalaria con las variables sexo, edad, procedencia del ingreso, comorbilidad, aplicación de medidas de mejora de inadecuación, patología por GRD y duración del ingreso.

En el estudio univariante, se han utilizado pruebas paramétricas, si la variable es normal (habitualmente prueba de Chi cuadrado entre variables categóricas), y no paramétricas si no es normal (habitualmente prueba Kruskal-Wallis entre variables categóricas y cuantitativas).

En el estudio multivariante, se ha utilizado el método de regresión logística. Se han introducido para el análisis multivariante aquellas variables independientes o de control que conservan significación, o de forma próxima, en el estudio univariante.

RESULTADOS

Las variables analizadas en el estudio univariante como factores de riesgo de inadecuación que han sido estadísticamente significativas o en el límite de serlo han sido:

El sexo femenino.

La existencia de antecedentes médicos de interés.

La no aplicación de medidas correctoras.

La procedencia del ingreso.

La duración de la estancia hospitalaria.

En el análisis multivariante, el sexo y la existencia de antecedentes médicos de interés pierden su valor pronóstico independiente.

CONCLUSIONES

A nivel de implicación práctica, ser capaces de identificar el perfil del paciente con alto riesgo de inadecuación en nuestro medio nos permite poder estar alertas y prevenir estas conductas antes de que se produzcan.

Algunas de las variables analizadas eran inherentes al paciente y no modificables pero en otras el papel del médico podía tener cierta repercusión como en la procedencia del ingreso, la aplicación de las medidas diseñadas y la duración de la estancia.

Nuestros datos reflejan claramente que las estancias prolongadas, (en nuestro análisis, superiores a 5 días, pero muy especialmente en superiores a 10 días), suponen un elevado riesgo de inadecuación. Mientras que un ingreso inferior a 5 días en un factor protector.

El perfil de paciente con riesgo de aumento de duración de estancia y /o inadecuación es el siguiente:

a. Cualquier paciente que ingrese de forma no programada (urgencias o trasladado de otro servicio) con especial énfasis en los pacientes incluidos en los GRD 303 y 311.

b. En el que no se haya empleado el paquete de medidas correctoras.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 505

Título: ¿CUÁNTO AHORRAMOS AL REDUCIR LA INADECUACIÓN HOPITALARIA?

Autores: MEDRANO LLORENTE P, GIL MARTINEZ P, GIL SANZ MJ

Mesa 8. Aula 1. Planta 1ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: H SAN JORGE

OBJETIVOS

Analizar el ahorro en términos económicos y de coste-oportunidad al reducir la inadecuación hospitalaria tras la aplicación de unas medidas concretas en el servicio de urología del Hospital Miguel Servet durante 3 meses.

MÉTODO

El dato económico que hemos tomado como referencia para cuantificar el coste de la estancia diaria en hospitalización convencional es la tarificación del SALUD para el pago a terceros , cifrado en 402,91 euros .El coste de cada GRD, es tomado de la tarificación del Sistema Nacional de Salud.

RESULTADOS

El coste de un día de hospitalización, adecuado o no, en nuestra comunidad es de unos 400 euros.

Considerando todos los GRDs (N= 769), al comparar el sumatorio de días de estancia global e inadecuados entre los dos periodos de análisis, la adopción de las medidas ha supuesto un ahorro de 549 días de estancia y de 172 días de inadecuación. Traducido en euros, el ahorro es de 221.383 € en estancia y de 69.559 € en inadecuación respectivamente. Ello supone un ahorro por paciente de 287,88 € y 90,45 € respectivamente durante los tres meses de proyecto.

Si lo extrapolamos a un presupuesto anual la cifra asciende a 885.552 euros globalmente y a 278.236 euros en la estancia inadecuada sólo en el servicio de urología del hospital Miguel Servet.

Los mismos cálculos pero referidos ahora a los GRDs de mayor prevalencia. En el GRD 311 (N= 254), la adopción de medidas ha supuesto un ahorro de 1.729 € (2,25 €/paciente) en inadecuación. En el GRD 303 (N= 53), 5.533 € en estancia y 12.726 € en inadecuación (7,2 € y 16,55 €/paciente respectivamente). En el GRD 339 (N= 48), 41.503 € en estancia y 5.298 € en inadecuación (53,97 € y 6,89 €/paciente respectivamente). En el GRD 310 (N= 47), 44.151 € en estancia y 8.929 € en inadecuación (57,41 € y 11,61 €/paciente respectivamente).

En el caso del GRD 303, 305 y 323 las cifras de ahorro tanto en estancia como en inadecuación han sido especialmente llamativas.

CONCLUSIONES

En los tiempos de austeridad y crisis económica que vivimos cualquier reducción en el gasto es importante y mucho más si es en el gasto innecesario que no repercute de forma negativa en la calidad del usuario.

En nuestra serie, el empeño por reducir la inadecuación ha ido unido a la reducción en la estancia media en todos los procesos y especialmente en aquellos de mayor peso y coste, lo que económicamente supone un verdadero ahorro.

Además el ahorro conseguido no ha supuesto ningún coste adicional, sólo ha demostrado que con esfuerzo y compromiso podemos gestionar de forma eficiente nuestros recursos.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 222 □

Titulo: RESULTADOS TRAS UN AÑO DE IMPLANTACIÓN EN CIRUGÍA FAST TRACK EN PRÓTESIS DE RODILLA □

Autores: NAVARRO GISTAU C, GRUPO RAPIDO RECOVERY □

Mesa 9. Aula 2. Planta 1ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 8 minutos) □

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

□

□

OBJETIVOS □

El programa fast track de prótesis de rodilla tiene como objetivos una recuperación precoz de los pacientes a través de un programa multidisciplinar y una implicación activa del paciente y sus familiares. □

MÉTODO □

El programa parte de una educación del paciente por parte de todos los servicios implicados en su atención, una movilización precoz tras la intervención quirúrgica, y una mayor control del dolor, de manera que el paciente forme parte activa de su recuperación y la reincorporación a la vida activa sea lo más rápida posible. □

RESULTADOS □

Tras un año de implantación del programa en el Hospital MAZ 57 pacientes se han incluido en el programa, La estancia media de los pacientes ha sido 2,28 días y la estancia quirúrgica 1,73. Sólo un 7% de los pacientes han precisado analgesia de rescate. No se ha registrado ninguna infección. La principal complicación ha sido el sangrado pero únicamente dos pacientes han precisado transfusión. □

CONCLUSIONES □

La implantación del programa de cirugía fast track en el hospital ha supuesto una mejora de la atención a los pacientes intervenidos por prótesis de rodilla. la estancia de los pacientes se ha reducido notablemente así como la recuperación a la actividad habitual. Al mismo tiempo el trabajo en equipo multidisciplinar ha servido para mejorar la asistencia integral del paciente y una mayor colaboración entre todos los servicios implicados.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 307

Título: ANÁLISIS DE INDICADORES DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN URGENTE DE LA FIBRILACIÓN Y FLUTTER AURICULAR

Autores: ALONSO FORMENTO JE, ESTABEN BOLDOVA V, GARCES SAN JOSE C, PUEYO MORER MJ, GOMEZ BITRIAN J, MONTESA LOU C

Mesa 9. Aula 2. Planta 1ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET

□
□

OBJETIVOS

La fibrilación y el flutter auricular (FA) son las arritmias sostenidas más frecuentes atendidas en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH). Debemos optimizar su atención para mejorar la supervivencia y calidad de vida de estos pacientes.

OBJETIVO

El grupo de SEMES Aragón Avanza, ha creado un grupo de trabajo de los Hospitales del Servicio Aragonés de Salud (SALUD), con el fin de crear una base de datos con todos los pacientes atendidos en nuestros SUH con FA. Se trata del estudio SArA I. En este trabajo presentamos los indicadores de calidad elegidos para monitorizar la atención urgente a estos pacientes.

MÉTODO

El estudio SArA I se trata de un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de aquellos pacientes mayores de 14 años atendidos en los SUH de Hospitales del SALUD, con un diagnóstico de FA, entre el 1 de Julio y el 31 de Diciembre de 2012. Los datos se obtuvieron mediante revisión de la historia clínica informatizada del paciente, y se trataron mediante el programa ACCESS y posterior estudio estadístico con el programa SPSS v15.

RESULTADOS

Se atendieron 1928 pacientes con FA en los SUH de los Hospitales de nuestra Comunidad Autónoma durante 6 meses.

Los indicadores de calidad y los estándares de calidad (EC) elegidos fueron:

-Tiempo de espera de asistencia para la primera atención: fue de 10,72 minutos. El 81.9% esperaron menos de 15 minutos(EC:80-90% antes de los 15 minutos).

-Antiarrítmicos empleados según la duración de la arritmia: en aquellas arritmias con duración mayor de 48 horas se administraron fármacos para cardiovertir en un 11,1% de los casos(EC:menor de 10-20%).

-Cardioversión eléctrica empleada: de los 1269 con arritmia menor de 48 horas en un 11,3% se empleó la cardioversión eléctrica(EC: mayor de 10-20%).

-Nivel de anticoagulación correcta: al comparar la escala de CHA2DS2-VASC con la profilaxis tromboembólica nos encontramos que en los casos con un puntuación de 1 ó más, en un 28,06% no se le pautó anticoagulación(EC: menor de 10-20%).

-Reversión a ritmo sinusal: de las arritmias de duración menor de 48 horas un 71.8% fueron revertidas a ritmo sinusal(EC: mayor de 60-70%).

-Porcentaje de ingresos: se ingresaron un 41,2% (menor de 50-60%).

-Fallecidos: hubo un 0,2% de pacientes fallecidos(EC: menor de 0,5-1%).

CONCLUSIONES

A la hora de realizar protocolos interhospitalarios de patologías frecuentes es fundamental la elección de indicadores de calidad para monitorizarlos en el tiempo, y hacer hincapié en aquellos aspectos en que no se cumplan los estándares de calidad elegidos.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 311

Título: SEGURIDAD QUIRÚRGICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: APLICACIÓN DE UN LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA

Autores: GARCÉS DEL GARRO LM, RUIZ DE TEMIÑO BRAVO M, BRUNA MARTIN M, ESTORS SASTRE B, BRAGAGNINI RODRIGUEZ PA, FERNÁNDEZ ATUÁN RL, ALVAREZ GARCIA N, GRACIA ROMERO J

Mesa 9. Aula 2. Planta 1ª. Unidad Docente, 4 de junio. 17h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET

□
□

OBJETIVOS

La introducción de un Listado de verificación de la seguridad quirúrgica (LVSQ) se ha demostrado como instrumento eficaz para contribuir a mejorar en el equipo quirúrgico la atención, la comunicación y coordinación del trabajo en equipo, la toma de decisiones y la aplicación de medidas esenciales en la seguridad quirúrgica.

En los quirófanos del Hospital Infantil "Miguel Servet" durante el año 2012 se realizaron 2.826 intervenciones quirúrgicas, incluyendo cirugía de alta complejidad y cirugía de gran volumen y rotación de pacientes.

Como objetivo del Grupo de Calidad se propuso la elaboración y aplicación de un LVSQ adaptado al paciente pediátrico en nuestro medio que tuviese en cuenta las distintas etapas del proceso quirúrgico

MÉTODO

Se desarrolló un LVSQ incluyendo los ítems de verificación Preoperatoria y los ítems de verificación en el Área Quirúrgica, con los ítems de Entrada, de Pausa quirúrgica y de Salida. Todos los aspectos de su aplicación se recogieron en un Protocolo de Seguridad Quirúrgica en pacientes pediátricos, de acuerdo a las normas de elaboración de protocolos del Hospital Miguel Servet. Se seleccionaron para su aplicación inicial los procesos realizados en la programación quirúrgica de mañana de los quirófanos 5 y 6 del Hospital Infantil, durante un periodo de dos meses.

RESULTADOS

Se evaluaron 46 procesos, 30 de cirugía general y 16 de urología. Se aplicaron los criterios de evaluación con los indicadores correspondientes. Con respecto a los ítems de verificación Preoperatoria se obtuvo un 85% de cumplimiento en la presencia de participantes y un 87% en la constatación de los ítems preoperatorios. Con respecto a los ítems de verificación en el Área Quirúrgica se obtuvo un 72% de cumplimiento en la verificación del procedimiento y la localización y un 73% de cumplimiento en el anuncio de la pausa quirúrgica, el anuncio del tiempo de cierre, la indicación por el cirujano del procedimiento realizado y la indicación de las precauciones en el traslado.

CONCLUSIONES

Observamos un menor cumplimiento de los criterios de evaluación del Listado en el Área Quirúrgica, determinado fundamentalmente por la falta de definición en la asignación de responsabilidades en los ítems y la ausencia en ocasiones de una persona que coordine y lidere su aplicación.

La aplicación de un Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica permite dejar constancia de las prácticas de seguridad que de forma habitual se realizan, comunicarlas entre todo el equipo y reducir la variabilidad en su aplicación.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 316 □

Título: HISTERECTOMIA VÍA LAPAROSCÓPICA. EVOLUCIÓN EN NUESTRO CENTRO DESDE LA INTRODUCCIÓN DE LA TÉCNICA □

Autores: JOSE GUTIERREZ Y, LANZON LAGA A, BOLEA TOBAJAS R, PUIG FERRER F, RUIZ CONDE MA □

Mesa 9. Aula 2. Planta 1ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 8 minutos) □

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET □

□

□

OBJETIVOS □

La cirugía endoscópica ha revolucionado la cirugía ginecológica, aportando una nueva vía de abordaje para la histerectomía. Desde el 2011 se comenzó a ofertar en nuestro Servicio esta técnica. □

Las principales ventajas son las de un procedimiento mínimamente invasivo, disminuyendo los gastos económicos asociados por la reducción de la estancia media hospitalaria y de las complicaciones quirúrgicas, mejorando la seguridad de las pacientes. □

Objetivo principal: revisar los resultados de las histerectomías laparoscópicas realizadas en nuestro centro desde su introducción. □

MÉTODO □

Estudio descriptivo prospectivo de las pacientes intervenidas mediante una histerectomía total simple vía laparoscópica, desde enero del 2011 hasta diciembre del 2013. □

Analizamos la indicación de la histerectomía, peso del útero, estancia media hospitalaria y datos referentes a morbilidad. □

Toda la información obtenida fue transcrita a una base de datos informatizada, utilizando la aplicación SPSS 15.0 que permitió su posterior análisis estadístico. □

RESULTADOS □

Operamos 268 histerectomías. La indicación principal: útero miomatoso sintomático (139), seguido de hiperplasia compleja de endometrio (49). El 89,18% se realizó por patología benigna. El peso medio de los úteros fue de $189,88 \pm 127,80$ gramos, (26-1224g). □

Lo más frecuente fue la histerectomía con doble anexectomía (60,1%), seguida de la histerectomía total simple (36,9%). En 255 pacientes (95,1%) no realizamos linfadenectomía pélvica. Únicamente en 4 casos se realizó una reconversión a laparotomía (1,5%). □

La pérdida hemática media fue de $73,73 \pm 50,17$. Ninguna paciente precisó ser transfundida durante la intervención. No existió en ninguna cirugía complicaciones vasculares, urológicas e intestinales. La tasa de reintervención: 0,74%. La estancia media: $2,78 \pm 1,54$, (2-14 d). □

CONCLUSIONES □

•La histerectomía vía laparoscópica es una técnica segura, eficaz y reproducible tras una curva de aprendizaje bien diseñada. □

•Con una formación adecuada se puede realizar, reduciendo de forma significativa la tasa de complicaciones asociadas y con tiempos quirúrgicos aceptables incluso en úteros voluminosos. □

•Presenta las ventajas de un procedimiento mínimamente invasivo, con una reducción de la estancia media y el correspondiente ahorro económico asociado, por ello la introducción de esta técnica en nuestra cartera de servicios nos ha permitido mejorar la calidad de la asistencia ofertada a nuestras pacientes.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 333 □

Título: IMPLANTACIÓN DE LA CONSULTA DE EVALUACIÓN ANESTÉSICA PREOPERATORIA PARA CIRUGÍA CARDIACA ELECTIVA EN PACIENTES ADULTOS □

Autores: VALLES TORRES J, IZQUIERDO VILLARROYA B, BRAU SANZ B, NAVARRO ALONSO S, BARCELO JIMENEZ P, CHICO OLIVARES MM, SIENES RIBES OR, BALLESTER CUENCA C □

Mesa 9. Aula 2. Planta 1ª. Unidad Docente, 4 de junio. 17h (duración 8 minutos) □

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET □

□

□

OBJETIVOS □

El Servicio de Cirugía Cardíaca de nuestro hospital presta atención a los 8 sectores sanitarios de Aragón. Los pacientes pendientes de intervención quirúrgica cardíaca electiva eran ingresados en el hospital sin ningún tipo de evaluación anestésica preoperatoria, realizándose dicha evaluación mediante interconsulta durante el periodo preoperatorio. Esta circunstancia limitaba la aplicación de unos cuidados perioperatorios óptimos, y en ocasiones conllevaba a suspensiones o demoras de las intervenciones. □

Los objetivos, además de implantar la consulta de evaluación anestésica preoperatoria, incluyen disminuir el número de interconsultas y la estancia hospitalaria preoperatoria. □

Otros posibles beneficios derivados más difíciles de medir serían la optimización clínica del estado preoperatorio del paciente, la disminución de morbimortalidad y la reducción de costes. □

MÉTODO □

Componentes de servicios hospitalarios y de atención primaria directamente implicados diseñaron un circuito preoperatorio para que los pacientes fueran citados en la consulta de anestesia con todas las pruebas complementarias necesarias realizadas en su centro sanitario de referencia. Se analizaron las deficiencias y dificultades de implantación del circuito preoperatorio y las nuevas posibilidades de mejora para su perfeccionamiento. Se contabilizaron el número de pacientes atendidos en la consulta y la estancia hospitalaria preoperatoria. □

RESULTADOS □

Se consiguió que un 52,4% de los pacientes intervenidos de forma electiva fueran valorados en la consulta de anestesia. Todos los pacientes vistos en la consulta pudieron ser valorados sin ninguna incidencia. Se observaron diferencias significativas en la estancia hospitalaria preoperatoria antes y después de la implantación de la consulta ($3,50 \pm 1,68$ vs $2,19 \pm 0,91$ días con $p < 0,05$). Una vez desarrollado el proyecto, no se observaron diferencias significativas en la estancia hospitalaria entre los pacientes que acuden a la consulta y los que no ($2,03 \pm 0,85$ vs $2,37 \pm 0,96$ días $p > 0,05$). □

CONCLUSIONES □

A pesar de las dificultades, se ha logrado establecer la consulta de anestesia para pacientes de un servicio quirúrgico de referencia para todo Aragón. Se observa una disminución significativa en la estancia hospitalaria tras la implantación de la consulta de anestesia, aunque esta diferencia puede estar relacionada con más factores. Todavía hay algunos aspectos que consideramos que se pueden mejorar.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 336 □

Titulo: PROTOCOLO DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DE TERCER NIVEL □

Autores: RUIZ DE GOPEGUI MIGUELENA P, BERNAL MATILLA C, BARRA QUILEZ F, MELLADO GALDEANO MD, SANCHEZ CHUECA P, RAMOS ABRIL R, RUIZ AGUILAR AL, NAVARRO JIMENO J □

Mesa 9. Aula 2. Planta 1ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 8 minutos) □

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET □

□

□

OBJETIVOS □

Desarrollo de un sistema de notificación (SN) voluntaria de incidentes y eventos adversos (I/EA) en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI), así como de un protocolo específico, que ayude a su difusión y comprensión por todo el personal del servicio. □

MÉTODO □

En 2011 se diseñó un SNEA, que se implantó con éxito en la Unidad de Traumatología del SMI del HUMS. Este SN consistía en una primera hoja de notificación, con la mínima información necesaria para completar una segunda hoja. Posteriormente la información era almacenada en una base de datos informática. En enero de 2014 se creó el Grupo de Seguridad Clínica del SMI, con personal de las 4 unidades (Coronaria, Postoperatorio Cardíaco, Polivalente y Traumatología). Una de las primeras acciones ha sido la extensión del SNEA al total del servicio. Para ello se ha creado un protocolo específico, cuyas funciones incluyen la difusión y explicación del SN al personal, la ayuda en aquellas dudas que pudieran surgir, y la disminución en la variabilidad de las notificaciones. A su vez, se han diseñado unos indicadores básicos para evaluar la efectividad del SN y su conocimiento por el personal. El protocolo ha sido presentado al Comité de ética en la Investigación de la Comunidad de Aragón (CEICA) y al Comité de ética asistencial (CEA) para su aprobación, así como a la Comisión de Seguridad Hospitalaria (a través de la Unidad de Calidad Asistencial) para oficializarlo según el proceso habitual. □

RESULTADOS □

El protocolo fue diseñado en febrero del presente año, tras varias reuniones del grupo de seguridad clínica. Ha sido aceptado por el CEICA y el CEA, a la espera de aprobación por la Comisión de Seguridad y la posterior inclusión en la página web del sector. Desde el inicio del SNEA, se han notificado un total de 92 I/EA: 46 (50%) en la Unidad de Postoperatorio Cardíaco; 19 (20,6%) en la Polivalente; 17 (18,4%) en la Coronaria, y 10 (10,8%) en Traumatología. En cuanto al personal que ha notificado, 49 notificaciones (53,3%) corresponden a enfermería; 23 (25%) a FEAs; 16 (17,4%) a residentes, y 4 (4,3%) a auxiliares. Por el momento no disponemos de datos de los indicadores. □

CONCLUSIONES □

A falta de completar el primer año de estudio, podemos concluir que el protocolo de SNEA ha sido bien acogido por todo el personal, además de suponer para nuestro servicio un salto de calidad en cuanto a seguridad clínica se refiere. Los resultados provisionales objetivan una notificación irregular en las distintas unidades y por las distintas categorías profesionales.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 344

Título: REHABILITACIÓN PRECOZ EN LA ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

Autores: GUERRA BORRELLA S, PLANA CALLAO MP, GUTIERREZ MT, LOSCOS P

Mesa 9. Aula 2. Planta 1ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 8 minutos)

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

OBJETIVOS

Elaborar un protocolo de actuación en la recuperación de una artroplastia de rodilla.

Determinar si el tratamiento fisioterápico de actuación temprana disminuye el dolor y

mejora la movilidad del paciente y su autonomía.

Dar a conocer a fisioterapeutas un nuevo método de rehabilitación en artroplastia de rodilla.

MÉTODO

En base a los protocolos “acelerados” de rehabilitación de Cameron y Brotzman y de Brotzman y Wilk, se desarrolla una metodología de trabajo denominada Programa Fast-Track para prótesis de rodilla, que se aplica a 50 pacientes con artrosis de rodilla, entre noviembre del 2012 y mayo del 2014, en el Hospital MAZ de Zaragoza. Este programa consta de 3 secciones:

Fase preoperatoria o informativa

Fase postquirúrgica inmediata

Fase de tratamiento domiciliario

RESULTADOS

Con la actuación fisioterápica del programa de recuperación rápida, el paciente puede alcanzar su autonomía para deambular con un recorrido funcional de la articulación , a las 2 horas de la intervención, y su máxima autonomía en las actividades de la vida diaria (AVD), a las 72 horas de la misma. Más del 90% de los pacientes, son dados de alta sin dolor en la articulación y su discapacidad funcional disminuye en un 80,41% de los pacientes.

CONCLUSIONES

El programa Fast-Track evoluciona positivamente la sintomatología y disminuye la discapacidad funcional del paciente de forma relevante; siendo el paciente una parte activa de la recuperación y asumiendo su responsabilidad en el desarrollo del protocolo.

Por tanto, el protocolo de recuperación precoz desarrollado en el Servicio de Rehabilitación del Hospital MAZ de Zaragoza, se muestra eficaz para el tratamiento de artroplastia de rodilla.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 358 □

Titulo: SUSPENSIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA ENDOCRINA Y MAMA. □

Autores: RODRIGUEZ ARTIGAS JM, BARRANCO JI, CASAMAYOR C, MIGUELENA JM, GONZALEZ M, SANCHEZ N, GUTIERREZ M, DOBON MA □

Mesa 9. Aula 2. Planta 1ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 8 minutos) □

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET □

□

□

OBJETIVOS □

La suspensión de una intervención quirúrgica programada ocasiona un trauma emocional tanto en los pacientes como en sus familiares. El análisis de las causas y la incidencia de suspensión permite una mejora de los índices de calidad. □

MÉTODO □

Realizamos un estudio retrospectivo y descriptivo, recogiendo los datos del número de intervenciones realizadas por la unidad de cirugía endocrina, así como las suspensiones quirúrgicas que se sucedieron en el periodo del 1/1/2012 al 31/12/2012. □

Se dividen las causas de suspensión en responsabilidad directa de cirugía, responsabilidad del paciente, responsabilidad de organización, responsabilidad de anestesia, sin responsabilidad y causa desconocida. □

RESULTADOS □

El número total de intervenciones registradas es de 1092. Se suspendieron 92 intervenciones (8,39%). Fueron causa directa del equipo de cirugía 33 suspensiones (3,02%). El paciente no ingreso en 21 ocasiones (2,01%). 9 pacientes se cancelaron por motivos de organización. 4 pacientes no se pudieron operar por causas relacionadas con la anestesia. 6 pacientes (0,54%) presentaron enfermedad intercurrente que imposibilitó la cirugía. Existe un 1,45% de causa desconocida que no pudimos analizar. □

Entre 4 pacientes se agrupan 11 suspensiones por lo que fueron suspendidos 86 pacientes. □

CONCLUSIONES □

Para prevenir cancelaciones innecesarias es necesario realizar un esfuerzo en la gestión del tiempo y de los recursos disponibles, por lo que se requiere una correcta planificación preoperatoria. La implantación de programas check-list puede ser una herramienta útil en la reducción de las suspensiones quirúrgicas.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 367 □

Título: EVALUACIÓN DE LA ACTUACIÓN EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA ANTE DOLOR ABDOMINAL. ¿ES UTIL PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL? □

Autores: MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JM, MARTINEZ ZABARTE JM, MONTANER RAMON A, MARTINEZ FACI C, CAMPOS CALLEJA C, GOMEZ BARRENA V, SANCHO GRACIA E, GALE I □

Mesa 9. Aula 2. Planta 1ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 8 minutos) □

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET □

□

□

OBJETIVOS □

Valorar los cambios en las pautas de actuación ante los niños que acuden por dolor abdominal no quirúrgico a Urgencias de Pediatría de un hospital terciario tras la instauración de un protocolo clínico de actuación en enero de 2013. Se pretende mejorar la utilización de recursos mediante reducción de radiografías de abdomen y el empleo de enemas cuando no están indicados y valorar si estas actuaciones se mantienen en el tiempo. □

MÉTODO □

Estudio observacional descriptivo y analítico retrospectivo, por revisión de historias clínicas de Urgencias de nuestro hospital, con diagnóstico codificado como dolor abdominal en tres periodos: diciembre de 2012(P1), febrero de 2013(P2) y noviembre de 2013(P3) correspondiendo al mes previo, posterior y 10 meses tras la instauración del protocolo. Se analizaron variables relativas a la epidemiología, pruebas complementarias y tratamientos pautados. □

RESULTADOS □

Se evaluaron 590 casos. Tras excluir aquellos con causa identificable de dolor abdominal(abdomen agudo, trastornos nefrourológicos, etc), se analizaron 433 casos (P1=149, P2=134, P3=149). No se realizaron pruebas complementarias en P1 67.8%, P2 66.4%, P3 81.2%($p<0.05$). Se realizó radiografía de abdomen al 14.7% de los pacientes en el P1, al 5.9% en el P2 y al 2% en el P3, encontrándose diferencias significativas ($p<0.05$) al comparar P1 con P2 y P3, pero no al comparar P2 y P3. Se pautó enema en urgencias al 18.8% en P1, al 5.2% en P2 y al 12.75% en P3, encontrando diferencias entre P1 y P2($p<0.05$). El 93.7% de los pacientes fueron dados de alta a domicilio, mientras que el 6.3% ingresaron en planta para estudio sin diferencias entre periodos($p>0.05$). De los 433 pacientes, el 13.4% reconsultaron en días posteriores(P1=9.3%, P2=6.7%, P3=14.1%) siendo la diferencia entre P2 y P3($p<0.05$), ingresaron el 25.8% sin diferencias entre periodos. □

CONCLUSIONES □

La implantación del protocolo en nuestra unidad ha producido una disminución significativa en la realización de radiografías de abdomen de manera mantenida. Además ha disminuido la administración de enemas, pero no se ha conseguido mantener esta reducción en el tiempo. Hemos mejorado la atención del paciente, con disminución del riesgo de iatrogenia así como el tiempo de estancia en Urgencias. □

La monitorización del cumplimiento del protocolo ha identificado que es necesaria una actualización periódica mediante la realización de sesiones informativas en el servicio, ya que con el tiempo disminuye la mejoría conseguida tras la instauración del protocolo.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 463 □

Título: EXPERIENCIA INICIAL DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA □

Autores: BERNAL MATILLA CI, RUIZ DE GOPEGUI MIGUELENA P, BARRA QUILEZ F, SANCHEZ CHUECA P, RUIZ AGUILAR AL, RAMOS ABRIL R, NAVARRO JIMENO J, MELLADO GALDEANO MD □

Mesa 9. Aula 2. Planta 1ª. Unidad Docente, 4 de junio. 17h (duración 8 minutos) □

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET □

□

□

OBJETIVOS □

Implantación de un sistema de notificación de incidentes y eventos adversos (SNIEA) en un servicio de Medicina Intensiva (SMI), sirviendo como experiencia piloto su desarrollo en una de sus unidades (Postcirugía Cardíaca) y analizar las características esenciales de los sucesos notificados. □

MÉTODO □

En Enero de 2014 se creó el Grupo de Seguridad Clínica del SMI, integrando las 4 unidades (Coronaria, Postcirugía Cardíaca, Polivalente y Traumatología) del que surgió un SNIEA que pudiera implantarse de manera protocolizada en todo el servicio. Una vez diseñado el protocolo y aceptado por los comités y el SMI, se inició su implantación como experiencia piloto el 1 de Marzo de 2014 en la Unidad de Postcirugía Cardíaca. Se ha realizado la recogida y análisis de las notificaciones efectuadas hasta el 15 de Mayo. El análisis inicial de los datos se centró en la categoría profesional del notificante, el turno en el que tenía lugar el suceso, la actividad con la que se relacionaba y la gravedad del mismo. En cuanto a la actividad, se clasificaron los sucesos en 12 grupos de tipificación de la actividad, basados en los utilizados en el estudio SYREC; y la gravedad en 9 clases, según la clasificación del National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP), pudiéndose englobar en leves, moderados y graves □

RESULTADOS □

Hasta la fecha indicada se han notificado un total de 49 I/EA. En cuanto al personal que ha notificado, 39 notificaciones (79,6%) corresponden a Enfermería; 6 (12,2%) a FEAs; y 4 (8,2%) a Auxiliares de Enfermería. La franja horaria del suceso se distribuye en 24 (49,7%) mañana, 14 (28,6%) tarde y 11 (22,4%) noche. La actividad con la que se relacionaron fue: 6 (12,2%) medicación, 1 (2%) transfusión y hemoderivados, 7 (14,3%) vía aérea y ventilación mecánica, 18 (36,7%) accesos vasculares y dispositivos invasivos, 5 (10,2%) equipo médico, 4 (8,7%) pruebas diagnósticas, 3 (6,1%) cuidados, 4 (8,7%) procedimientos y 1 (2%) administrativo. En cuanto a la gravedad 27 (55,1%) fueron leves, 21 (42,9%) moderados y 1 (2%) graves. □

CONCLUSIONES □

A falta de completar el primer año de estudio, podemos concluir, que la mayor parte de las notificaciones las realiza Enfermería y que suelen concentrarse en el turno de mañana. Las actividades con las que se relacionan son múltiples y muy distribuidas y la mayor parte de los sucesos fueron de carácter leve.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 296 □

Título: SISTEMA AUTOMATIZADO DE GESTIÓN DE LA DEMANDA ANALÍTICA MEDIANTE EL CONTROL DE REPETICIONES □

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

Mesa 10. Aula 3. Planta 1ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 8 minutos) □

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET □

□

□

OBJETIVOS □

La situación actual de nuestro sistema de salud ha hecho necesaria la gestión de la demanda de pruebas solicitadas por los clínicos. Si bien algunas publicaciones han sugerido que hasta el 70% de las decisiones clínicas se basan en datos de laboratorio, diariamente se solicitan pruebas que no son estrictamente necesarias o que son incluso redundantes. El laboratorio, por tanto, debe implantar estrategias de adecuación de la demanda, no sólo encaminadas a la disminución del coste sino sobre todo a la máxima seguridad del paciente y eficiencia diagnóstica. □

El objetivo de este trabajo es valorar la repercusión de las medidas correctoras implantadas en nuestro Servicio de Bioquímica Clínica frente a la inadecuación de la demanda. □

MÉTODO □

Se estableció un intervalo mínimo de tiempo para la repetición de pruebas consecutivas de un mismo parámetro de acuerdo con la bibliografía y de forma consensuada con los clínicos, de modo que en caso de no cumplirse ese intervalo, la prueba solicitada se rechaza de forma automática a través de nuestro SIL (Modulab Gold de Systelab) y en el informe aparece el siguiente mensaje: "No procede. Esta prueba tiene un resultado anterior en otra petición de hace menos de X días" □

Los parámetros sometidos al control de repeticiones son: pro-BNP, HbA1c, proteinograma e inmunoglobulinas. □

El cálculo del ahorro anual obtenido se ha realizado mediante una exportación a través de nuestro SIL de todas las pruebas rechazadas desde el 1 de abril de 2013 hasta el 30 de marzo de 2014. □

RESULTADOS □

Durante el periodo estudiado se ha observado una media mensual de pruebas rechazadas de 6,98% en pro-BNP, 2,21% en HbA1c, 1,99% en proteinogramas y 0,84% en inmunoglobulinas. □

El ahorro anual generado se ha distribuido de la siguiente manera: 16362€ en pro-BNP, 3790€ en HbA1c, 998,25€ en proteinogramas y 1123,2€ en inmunoglobulinas sumando un total de 22273€. □

CONCLUSIONES □

El laboratorio debe protagonizar estrategias de adecuación de la demanda, no sólo encaminadas a la racionalización del gasto sino sobre todo a la máxima seguridad del paciente y eficiencia diagnóstica. Para conseguir la implantación de estas estrategias de gestión es esencial la comunicación y la colaboración con los clínicos, estableciendo protocolos que en ningún momento afecten a la calidad asistencial. El rechazo de pruebas repetidas por no cumplir el intervalo de tiempo mínimo de repetición ha resultado un éxito en nuestro Servicio por lo que esta estrategia se está ampliando a otras determinaciones como son los marcadores tumorales.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 297 □

Título: MEJORA EN LA SECCIÓN DE MICOBACTERIAS TRAS IMPLEMENTACIÓN DE MALDI-TOF □

Autores: VASQUEZ MARTINEZ MA, VASQUEZ MA, MONFORTE ML, PEREIRA J, SAMPER S, REVILLO MJ □

Mesa 10. Aula 3. Planta 1ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 8 minutos) □

Centro de trabajo: HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET □

□
□

OBJETIVOS □

Descripción del procedimiento de identificación mediante espectrometría de masas MALDI-TOF de MNT aisladas en el Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet (PTP-02_Z2(E)-M_L_MB). □

Identificación de MNT a partir de aislados clínicos, basada en el perfil de proteínas obtenido mediante espectrometría de masas (EM) de forma rápida y sencilla directamente de medios de cultivo habituales. □

Evaluar la utilidad del sistema MALDI-TOF como método de identificación de MNT. □

MÉTODO □

Puesta a punto de un proceso de identificación de MNT por métodos de EM siguiendo la normativa en laboratorios clínicos UNE-EN-ISO 15189. □

Se incluyeron 31 aislados clínicos. □

Los aislados fueron identificadas mediante hibridación reversa (GenoType® Mycobacterium CM/AS) y se preservaron congelados (-80°C) hasta realizar el ensayo. □

Para su identificación se utilizó el protocolo modificado de Bruker a partir de cultivos positivos en Lowestewin-Jensen y los espectros obtenidos se analizaron con Bruker ByoTiper software y fueron comparados con la base de datos ByoTiper. □

RESULTADOS □

De los 31 aislados 21 (67.7%) se identificaron por MALDI-TOF: □

Dos aislados (9.5%) con score >2.0: 2 Mycobacterium malmoense. □

Diez aislados (47.6%) con score 1.8-2.0: 4 M. avium, 2 M. fortuitum, 1 M. mageritense, 1 M. scrofulaceum, 1 M. lentiflavum y 1 M. kansasii. □

Nueve aislados (42.8%) con score 1.6-1.9: 3 M. avium, 2 M. gordonae, 1 M. austroafricanum, 1 M. canariense, 1 M. simiae y 1 M. intracellulare. □

Diez aislados no se identificaron por no detectarse picos. □

Los 21 aislados identificados por MALDI-TOF mostraron una concordancia del 100% con el método de referencia. □

CONCLUSIONES □

La identificación de aislados de MNT mediante MALDI-TOF demuestra una muy buena correlación de resultados respecto a las técnicas moleculares gold standard, sumado a la rapidez y sencillez del procedimiento. □

La implementación de esta tecnología como método de identificación de MNT podría considerarse como una buena opción por su rapidez para obtener resultados y por la optimización de recursos humanos, que se traduce en disminución de costes ya que requiere menos personal técnico para su realización. □

Concluimos que los buenos resultados, unidos a la rapidez y al bajo coste de esta técnica, hacen de ella una medida apropiada dentro de los Laboratorios de Microbiología Clínica.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 300

Título: INDICADORES DE CALIDAD EN HEMOCULTIVOS

Autores: VELA IGLESIA BMP, VILLUENDAS MC, OMEÑACA M, LAIN ME, PALACIOS Y, MARCEN A, PINA S, LAHUERTA M

Mesa 10. Aula 3. Planta 1ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET

OBJETIVOS

El hemocultivo en el S. Microbiología del H. Miguel Servet, está acreditado según la norma ISO 15189 que promueve la aplicación de indicadores de calidad

Nuestros objetivos han sido mejorar la formación del personal que realiza la extracción del hemocultivo (H), incorporar indicadores de calidad, analizar los resultados obtenidos durante un año y detectar los aspectos susceptibles de mejora

MÉTODO

-Elaboración de la presentación "Buenas prácticas en la extracción de hemocultivos" y su difusión

- Configuración informática de parámetros de calidad (caducidad del frasco, volumen, interpretación facultativa) para realizar, de manera semiautomática, el cálculo de los 7 indicadores propuestos

-Revisión de los resultados obtenidos durante un año (abril 2.013–abril 2014)

F. preanalítica

Nº de H positivos verdaderos / Nº de H procesados

Nº de H contaminados / Nº de H extraídos por venopunción

Nº de H con frascos caducados/ Nº H procesados

Nº de pacientes adultos con una sola extracción/ Nº de pacientes adultos con H procesado

F. analítica

Nº de controles correctos/ Nº de controles externos

Nº de controles correctos/ Nº de controles internos

F. postanalítica

Nº de informes urgentes en las primeras 24 horas / Nº de H positivos verdaderos

RESULTADOS

Nº de hemocultivos procesados durante el periodo de estudio: 16.090

Tasa global de verdaderos positivos: 11,1%

Tasa global de contaminados: 9,8%

Hemocultivos con frascos caducados: 0.6%

Pacientes adultos con un solo hemocultivo: 10%

Controles externos correctos: 4/4

Controles internos correctos: 25/28

Nº de informes urgentes en las primeras 24 horas: Analizados 3 meses : 92%

CONCLUSIONES

-La tasa de verdaderos positivos se encuentra dentro de los límites aconsejados en la literatura

-Nuestra tasa de contaminación es alta, con amplia variabilidad entre servicios. Sólo uno de los analizados hasta el momento se encuentra por debajo del valor diana

- Problemas de distribución puntuales desde almacén, han ocasionado la presencia de frascos caducados. El control en las plantas es correcto

- La demora en el informe urgente es mayor en grampositivos

- Los resultados obtenidos en 2013 son nuestro punto de partida. Realizadas las tareas de mejora, nos proponemos automatizar el proceso para mantener la evaluación continuada del mayor número de servicios y aportar información a los mismos sobre las mejoras conseguidas

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 301

Título: MEJORA DE LA CALIDAD DESDE LA SECCIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA: A PROPÓSITO DE UN CASO DE ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA

Autores: MATARREDONA PAREJA AM, AZNAR BRIEBA A, COMPES DEA C, LAZARO BELANCHE MA, GUIMBAO BESCOS J

Mesa 10. Aula 3. Planta 1ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: DIRECCION GENERAL DE SALUD PUBLICA

□
□

OBJETIVOS

Ante la notificación de un caso de enfermedad meningocócica (EM) al Sistema de Atención de Alertas en Salud Pública de Aragón(SAA-SP) se detectaron posibles errores en las actuaciones realizadas ante un caso enfermedad meningocócica. Estas desviaciones pusieron de manifiesto la necesidad de aplicar medidas correctoras para mejorar la calidad y seguridad del paciente y la comunidad.

Aplicar la metodología del Ciclo de Mejora de la Calidad en la notificación, actuación, adecuación de los tiempos de respuesta, impacto en los costes sanitarios y el mayor nivel de satisfacción del equipo de trabajo y del receptor del servicio.

MÉTODO

Se analizó la actuación realizada por las partes implicadas (centro sanitario, familiares, colegio y Salud Pública), ante la comunicación de un caso de EM, tanto a la referida actuación sanitaria como al manejo de la información transmitida.

Se utilizaron técnicas basadas en entrevistas con el servicio de referencia, implicados en la atención inicial, y también la familia y escuela.

Ante la detección de errores en la transmisión de la información, se establecen medidas correctoras y se procede a la implementación de las mismas.

Finalmente, se monitorizará el seguimiento y evaluación ante nuevos casos

RESULTADOS

Se identificaron como principales errores:

La comunicación inadecuada por parte del centro asistencial

Adopción de medidas erróneas por parte del centro escolar, como remitir a los padres a los servicios de urgencias para la administración de quimioprofilaxis.

Administración de quimioprofilaxis por parte de los facultativos de urgencias ante la demanda de padres, sin precisar el estudio de contactos.

Finalmente se acuerda con el centro sanitario la realización de una serie de medidas a seguir ante la presencia de un caso de meningitis, definir las competencias de los distintos organismos implicados y realizar el seguimiento para comprobar que las posibles desviaciones han sido corregidas

CONCLUSIONES

Ante una comunicación tardía de un caso de EDO urgente al SAA-SP es necesario aplicar los métodos de mejora continua de la calidad, con el fin de evitar posibles efectos adversos que podrían condicionar la salud de la población, evitando los posibles casos de profilaxis innecesaria, y generación de alarma social, ante una alerta no bien orientada. Con la intervención rápida de los servicios de Vigilancia Epidemiológica y la metodología apropiada, se esta garantizando la calidad de la atención sanitaria en nuestra comunidad autónoma frente a este tipo de situaciones.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 302

Título: VALORACION DE LA CALIDAD EN LAS ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD DE ARAGON.

Autores: MATARREDONA PAREJA AM, ALIAGA TRAIN P, BUENO FRANCO M, FERRER GRACIA E, GALLEGO DIEGUEZ J, MUÑOZ NADAL P, PLUMED PARRILLA M, VILCHES URRUTIA B

Mesa 10. Aula 3. Planta 1ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 8 minutos)

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

OBJETIVOS

La integración de objetivos de salud en la política educativa es una de las acciones prioritarias dentro del enfoque de "Salud en todas las políticas". La Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud (RAEPS) establece 50 criterios de calidad que se analizan en su proceso de acreditación.

Valorar el desarrollo de las Escuelas Promotoras de Salud (EPS) acreditadas e integradas en la RAEPS.

MÉTODO

Se realiza un estudio descriptivo del cuestionario de evaluación incluido en el Informe de Progreso que realizó cada EPS durante el curso 2011-12. El cuestionario recoge información cuantitativa y cualitativa. Los aspectos valorados están relacionados con a) la organización y gestión del centro; b) la programación educativa; y c) la actuación sobre los determinantes de salud. Se realizó un análisis descriptivo, con el programa estadístico SPSS 21 según diferentes variables: provincia; tipología de centro, titularidad; ámbito; y nivel educativo. Los resultados se detallan agrupando las opciones "muy alto" y "alto" del cuestionario

RESULTADOS

Se analizaron 80 cuestionarios enviados por los equipos de salud de las EPS, un 90,9% del total. Según titularidad 78,7% centros públicos y 21,3% concertados. Por ámbito 56,2% rurales y 43,8% urbanos.

Respecto la organización y programación del centro los aspectos mejor valorados fueron la implicación del profesorado (98,7%) y la acción tutorial (98,7%). La cuestión con más posibilidades de mejora es la participación de las familias (71,3%).

Valoración positiva de la actuación sobre algunos determinantes de salud: Actividad física (98,8%), alimentación saludable (97,6%), entorno seguro (93,8%) y salud emocional y convivencia (91,3%). La valoración más baja fue la relacionada con la promoción de salud frente a consumos de tabaco, alcohol y otras drogas, y los usos de las TIC (tecnologías de la información y comunicación) (66,3%).

CONCLUSIONES

Existe un importante compromiso de las EPS, por el papel clave de los equipos de salud de los centros y porque el profesorado asume su rol de promoción de la salud.

El desarrollo de las habilidades para la vida puede facilitar buenos niveles de alfabetización sanitaria cuando el alumnado se convierta en usuario de los servicios sanitarios.

Las actuaciones sobre los determinantes de salud más cercanos a los centros educativos están integradas en la cultura organizativa y planes de las EPS. Un reto es mejorar la promoción de la salud frente a consumos de tabaco, alcohol y otras drogas, así como los usos adecuados de las TIC.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 312

Título: ERRORES TRANSFUSIONALES: ERRORES INADMISIBLES.

Autores: GARÇES HORNA S, CORTES GRACIA M, PES LAGUNA M, RIOS PEREZ S, PALAZON P, RICARTE URBANO E, MARCOS IÑIGUEZ A

Mesa 10. Aula 3. Planta 1ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET

OBJETIVOS

- Disminuir la probabilidad de que ocurran errores relacionados con las transfusiones en el servicio de urgencias mediante la puesta en marcha de unas pulseras identificativas y así, mejorar la calidad asistencial en este tratamiento.

MÉTODO

En primer lugar tras detectar a través del sistema de notificación la comunicación de 4 errores relacionados con la administración de hemoderivados se procedió a analizar la situación. Se considero que se trataban de eventos centinela y se realizo un análisis causa raíz de 2 de los eventos.

Se propusieron diferentes acciones de mejora decidiendo finalmente la instauración de una barrera identificativa ya que en ambos casos la causa raíz común era un problema de identificación del paciente.

La iniciativa trata de la colocación de una pulsera identificativa de color rojo la cual viene con números seriados. Cuando el facultativo prescribe la transfusión, la enfermera rellenará los datos del paciente en una pulsera de transfusión y se la colocará al paciente. En cuanto llegue del banco de sangre las bolsas y estén preparadas para trasfundir, la enfermera "a pie de cama" colocará un número de la pulsera de trasfusión en la bolsa y otro en la pulsera comprobando nombre de paciente y nombre en la bolsa a transfundir.

Se procedió durante dos meses, a la difusión del nuevo método entre el personal implicado en la administración y prescripción de dicho tratamiento.

La iniciativa lleva en marcha desde octubre . Consideramos que se trata de una medida factible y económica, que si bien no reduce el riesgo a cero si que posiblemente ayudara a reducir la probabilidad de que ocurran nuevos errores.

RESULTADOS

Desde la puesta en marcha no se han registrado ningún incidente relacionado con las transfusiones.

CONCLUSIONES

- Siguiendo una valoración de la calidad según Avedis Donabedian, estructura, proceso y resultado. En el servicio de urgencias, mediante la puesta en marcha de unas pulseras identificativas, se ha conseguido dejar a cero los incidentes relacionados con transfusiones.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 346 □

Título: TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS: GASTO O INVERSION EN SALUD □

Autores: GOTOR LAZARO M, MARTIN CARPI MT, GARCIA SAEZ S, SIMON ROBLES AL, VIÑADO MAÑES C, PANADERO PAZ C, CHACON VALLES E, BELLO DRONDA S □

Mesa 10. Aula 3. Planta 1ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 8 minutos) □

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET □

□

□

OBJETIVOS □

Se entiende por estas técnicas: 1) Tratamiento ventilatorio del Síndrome de Apnea del Sueño a domicilio (CPAP, BiPAPS), 2) Oxigenoterapia crónica a Domicilio (OCD), 3) Ventilación mecánica a domicilio, 4) Aerosolterapia, 5) Otras: eliminación de secreciones bronquiales a domicilio. El uso de las terapias respiratorias domiciliarias (TRD) ha supuesto un avance importante en la evolución y pronóstico de pacientes con EPOC o apnea obstructiva del sueño, mejorando su calidad de vida, la disminución de estancias hospitalarias y el aumento de la supervivencia. El uso adecuado de este tratamiento consigue reducir la presión arterial, el riesgo cardíaco disminuye en un 20% y el de sufrir un ictus en un 40% durante un periodo de 5 a 10 años. Sin embargo el correcto cumplimiento de la prescripción, se estima globalmente en torno al 25-38%. La causa de esta cumplimentación inadecuada muy probablemente radica, en el poco seguimiento al que son sometidos los pacientes con estas terapias. □

OBJETIVO: 1) Evaluar las prescripciones de las TRD realizadas en nuestro sector durante los últimos años. 2) Estudiar el grado de cumplimiento de la (OCD) y de tratamiento ventilatorio del Síndrome de Apnea del sueño. 3) Hacer una valoración económica de lo que está suponiendo el control de pacientes malos cumplidores en nuestro sector durante el último año. □

MÉTODO □

El número de prescripciones y el tipo de TRD fueron proporcionados desde la Dirección de Gestión de nuestro sector, contrastando los datos con los obtenidos por la empresa suministradora. Se calculó la prevalencia de prescripción para cada TRD teniendo en cuenta la población de nuestro sector según la base de datos de usuarios de Aragón. El HUMS pertenece al Area de Salud II de Aragón que atiende a una población de referencia de 405.130 habitantes □

RESULTADOS □

La prescripción ha evolucionado durante los últimos 5 años de la siguiente forma: □

Abril 2010 Abril 2011 Abril 2012 Abril 2013 Abril-2014 □

2718 2911 3928 4450 4415 □

El número de tratamientos ha aumentado de manera lineal en nuestro sector con una tasa de crecimiento interanual del 16,7% durante los 5 últimos años. □

En Abril 2014 el total de las terapias prescritas supone una prevalencia de 1073/100.000 habitantes. Actualmente, 1044 pacientes reciben OCD (tasa de 258/100.000) y 2887 CPAP/BIPAPS (tasa de 713/100.000). Se consideró paciente cumplidor el que realizaba más de 15 h/día de oxigenoterapia y más de 4 horas/día de CPAP/BIPAP. Sólo el 16% de los pacientes utiliza la OCD durante más de 15 h/día. En el caso del tratamiento para el SAHS sólo el 72% de los pacientes lo utiliza más de 4 horas/día. Para control de todas estas prescripciones y su buen cumplimiento se está realizando una consulta específica desde Junio 2013. Ha sido necesario retirar 686 TRD durante el último año, sobre todo por incumplimiento de las mismas, lo que representa un ahorro estimado en unos 28.000euros/mes. □

CONCLUSIONES □

1. Las TRD como conjunto muestran una tendencia anual al incremento de su prescripción con una variación de +16% en los últimos 5 años. □
2. Los pacientes sometidos a OCD, que cumplen las indicaciones consideradas como correctas, son en nuestro estudio sólo del 16%, a pesar de que las indicaciones dadas por su médico. En el caso del tratamiento para el SAHS lo utiliza correctamente el 72%. □
3. Es necesario establecer un seguimiento más estrecho de los pacientes a los que se indica TRD, para optimizar los resultados. □
4. El uso inadecuado de estas terapias hacen que el beneficio no se cumpla y el coste económico que de ellas se derivan sea elevado y progresivamente ascendente.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 440

Título: SEGURIDAD TRANSFUSIONAL : PUNTOS CRÍTICOS DE LA TRANSFUSIÓN Y COMPROBACIÓN DEL GRUPO SANGUÍNEO EN CABECERA

Autores: GONZALEZ RODRIGUEZ VP, PINTO J, CASINELLO C, MONFERRER E, VAL B, YUS F, TERCERO MORA M, DELGADO P

Mesa 10. Aula 3. Planta 1ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET

OBJETIVOS

Evitar las reacciones transfusionales hemolíticas agudas por incompatibilidad ABO debida a errores de identificación en cualquiera de las fases de la cadena transfusional (causa más frecuente de muerte evitable asociada a la transfusión)

Mejorar el primer nivel del sistema de hemovigilancia

Cumplir con la normativa legal vigente

MÉTODO

Cursos de formación para enfermería sobre la práctica transfusional

Se elaboró un díptico sobre los puntos críticos de la transfusión y además un esquema con imágenes explicativas sobre la técnica e interpretación de la comprobación de grupo a cabecera , para la divulgación a todo el personal de enfermería.

Sesiones explicativas sobre cómo realizar la técnica de la comprobación de grupo, la interpretación de resultados y su registro. Ya ha sido implantado en las UCIS y actualmente se está trabajando en las áreas de quirófano y la urgencia su implantación.

RESULTADOS

Encuestas de calidad con resultados satisfactorios en relación a los cursos de formación realizados

Buena acogida en todas las UCIS del hospital en las cuales se ha implementado la comprobación de grupo a cabecera , actualmente se está trabajando su implantación en las áreas de quirófano y la urgencia.

Mayor seguridad transfusional, al llevarse a cabo dicha práctica por personal formado específicamente

Es de preveer que los errores de identificación de las muestras se reduzcan a medida que se vaya implementando, pero aún no se dispone de datos para compararlos con los del año 2013, en el que se comunicaron 3 errores transfusionales graves

Un mejor cumplimentación de la documentación asociada a la transfusión

Mejor manejo de los componentes sanguíneos por lo que es de esperar un menor número de componentes sanguíneos desechados por mala conservación fuera del banco al finalizar este año.

CONCLUSIONES

La formación del enfermero que transfunde sangre es clave en la seguridad transfusional (Recomendación oficial Nº 18 del consejo de Europa, sobre formación del personal de enfermería en transfusión)

A pesar de los grandes avances en el área de la seguridad transfusional y la incorporación de sistema informatizados en un gran número de hospitales , éstos constituyen un valor añadido, pero nunca deben sustituir a la formación y a la buena praxis sobre el acto transfusional . La comprobación del grupo a cabecera es el único método que garantiza la compatibilidad entre la unidad a transfundir y el receptor .

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 464 □

Titulo: ¿PODEMOS MEJORAR EL RENDIMIENTO DEL HEMOCULTIVO EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA? □

Autores: CAMPOS CALLEJA C, SANCHO GRACIA E, MILAGRO JIMENEZ ME, PILAR SORIA LOZANO P, VILLUENDAS USON MC, LATORRE IZQUIERDO AM, PEREZ DELGADO R, GOMEZ BARRENA V □

Mesa 10. Aula 3. Planta 1ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 8 minutos) □

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET □

□

□

OBJETIVOS □

El alto porcentaje de hemocultivos contaminados en nuestra Unidad de Urgencias de Pediatría ha planteado la necesidad de revisar el protocolo vigente de la extracción y el procesamiento de las muestras para mejorar su efectividad. □

Establecer una ágil vía de comunicación con el Servicio de Microbiología ante resultados positivos a posibles gérmenes patógenos para realizar un seguimiento óptimo del paciente desde la Unidad de Urgencias. □

MÉTODO □

Reunión equipo de calidad para distribución de responsables de diferentes actividades a desarrollar. □

Revisión procedimiento de extracción de HC y su aplicación en paciente pediátrico. □

Reunión conjunta Unidad Urgencias con Servicio de Microbiología. □

Diseño registro pacientes con resultados HC positivos. □

Establecer cronograma de los talleres prácticos para enfermería de la técnica de extracción. □

Establecer indicadores de calidad. □

Reunión equipo de mejora para análisis de los resultados tras intervención. □

RESULTADOS □

EL análisis de tasa de contaminación de HC solicitados desde Urgencias previo a nuestra intervención fue de 16,7% y los HC positivos del 2,2%. □

Todo el personal de enfermería ha revisado e incorporado actualización de la técnica de extracción HC. □

Tras el aviso telefónico y/o por papel de resultado de HC positivo o contaminado el facultativo de urgencias realiza el seguimiento clínico, bien constatando en su historia electrónica (intranet) que es controlado en su C Salud o mediante llamada telefónica al domicilio o pediatra del paciente consiguiéndose en el 96% casos. □

Se dispone de un registro informático de los casos enviados desde S. Microbiología con datos de filiación, clínicos, resultados de la prueba, confirmación de comunicación de resultado a pediatra y/o familiares y la evolución del paciente □

Los indicadores de tasa de contaminación de los HC a los 6 meses de la intervención ha sido del 9% y de HC positivos del 1,6%. □

CONCLUSIONES □

Se ha disminuido la variabilidad en el procedimiento de extracción de HC entre los profesionales de la Unidad con resultados muy óptimos en descenso de tasa de contaminación. □

Se ha conseguido el seguimiento de un gran número de los pacientes con resultado en hemocultivo de posible patógeno o contaminación.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 466

Título: VALORACIÓN EN EL USO DEL TELEDIAGNÓSTICO. COSTE-EFICIENCIA E IMPACTO SOCIO-SANITARIO

Autores: CAUDEVILLA BIOTA E

Mesa 10. Aula 3. Planta 1ª. Unidad Docente, 4 de junio. 17h (duración 8 minutos)

Centro de trabajo: CS EJEA DE LOS CABALLEROS

OBJETIVOS

Generales:

- Aumentar la equidad empleando las TIC disponibles.
- Potenciar la evaluación de TS para la toma de decisiones (calidad, seguridad, coste-eficiencia).
- Definir un nuevo modelo de servicio (roles y capacitación).
- Mejorar la coordinación entre niveles asistenciales.
- Sostenibilidad del sistema socio-sanitario (SS) y compromiso con el medio ambiente.

Específicos:

- Evaluar el coste-efectividad de la prueba diagnóstica con prioridad normal/preferente, realizada con Real-time tele-video-electroencefalografía (rttv-EEG) en un Hospital Gral. Comarcal (HGC) frente a la prueba convencional (v-EEG) en H. de Referencia (HR).

Minimizar el impacto de la enfermedad, disminuyendo los tiempos asistenciales y de toma de decisiones.

- Facilitar el acceso a una consulta no presencial en pacientes crónicos-complejos y personas cuidadoras.

MÉTODO

Búsqueda bibliográfica: Pubmed, Cochrane, Bvs, Trip, Science.

Diseño de estudio: Estudio cuasi-experimental de Series de Tiempo "interrumpidas" (periodo 2005-2011).

Población: Pacientes del Área de Salud de un HGC, atendidos con Rttv-EEG (nuevo modelo de servicio) y v-EEG (prueba convencional), N=1049.

Tamaño muestral: 204 individuos (error $\alpha=0.05$ y potencia=90). Muestreo probabilístico del tipo estratificado sistemático.

Perspectiva del estudio: social y financiador.

Evaluación económica: análisis de costo-eficiencia basado en disminución de tiempos de cita (T_c) y resultados (T_r) y costes directos e indirectos.

Impacto socio-económico: evaluación basada en cuestionario protocolizado y estructurado (no dirigido e individual) en pacientes durante un año.

Análisis de datos: SPSS 15,0y Epidat 4.0, Excel 2010. RefWorks

RESULTADOS

Concordancia diagnóstica: S y E de rttv-EEG del 99,9% (IC95% 93,75-100),VPP(88,3%),VPN(100%) con prevalencia entre 5-10 x 1000 hab.

Análisis estadístico: (K-S $p>0.05$) para las series analizadas. Prueba t y P.contraste entre tiempos de cita (T_c) y de resultados (T_r), C. de P y S (IC95%, $p<0.05$).

Efectividad: variación importante en T_c (días) con v-EEG (22,76), de los atendidos con rttv-EEG (11,62).

$\Delta E = -0.128$ para v-EEG; CEI= -108,13, quedando así dominada por la alternativa de tele-diagnóstico. Costes directos evitados =41.33€/paciente.

CONCLUSIONES

- Agilización en los resultados y toma de decisiones.
- Mejora la accesibilidad, reducción de las emisiones de CO2 y aumento de la productividad.
- Reducción del número de traslados de pacientes al HR en ambulancia.
- Mejora continua de la realización de la prueba diagnóstica por enfermería (registro de incidencias/valoración).

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 26

Titulo: DIABETES MELLITUS TIPO II, VITAMINAB12, METFORMINA E INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES
¿UNA SUMA CONOCIDA?

Autores: MUR DE FRENNE L, RAMOS GIL E, NAVARRO AZNAREZ G, CABALLERO Y, CORTES A, MOLINOS
ZAPATER R

Mesa 11. Aula 4. Planta 1ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 5 minutos)

Centro de trabajo: CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA)

OBJETIVOS

La interferencia de la metformina en la absorción de B12 es un aspecto poco conocido:del 10-30% de pacientes, a largo plazo, tendrán déficit B12 a pesar de ingesta en la dieta.

MÉTODO

Total de recetas metformina+ibprotones realizadas en cdspr.número de pacientes dm en cdspr.solicitud B12+acido folico, los q no: poner en flash.

indices con corrección de B12 y con ibprotones. :mejora del deterioro cognitivo en pacientes con deficit de B12. pacientes <b12/pacientes x100 conseguido: 5'33, objetivo para 2014: 3. pacientes B12 corregido/ con<B12 x100 conseguido: 43,7 objetivo para 2013: 70. pacientes con tratamiento con ibuprofeno y <b12/pacientes con tratamiento ibprotones x100:nd. pacientes con tratamiento ibuprofeno corregido/pacientes con tratamiento ibprotones x100:nd

RESULTADOS

Casos de DMNID con tratamiento con metformina+ ibprotones casos <B12 y tratamiento con optovite y control posterior, capacidad cognitiva de nuestros pacientes tratados, y su comparación con los datos previos del omiap. mejora sentida por nuestros pacientes y médicos. Estamos haciendo el minitestmental en el momento de diagnostico de anemia megaloblastica y tras el tratamiento a 6 meses y luego al año.

13cias/análisis 60,07%/vitB12n. 46,5%/vitB12<8,8 sin análisis 35,36%

CONCLUSIONES

SINTOMAS por < vitamina B12: Accidente cerebrovascular, Fracturas, Debilidad muscular, Demencia, Depresivo, Irritable, Agresivo.

SINTOMAS por Inhibidores de la Bomba de Protones: riesgo de fracturas óseas: vertebrales- cadera- muñeca y osteoporosis, si se usan mas de 1 año, y mas en ancianos. Se necesita el ácido gástrico para liberar B12 de la proteína a partir de la absorción.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 40

Titulo: EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA Y TRATAMIENTO EN LA ÚLTIMA DÉCADA EN EL CÁNCER DE CÉRVIX EN EL HU MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Autores: JOSE GUTIERREZ Y, LANZON LAGA A, PUIG FERRER F, MARCUELLO FRANCO AC, HAKIM ALONSO S, HORNO OCTAVIO M, NAVARRO BELTRAN P, RUIZ CONDE MA

Mesa 11. Aula 4. Planta 1ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 5 minutos)

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET

□
□

OBJETIVOS

El cáncer de cérvix es el tumor con mayor incidencia y mortalidad en las mujeres a nivel mundial. España está entre los países Europeos con incidencia baja, pero continúa siendo un problema no resuelto.

Objetivo principal: evolución de la incidencia y tratamiento de las pacientes con cáncer de cérvix infiltrante asistidas en nuestro centro en los últimos 10 a.

Objetivos secundarios: procedencia de las pacientes, el estadio tumoral y tipos histológicos.

□

MÉTODO

Revisión retrospectiva de los casos de cáncer de cérvix asistidos en nuestro hospital desde enero del 2003 hasta diciembre del 2013.

Incluimos pacientes atendidas por un cáncer de cérvix infiltrante en el periodo de estudio, tanto los casos con un diagnóstico realizado en nuestra área sanitaria como las derivadas de otras provincias o países. Excluimos las pacientes con displasias de alto grado.

Identificamos a las pacientes desde la base de datos informatizada que existe en nuestro servicio de esta patología. El estudio estadístico se realizó con SPSS 15.0.

RESULTADOS

Atendimos 274 pacientes con cáncer invasivo. Media de edad: $54,36 \pm 16,51$, rango: 18 a 90 a y moda: 49 a. 220 (80,3%) de nuestra área y 54 (19,7%) no. 215 (78,5%) españolas y 59 (21,5%) extranjeras.

El carcinoma epidermoide fue el más frecuente (62,4%). El estadio más frecuente fue el IIB, seguido del IB1. Inicialmente 164 pacientes fueron operadas (59,6%) y en 110 (40,4%) se realizó un tratamiento primario con radioterapia y/o quimioterapia.

La indicación quirúrgica se fundamentó en el estadio y el tamaño tumoral. A partir de 2011 se implementó la laparoscopia. En diciembre del 2013 se empezó con el Wertheim Meigs por vía laparoscópica. La reducción de la estancia media fue de 5,4 días ($p=0,008$). Desde finales del año 2013 se comenzó la B.S.G.C. En los 4 casos se realizó también una linfadenectomía en el mismo acto quirúrgico por tratarse de una técnica no validada. La tasa de identificación del ganglio centinela intraoperatoriamente fue del 100%. La TFP fue 0 y la E del 100%.

CONCLUSIONES

" Problema no resuelto en España y en Aragón a pesar de tratarse de una patología para la que existe un cribado eficaz. Debemos asegurarnos que nuestras pacientes participan en él.

" La incidencia se mantiene estable pero se ha producido un repunte en los dos últimos años.

" Tipo histológico más frecuente: carcinoma escamoso.

" Más del 40% de las pacientes diagnosticadas en estadios no quirúrgicos.

" Cambio en los últimos años en cuanto al abordaje quirúrgico, intentando aumentar el número de procedimientos mínimamente invasivos.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 120

Título: ELABORACIÓN DE UNA GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN SEGURA DE FÁRMACOS DE USO FRECUENTE EN OBSTETRICIA

Autores: BERGES PEREZ R, MARCHADOR PINILLOS B, REMARTÍNEZ FERNANDEZ JM, DE BONROSTRO TORRALBA C, LAHOZ FUERTES J, VILLACAMPA ALONSO M, PEÑA DEBUEN N, URIARTE PINTO M

Mesa 11. Aula 4. Planta 1ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 5 minutos)

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET

OBJETIVOS

Se creyó interesante la creación de una herramienta accesible de consulta rápida referida al manejo de los fármacos más frecuentemente utilizados en obstetricia.

El formato finalmente elegido fue el póster y con su difusión se pretende aumentar la calidad asistencial mediante la disminución de la variabilidad en la administración de fármacos, de la aparición de incidentes/accidentes por errores en la administración y aumento de la detección de efectos adversos.

Los servicios a los que va dirigida, dilatación y paritorios, plantas de puerperas y planta de medicina materno-fetal del Hospital Universitario Miguel Servet, se caracterizan por una alta rotación del personal y pacientes, frecuente aparición súbita de situaciones subsidiarias de respuesta rápida y tratamiento conjunto del binomio madre-hijo.

MÉTODO

- 1.-Creación de equipo multidisciplinar costituido por matronas, anestesistas, ginecólogo, enfermera y farmacéutico, cada uno de ellos con diferente implicación en el uso de fármacos
- 2.-Decisión conjunta de criterios de inclusión, población diana y características de la guía
- 3.-Elaboración del listado de fármacos y distribución entre los componentes del grupo
- 4.-Revisión bibliográfica
- 5.-Elección de formato póster
- 6.-Presentación del proyecto a los servicios implicados
- 7.-Revisión por parte del personal de los servicios a los que va dirigido
- 8.-Inclusión de modificaciones y correcciones sugeridas
- 9.-Segunda revisión por parte de los autores
- 10.-Impresión y colocación del póster en lugares accesibles y visibles
- 11.-Realización de encuesta de valoración del proyecto
- 12.-Evaluación de los resultados obtenidos y reunión final de valoración global del proyecto

RESULTADOS

- 1.-Difusión del póster: Porcentaje de enfermeras/matronas/estudiantes de enfermería/residentes de matrona/ginecólogos que conocen el póster del total
- 2.-Utilización del póster: Porcentaje de enfermeras/matronas/estudiantes de enfermería/residentes de matrona/ginecólogos que utilizan el póster del total
- 3.-Valoración del póster: Porcentaje de enfermeras/matronas/estudiantes de enfermería/residentes de matrona/ginecólogos que consideran el póster muy útil/ útil/ nada útil

CONCLUSIONES

- Experiencia positiva de colaboración interdisciplinar
- Hacer partícipe al personal facilita la colaboración, aceptación de la herramienta y su utilización , por todo ello, su éxito
- Pequeñas intervenciones simples y con poco gasto de recursos pueden aumentar la seguridad del paciente y la satisfacción del personal
- Este trabajo puede servir de base para futuras intervenciones

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 121 □

Titulo: ¿QUÉ SABEN LOS CUIDADORES SOBRE EL MANEJO DEL PACIENTE CON DISFAGIA? □

Autores: GONZALEZ EIZAGUIRRE MM, CANOVAS PAREJA C, FERRANDO LACARTE I, DEZA PEREZ MC, HERRERA BOZZO C, NAVARRO CIRUGUEDA M, LABARI SANZ G, GASPARD RUIZ ML □

Mesa 11. Aula 4. Planta 1ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 5 minutos) □

Centro de trabajo: H NTRA SRA DE GRACIA □

□

□

OBJETIVOS □

Evaluar el conocimiento que tienen sus cuidadores sobre el manejo del paciente con disfagia □

Elaboración de un protocolo de mejora para el manejo integral de esta patología □

MÉTODO □

Estudio descriptivo-prospectivo. Se estudiaron pacientes ingresados en el S. de Geriátrica con indicación de dieta disfagia. Se obtuvo una muestra de forma aleatoria durante los meses de agosto a diciembre 2013. Se evaluaron variables sociodemográficas, clínicas, sit. funcional (I.Barthel), nivel cognitivo (I.Pfeiffer) y comorbilidad (I.Charlson). Se registró si el cuidador principal conocía los cuidados del paciente con disfagia y si lo realizaba correctamente □

RESULTADOS □

Se estudian 58 pacientes: 55.2% mujeres edad media de 87 años. 63.8%, viven residencia. Barthel < 20 el 79.3%, Pfeiffer > 3 el 82.8%, Charlson medio de 6. Antecedente disfagia 67% (51,7% hace más de un año) y 31% en el hospital. Causa principal de disfagia: enf neurológica 79.3%. Otras comorb: cardiopatía 32.8%, DM 29.3%. Albúmina media de 3,2.

Antecedente de Broncoaspiración: 20.7%. Reingreso hospitalario: 75.9%. □

El 55,2% de los cuidadores recibieron información previa sobre disfagia en un hospital, 21% en su residencia y un 14% por el EAP: el 87.9% conoce/utiliza espesantes y 94.8% conoce medidas posturales. □

El 100% habitaciones tiene carteles informativos. En ingreso 60.3 % de cuidadores prepara líquidos con espesantes con volumen y viscosidad adecuado. 52% de los pacientes utiliza pajitas o jeringas. 50% dedica tiempo suficiente en la ingesta, 48.3% utiliza postura correcta, 70.7% da una cantidad de comida adecuada. Broncoasp conocida en el hospital: 3%. Mortalidad en hospitalización 12.1% □

CONCLUSIONES □

Paciente con disfagia tiene importante comorbilidad, dependencia severa y alta mortalidad hospitalaria. □

Cuidador principal a pesar de conocer las medidas de manejo de disfagia no siempre las realiza correctamente □

Se va a realizar un Proyecto de calidad que quiere mejorar la calidad de la información que se da al cuidador del paciente con disfagia. Las actividades de mejora que se tienen previstas para éste Proyecto son: □

-Creación de Equipo interdisciplinar para mejora del manejo de disfagia □

-Difusión de los Resultados de los estudios preliminares □

-Elaboración de estrategias de mejora en la formación del personal que atiende al paciente hospitalizado □

-Elaboración de estrategias de mejora en la información y formación del cuidador. Elaboración de un tríptico folleto guía informativa □

-Valoración al final del 2014 de la eficacia de las medidas tomadas realizando un estudio comparativo con resultados en 2013

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 242

Titulo: VALORACIÓN INTEGRAL Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

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 11. Aula 4. Planta 1ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 5 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 cardio-vascular, 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.

Hábito tabáquico: 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 con los medios suficientes para completar y ampliar el presente estudio.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 245

Título: ESTUDIO DE LAS DEMANDAS DE ATENCIÓN URGENTE EN LOS PACIENTES EN SITUACIÓN TERMINAL Y SU RESOLUCION POR UN ESAD

Autores: MORENO MATEO R, ENCISO ANGULO MP, TORRUBIA ATIENZA MP, DOMINGO PASCUAL MC, RODELES DEL POZO R, VERDU GARCIA MT, GRACIA ANDIANO S, FORCE BLASCO A

Mesa 11. Aula 4. Planta 1ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 5 minutos)

Centro de trabajo: CS ROMAREDA (SEMINARIO)

□
□

OBJETIVOS

Describir las peticiones, por parte de los enfermos con Cuidados Paliativos en Situación Terminal (S.T.), de asistencia inmediata que, en general, no puedan ser resueltas favorablemente por los EAP. □

Estudiar sus motivos, origen y respuesta del Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) □

MÉTODO

El ESAD 2 de ZARAGOZA diseñó un estudio que, de VII/2012 a VI/2013, recogió las demandas urgentes de enfermos en S.T. que precisan una actuación más específica por parte de equipos de cuidados paliativos; se incluyeron tres situaciones: pérdida de vía oral/agonía, control de síntomas que el EAP no haya sido capaz de resolver, y técnicas específicas (paracentesis, etc). □

Se recogieron datos sobre el Diagnóstico principal, motivo y origen de la demanda, cuidadores del enfermo, demora en la respuesta y resultado de la intervención de ESAD. □

RESULTADOS

Durante el período de estudio entraron 491 pacientes nuevos en el servicio, y la media de enfermos en asistencia atendidos fue 178,25. Se recibieron 92 demandas (80 de enfermos oncológicos), de 84 pacientes diferentes (73 oncológicos). Los Diagnósticos más frecuentes fueron Cáncer pulmón (21 demandas); Cáncer hepato-pancreático-biliar (15); e Insuficiencia Renal Terminal (5 llamadas) entre los no oncológicos. Edad media: 72,25 en oncológicos (tramo de mayor demanda 70 a 79 años) y 84 en no oncológicos (tramo mayor demanda > 80). Motivo más frecuente de llamadas: Control de síntomas (31, con 15 por dolor); seguido de pérdida de vía oral (29, con 26 agonías) y valoración disfagia (13). La demanda fue realizada por la familia (80) más que por el EAP (12). Los cuidadores mayoritarios eran la familias: hijos solos (31); cónyuges (20); cónyuges e hijos (18). □

Se contactó con todos los pacientes en el día y se pactó visita domiciliaria inmediata en 42 pacientes (45,65%) y a las 24 h en 45 (48,91 %). 84 pacientes permanecieron en domicilio (91,3%), 32 de ellos (34%) con cambio a vía subcutánea; 5 enfermos (5,43%) ingresaron en Hospital de larga estancia y sólo uno fue derivado al HUMS. □

CONCLUSIONES

un conocimiento exhaustivo y contacto frecuente con la unidad familiar; habilidades de comunicación; apoyo en los recursos accesibles (Atención Primaria, servicios de Urgencia, recursos sociales) y el tiempo necesario para manejar todas las variables permiten una valoración adecuada de los casos y una optimización de los medios disponibles para ofrecer una respuesta de calidad a las situaciones urgentes en Cuidados Paliativos.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 263

Título: IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL CONTROL DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES EN HERIDA QUIRURGICA

Autores: MARTINEZ RINCON E, GARCIA BUESA S, GUIJARRO ARROYO L, SANCHEZ ESCOBEDO S, TABUENCA ARCE ML, LAPRESTA MOROS C, ARTINEZ CASAMAYOR C

Mesa 11. Aula 4. Planta 1ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 5 minutos)

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET

OBJETIVOS

Introducción: Las infecciones asociadas al cuidado de la salud afectan cada año a cientos de miles de pacientes en todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), al menos uno de cada cuatro pacientes ingresados contraerá una infección durante su estancia en el hospital.

Objetivos: El lavado de las manos es la medida principal contra la propagación de los microorganismos en el ámbito hospitalario.

1-Contribuir a disminuir la tasa de incidencia de infección del sitio quirúrgico.

En 2013, en el servicio de Angiología y C. Vascular, la tasa de incidencia de infección en sitio quirúrgico fue del 6,70%.

2- Instruir y formar al personal sanitario (taller formativo) en la práctica de la técnica del lavado de manos: Los 5 momentos de la OMS.

MÉTODO

Nos basamos en la Estrategia de los 5 momentos de la OMS para la higienización de manos:

Momento 1: antes del contacto con el paciente

Momento 2: antes de realizar una tarea limpia / aséptica.

Momento 3: después de exposición a fluidos corporales.

Momento 4: después del contacto con el paciente

Momento 5: después del contacto con el entorno del paciente.

1- Lavado por fricción con solución hidroalcohólica (desinfección con eliminación de flora residente y transitoria, no las esporas)

Material: Solución hidroalcohólica (alcohol, agua, antiséptico y emolientes)

DURACIÓN PROCEDIMIENTO 20-30 SEGUNDOS.

2- Lavado de arrastre (elimina flora transitoria, no la residente)

Material: Agua, jabón y toallas de un solo uso

La utilización de guantes no modifica ninguna indicación y en ningún caso reemplaza la higiene de manos.

RESULTADOS

Estudio descriptivo en proceso de realización.

CONCLUSIONES

Todo profesional sanitario debe ser consciente de la importancia de la higiene de manos.

Debe realizarse para:

- proteger al paciente de aquellos gérmenes nocivos que puedan estar en sus manos o en la piel del mismo paciente

- protegerse y proteger el entorno de gérmenes nocivos

El lavado de manos con soluciones hidroalcohólicas por fricción es una efectiva y eficiente alternativa al lavado de manos de arrastre por ser una técnica menos lesiva para la piel, reducir la carga microbiana, ahorrar tiempo y por su mayor accesibilidad.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 323 □

Título: IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE REANIMACIÓN HEMOSTÁTICA DE LA HEMORRAGIA GRAVE EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET □

Autores: CASSINELLO OGEA MC, CASALDUERO J, BUSTAMANTE E, MUÑOZ A, RODRIGUEZ B, HUARTE R, JUBERA P □

Mesa 11. Aula 4. Planta 1ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 5 minutos) □

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET □

□

□

OBJETIVOS □

Con el objeto de evitar la morbimortalidad asociada a la reanimación de una hemorragia grave y masiva, la comisión de transfusiones del hospital Miguel Servet ha protocolizado un cambio en la forma de reanimar una hemorragia grave, y, se está ocupando de su implantación. □

MÉTODO □

Métodos: Estudiamos los factores de riesgo de presentar una hemorragia grave y una coagulopatía, con un estudio retrospectivo de las hemorragias mortales y, con un seguimiento prospectivo de las cirugías, que requieren transfusión intraoperatoria durante 3 meses. Se ha analizado como se administra la fluidoterapia, los antifibrinolíticos, los componentes sanguíneos y los hemoderivados en los casos con transfusión intraoperatoria, hemorragia mortal, insuficiencia cardiaca secundaria a politransfusión y, coagulopatía. También estudiamos la demora en la recepción de los concentrados de hematíes, dependiendo de los puntos de la geografía hospitalaria donde se solicitan y, de como se solicitan a Banco (concentrados urgentísimos o desesperados). □

RESULTADOS □

Con los datos anteriores, y la revisión bibliográfica, se realizó un protocolo de tratamiento de la hemorragia grave, que se resumió en un tríptico consensuado entre todos los médicos de la comisión de transfusiones. El protocolo divide la reanimación en 3 escalones. Utiliza una nomenclatura uniforme para solicitar, los concentrados de hematíes y, los paquetes transfusionales. Incluye como revertir los fármacos y enfermedades que alteran la hemostasia. Su objetivo es evitar la triada mortal, y, la insuficiencia cardiaca debida a politransfusión. Se ha consensuado con Farmacia, la disponibilidad de coloides, salino hipertónico, ácido tranexámico, fibrinógeno y complejo protrombínico, en los lugares donde se tratan las hemorragias graves. □

El protocolo se ha colgado en intranet. Se ha explicado en sesiones clínicas, se ha distribuido a los profesionales implicados, y, se han colocado poster plastificados en los lugares donde se reanima la hemorragia. □

CONCLUSIONES □

1-El tríptico facilita la decisión clínica y, la coordinación entre los profesionales que tratan la hemorragia grave. 2-La gran distancia entre el quirófano de maternidad y, el Banco de sangre, retrasa la transfusión. Para mejorar los resultados se ha organizado un circuito de disponibilidad inmediata de 2 concentrados de hematíes O negativo en obstetricia. 3- El principal problema en el seguimiento de los resultados de este protocolo es que la hemorragia grave no tiene codificación.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 325

Título: LA CALIDAD NUTRICIONAL REDUCE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Autores: ESCOLAR MARTINEZ BERGANZA T, GARCIA JA, GIMENO M, ALLENDE MA, CANTIN A, NAVARRO J, FLAMARIQUE A, SAENZ D

Mesa 11. Aula 4. Planta 1ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 5 minutos)

Centro de trabajo: H CLINICO UNIVERSITARIO

OBJETIVOS

Un estilo de vida poco saludable puede contribuir al desarrollo de diferentes enfermedades y por tanto, al absentismo laboral.

Numerosas compañías han intentado implantar programas de promoción de salud para sus empleados, con el propósito de aumentar la productividad.

En cuanto a los inconvenientes al adoptar los programas, los análisis sugieren la necesidad de simplificar y actualizar el proceso de desarrollo de los programas, realizando una monitorización estrecha y la posibilidad de feed-backs para controlar la implicación de las personas en los mismos.

Por lo tanto, nuestra hipótesis inicial de trabajo es que una intervención unidisciplinar sobre el estilo de vida, usando nuevas tecnologías para llegar a la población más joven, como mejorar los hábitos alimentarios, podría aumentar la calidad de vida, optimizar la productividad y las habilidades laborales y podría reducir el absentismo, al mejorar la salud de los individuos.

MÉTODO

Nuestra población está formada por 60 empleados de perfil homogéneo.

El objetivo principal de nuestro trabajo era entrenar a los trabajadores en unos hábitos alimentarios saludables y conseguir así una reducción del absentismo laboral.

Para una comunicación óptima con los empleados, se creó un blog interno, dirigido por una nutricionista y un médico para poder evaluar el perfil de hábitos alimentarios de los trabajadores y mejorarlo.

Se elaboraron 3 indicadores de calidad con el propósito de evaluar y monitorizar el proceso: Tasa de seguimiento del programa, que fue del 80%, Tasa de mejora en los hábitos alimentarios, que fue mayor del 90% y nº de días de absentismo laboral por empleado que fue de 1,94 días en 2010 (antes de la implantación del programa), 0,37 días por empleado en 2011 y 0,53 días en 2012 (después de la implantación del programa).

RESULTADOS

Tasa de seguimiento del programa, que fue del 80%, Tasa de mejora en los hábitos alimentarios, que fue mayor del 90% y nº de días de absentismo laboral por empleado que fue de 1,94 días en 2010 (antes de la implantación del programa), 0,37 días por empleado en 2011 y 0,53 días en 2012 (después de la implantación del programa).

CONCLUSIONES

En conclusión, después de una intervención unidisciplinar sobre el estilo de vida, el absentismo laboral se redujo, al mejorar la salud de los trabajadores. De acuerdo con esto decimos que seguir un programa de promoción de la salud basado en una dieta equilibrada es útil para los empleados y que una asistencia de calidad dispensada al paciente sano puede evitar problemas posteriores y reducir costes sanitarios.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 351

Título: INCIDENCIA DEL ROL ENFERMERO EN EDUCACION PARA LA SALUD EN UNA UNIDAD DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO (UTRS)

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

Mesa 11. Aula 4. Planta 1ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 5 minutos)

Centro de trabajo: CS ACTUR NORTE

OBJETIVOS

En la consulta de enfermería (CE) de la UTRS del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) se realiza una valoración enfermera del paciente con sospecha de SAOS (síndrome apnea obstructiva del sueño), para identificar factores asociados a la patología. Durante esta valoración se detectó un alto grado de desconocimiento sobre su enfermedad, diagnóstico, tratamiento y hábitos higiénicos del sueño.

Si el paciente no conoce su patología, es difícil una buena adherencia al tratamiento, ya que son sistemas complejos y en ocasiones molestos que requieren de un periodo de adaptación

OBJETIVOS

Mejorar conocimientos de los pacientes con SAOS

Valorar la efectividad de la intervención educativa

MÉTODO

Diseño de estudio: Prospectivo y con intervención.

Sujetos: 250 pacientes diagnosticados de SAOS.

Lugar: CE de la UTRS del HUMS.

Intervención: De abril a octubre 2013. Se elaboró y difundió un material didáctico basado en las necesidades de este grupo de pacientes. Incluía información sobre:

- Hábitos de higiene de sueño
- Definición, causas, mecanismos y complicaciones de la apnea
- Terapia CPAP
- Problemas potenciales y soluciones de la terapia con CPAP
- Satisfacción

Evaluación de conocimientos y rendimiento de la intervención: Para monitorizar el proceso se administró un cuestionario de 7 preguntas de respuesta múltiple, haciendo referencia a conocimientos teóricos y prácticos, previos y posteriores a la intervención educativa. Además se añadió una pregunta referente a satisfacción percibida por el paciente.

Análisis de resultados. Cada ítem del cuestionario fue valorado de 0 (ningún conocimiento) a 10 (máximo conocimiento). Bloque teórico: sumatorio oscila: 0-40. Bloque práctico: sumatorio oscila: 0-20. Satisfacción: Rango entre 0-6

Los análisis descriptivos e inferenciales se realizaron con el paquete estadístico spss v 15.0

RESULTADOS

Tras analizar los resultados se detectaron cambios estadísticamente significativos entre los conocimientos previos y posteriores tanto en el aspecto teórico como en el práctico, así como un aumento de la satisfacción.

CONCLUSIONES

La incidencia del rol enfermero en educación para la salud en pacientes con diagnóstico reciente de SAOS, es efectiva tanto en coste como en calidad percibida por el paciente e influye de manera positiva, en cuanto a conocimientos aprendidos, lo que hace imprescindible continuar en esta línea, para mejorar la adherencia a las terapias CPAP.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 355

Título: UN CUENTACUENTOS COMO EXPERIENCIA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD PARA NIÑOS

Autores: LOSTAL GRACIA I, PERALTA RUFAS E, MARTINEZ REDONDO I

Mesa 11. Aula 4. Planta 1ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 5 minutos)

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET

OBJETIVOS

Mejorar la calidad asistencial en dermatitis atópica en la población infantil

MÉTODO

Realizamos un cuentacuentos con la intención de concienciar a los niños de lo importante que es las medidas higienicas para controlar la dermatitis atópica.

RESULTADOS

Posteriormente realizamos una encuesta de satisfacción nos dio una puntuación muy alta tanto en el interés de la actividad como en la consecución de los objetivos, sin embargo no hubo una alta asistencia.

CONCLUSIONES

Creemos que es una actividad adecuada que consigue los objetivos pero se debe aprovechar el momento en el que los pacientes llegan a la consulta para realizarlo, como por ejemplo con medios audiovisuales.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 357 □

Título: PROYECTO PARA DISMINUIR LA DURACIÓN DEL SONDAJE VESICAL DURANTE EL INGRESO EN MEDICINA INTERNA (MI) □

Autores: RUIZ LAIGLESIA F, YAGUE ALVAREZ P, TORRUBIA PEREZ CB, SAMPERIZ LEGARRE P, GARCIA BARRECHEGUREN A, GIRON JORCANO G, AMORES ARRIAGA B, LANGARITA FERRER C □

Mesa 11. Aula 4. Planta 1ª. Unidad Docente, 4 de junio. 17h (duración 5 minutos) □

Centro de trabajo: H CLINICO UNIVERSITARIO □

□

□

OBJETIVOS □

En el paciente en el que está indicado el sondaje vesical (SV) y con los cuidados adecuados, el factor de riesgo más importante para desarrollar bacteriuria es su duración. El 70% de las infecciones urinarias nosocomiales están asociadas a sonda vesical (IUAS), son evitables y tienen lugar en el paciente portador de SV o que lo ha sido en las 48h previas. La creación de un grupo de trabajo especialmente sensibilizado con la importancia de su retirada precoz podría disminuir el número de IUAS y otras complicaciones asociadas □

MÉTODO □

El grupo de trabajo, constituido por tres médicos y la enfermera supervisora de dos unidades de MI del HCU, elaboró una hoja informativa dirigida a personal auxiliar, de enfermería y médico con las indicaciones de SV transitoria y evidencias y con los objetivos de la línea de mejora. De abril a noviembre de 2013 revisó diariamente los pacientes sondados "de novo" en el episodio activo recogiendo la fecha de colocación y de retirada de SV, servicio en el que se realizó (Urgencias/MI), presencia de IUAS, germen y persistencia de SV al alta. Mensualmente se remitió a los facultativos, supervisora y controles de enfermería de estas unidades un informe con resultados del análisis y el contenido de la hoja informativa inicial, a modo de recordatorio □

RESULTADOS □

Se realizó SV a 337 pacientes (27,2% de los ingresos durante este periodo). El 55,8% se realizó en el servicio de MI y el 44% en Urgencias. La duración media de SV fue 5,7 días. El 22,9% de los pacientes sondados presentaron IUAS con duración media del sondaje en este grupo de 6,8 días (frente a 5,48 en el grupo que no la presentó). En el 49% el germen aislado fue E. Coli. Un 16% de los pacientes sondados "de novo" fueron dados de alta con SV. Durante el tiempo del estudio no se observó disminución del porcentaje de SV colocadas en MI ni de la duración □

CONCLUSIONES □

- Restringir el uso de SV transitorio a pacientes con clara indicación y retirarlo tan pronto como sea posible es la vía más efectiva para reducir la incidencia de IUAS. □
- Este proyecto no ha valorado la adecuación de la indicación pero comprueba que la conducta meramente informativa por escrito, aunque reiterada, no ha disminuido el porcentaje de pacientes con SV ni su duración. □
- Es necesario continuar esta línea para encontrar medidas más eficaces, además del refuerzo de la educación a los profesionales, que eviten mayor permanencia de la necesaria del SV transitoria y, por lo tanto, sus complicaciones.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 365

Título: VALORACIÓN DEL PILAR EDUCATIVO EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA QUE REALIZAN FASE 2 DE REHABILITACIÓN CARDIACA

Autores: MORATA CRESPO AB, GIMENO GONZALEZ M, SANZ BESCOS C, BONE PALOMAR P, FANTOVA ALONSO A, DE JUAN Y

Mesa 11. Aula 4. Planta 1ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 5 minutos)

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET

OBJETIVOS

No existen dudas sobre la utilidad de los programas de rehabilitación cardiaca en pacientes con cardiopatía isquémica (SCASEST, SCACEST, Cardiopatía isquémica crónica), durante la fase 2 (subaguda). Dichos tratamientos se fundamentan en tres pilares básicos: el ejercicio físico, la modificación de factores de riesgo cardiovascular o educativo, y psicológico.

La intervención educativa es la parte más difícil de valorar, y muy complicada la modificación de los factores de riesgo cardiovascular.

Valoramos que una intervención educativa centrada en el paciente y en su participación activa consigue un mayor aprendizaje del cuidado de su enfermedad y un mayor impacto en el estado de salud, en comparación con los formatos tradicionales de educación de pacientes cardiopatas.

MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo en el cual analizamos los resultados obtenidos por 42 pacientes que han finalizado el tratamiento, compuesto por 8 aulas educativas sobre: enfermedad cardiaca, factores de riesgo cardiovascular, ejercicio físico, nutrición, sexualidad y cardiopatía isquémica, tabaquismo, factores psicológicos, impartidas por diferentes profesionales del equipo rehabilitador (cardiólogo, enfermera, médico rehabilitador, urólogo).

Valoramos que una intervención educativa centrada en el paciente y su participación activa consigue un mayor aprendizaje del cuidado de su enfermedad y un mayor impacto en el estado de salud, en comparación con formatos tradicionales de educación al paciente cardiopata.

Para analizar los resultados realizamos:

1. Una encuesta de satisfacción, compuesta por 17 preguntas, 11 de ellas con respuesta creada que se puntúan del 1 al 5, 2 referidas a aspectos concretos del programa, 2 sobre datos sociodemográficos, y las dos últimas sobre valoración global del tratamiento recibido.

2. Un cuestionario compuesto por 10 preguntas relacionadas con aspecto.

3. El cuestionario SF-36 que nos permite analizar la calidad de vida.

Pretendemos valorar con todos estos instrumentos no solo la obtención de los objetivos educativos marcados, sino también la calidad de vida percibida, y la satisfacción con el tratamiento recibido.

RESULTADOS

Edad media: 62,3 años.

62 el % eran varones.

Media obtenida en el cuestionario de satisfacción: 4,2 en el bloque de preguntas cerradas.

Puntuación media obtenida en el examen: 8,2.

CONCLUSIONES

Las aulas educativas facilitan el conocimiento por parte de los pacientes de su enfermedad y los factores de riesgo asociados a la misma.

La satisfacción percibida es alta.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 417 □

Título: VENTILACION MECÁNICA NO INVASIVA EN URGENCIAS. ¿EFECTIVIDAD REAL? □

Autores: RUIZ FELIPE M, FLAMARIQUE PASCUAL A, LAHOZA PÉREZ C, PÉREZ TORRES FJ, FALCON REIBAN MF, ABASCAL RODA JM, GARCÍA NOAIN JA, MEZQUIDA ARNO JULIA □

Mesa 11. Aula 4. Planta 1ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 5 minutos) □

Centro de trabajo: H CLINICO UNIVERSITARIO □

□

□

OBJETIVOS □

- Crear un equipo asistencial implicado en la utilización de VMNI dentro del Servicio de Urgencias tratando de minimizar los errores. □

- Reducir la morbilidad y mortalidad de los pacientes con insuficiencia respiratoria. □

- Reducir la necesidad de intubación orotraqueal (IOT) e ingresos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de estos pacientes □

MÉTODO □

Tratando de valorar el número de pacientes, la indicación, el modo ventilatorio, los exitus en urgencias, los ingresos en UCI y el tiempo desde la entrada del paciente en urgencias hasta el inicio de la VMNI. □

Se tomó como indicador de resultado la realización de gasometría de control en 1-2h tras el inicio de la VMNI en insuficiencia Respiratoria tipo II. □

RESULTADOS □

Se recogieron 79 pacientes (julio 2013 a marzo 2013 inclusive) siendo un 56,96% mujeres y con una edad media de 78,3 (±11,61) años. □

El modo ventilatorio más usado fue el espontáneo con presión de soporte (35,21%). □

El número de exitus en urgencias fueron 3 casos (3,8%). □

Ingresaron en UCI 18 casos (22,78%). El tiempo de inicio de la VMNI fue de 1,77 horas con una mediana de 1 hora. □

El indicador de resultado que se consideró fue la realización de gasometría arterial tras 1-2h tras el inicio de VMNI en paciente con insuficiencia respiratoria hipercápnica o tipo II. Se realizó GSA a un 88,89% de los casos. □

CONCLUSIONES □

La VMNI es una técnica de ventilación de uso cada vez más extendido en los Servicios de urgencia. En nuestro estudio cabe resaltar un adecuado control gasométrico tras el inicio de la VMNI, así como que el 50% de los pacientes se inicia VMNI en 1 hora. Este dato habría que compararlo con Servicios de urgencias similares. A destacar que un porcentaje relevante de pacientes (22,78%) acaban ingresando en UCI lo que resalta la complejidad de su manejo.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 501

Título: OXIGENOTERAPIA A DOMICILIO Y OTRAS TÉCNICAS DE VENTILACIÓN NASAL

Autores: FELEZ MINGUILLON D

Mesa 11. Aula 4. Planta 1ª. Unidad Docente ,4 de junio.17h (duración 5 minutos)

Centro de trabajo: DIRECCION GERENCIA SALUD

OBJETIVOS

Dar a conocer las ventajas de la correcta cumplimentación de las prescripciones de oxigenoterapia.

MÉTODO

Una Comisión de Seguimiento de las Terapias (punto 5 del PPT) se reúne con periodicidad trimestral para valorar las incidencias. Asiste personal de las empresas, IASS, Atención Primaria, Atención Especializada, Gestión Económica, Centro de Gestión Integrada de Proyectos y DG de Calidad y Atención al Usuario así como Directivos y facultativos cuando así lo solicitan. En la misma se valoran las incidencias, quejas, propuestas que se producen trimestralmente.

RESULTADOS

En julio de 2012, al producirse el cambio de empresa suministradora, había 14.366 prescripciones de las siguientes terapias: Oxigenoterapia (ox. líquido, en botella, concentrador y concentrados portátil), tratamiento de la apnea del sueño (CPAP y autoCPAP), ventilación mecánica (BIPAP S, BIPAP ST, ventilador mecánico o volumétrico, servoventilador y tos asistida), aerosolterapia (nebulizador de bajo flujo, de alti flujo, ultrasónico y e-flow) y monitor de apnea, aspirador de secreciones y asistente mecánico de tos y pulsioxímetro.

En julio de 2013 las terapias activas se habían incrementado en un 11,1% (la media anual a nivel nacional es entre 5 y 7%).

En el cambio de empresas proveedoras se encontraron numerosas incidencias (domicilios que no se correspondían con el sector del hospital de referencia, pacientes fallecidos, desconocimiento del facultativo prescriptor, terapias activas sin orden de prescripción, sin actualización de la prescripción, sin fecha de inicio del tratamiento, etc)

Para favorecer el control y seguimiento de las prescripciones así como la facturación, se diseñaron dos modelos, uno para AE disponible en HP Doctor y otro para AP y el 061. Entre las novedades respecto al modelo anterior figura el código CIA y el tiempo máximo de prescripción. Los facultativos de AP lo tienen disponible en OMI, siendo su utilización de obligado cumplimiento desde el pasado mes de enero.

Asimismo, se definieron las compatibilidades entre terapias tanto de prescripción, como de facturación. Además, en este momento se controlan las estancias hospitalarias, en hospitales del Salud y concertados, de pacientes con oxigenoterapia para proceder a su descuento de la facturación, los fallecimientos se notifican con mayor antelación, y sobre todo, se están controlando los pacientes que no muestran adherencia al tratamiento.

CONCLUSIONES

La prescripción que no sigue el modelo autorizado genera problemas en el seguimiento del tratamiento del paciente así como en su facturación

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 24

Titulo: FACTORES RELACIONADOS CON ALTERACIONES EMOCIONALES EN EL PUERPERIO

Autores: LAVIÑA CASTAN AB, HERNANDEZ PEREZ J, GOTOR COLAS ML, GOTOR COLAS S, GARCIA MARTINEZ MIGUEL, FERRANDEZ CORTES J, LAPRESTA MOROS C

Mesa 12. Salón de Actos. Hospital General ,4 de junio.17h (duración 5 minutos)

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET

OBJETIVOS

Conocer si la realización de las prácticas recomendadas en la Estrategia de atención al parto normal en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza está relacionada con un menor riesgo de presentar depresión posparto (DPP) a la 6-8 semana postparto

MÉTODO

Estudio longitudinal prospectivo de cohortes.

Criterios de selección y emplazamiento: Mujeres que dieron a luz en los meses octubre y noviembre de 2011 en el HUMS.

Tras recoger información del parto relacionada con aspectos de la Estrategia de atención al parto normal se contactó telefónicamente con las madres para realizar el test de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS). Toda puntuación igual o mayor a 10 se considera test positivo, indicando probable DPP.

Se evaluó la asociación entre variables con las pruebas estadísticas adecuadas.

RESULTADOS

Se asociaron con la presencia de test de Edimburgo positivo las variables parto prematuro, nacionalidad, lactancia precoz y lactancia a las 6-8 semanas.

Se encuentra también asociación estadísticamente significativa entre:

- Primera toma de lactancia materna en las 2 primeras horas tras el parto con tipo de parto eutócico y con contacto precoz piel con piel en la 1ª hora tras el parto.

-Lactancia materna precoz y mantenimiento de lactancia materna.

De las 56 pacientes que fueron enviadas a psiquiatría 7 de ellas eran candidatas a sufrir DPP

CONCLUSIONES

-Nuestro estudio confirma la existencia en el Hospital Materno-Infantil de Zaragoza de una tasa de probable DPP entre la 6ª-8ª semana postparto del 10,35%.

-La única recomendación de la Estrategia de atención al parto normal que se relaciona con riesgo de DPP es el no inicio de lactancia materna en las 2 primeras horas tras el parto.

-El parto prematuro se realaciona con riesgo de DPP

-Son factores protectores de test EPDS positivo: la nacionalidad española y la lactancia materna.

-Se confirma la importancia del contacto precoz y del inicio de lactancia materna en las 2 primeras horas tras el parto para su posterior continuación.

-Destacar la importancia de la detección precoz, siendo imprescindible una buena coordinación entre matrona hospital-Atención primaria y, entre las unidades de obstetricia y psiquiatría.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 149

Título: FORMACIÓN PRÁCTICA DE UN RESIDENTE/ESPECIALISTA EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA GINECOLÓGICA

Autores: GONZALEZ RAMOS PJ, PAULES TEJERO C, MORENO ROMEA E, GASCON MAS E, CAÑIZARES OLIVER S, PELLICER SORIA A, RUIZ MARTINEZ S

Mesa 12. Salón de Actos. Hospital General ,4 de junio.17h (duración 5 minutos)

Centro de trabajo: H CLINICO UNIVERSITARIO

OBJETIVOS

Describimos, utilizando los medios que disponemos en nuestro ámbito (figuras 1-3), los métodos que nos parecen más adecuados para formar y desarrollar la técnica quirúrgica laparoscópica a un médico residente o a un especialista que desee completar los niveles de formación, necesarios para llevar a cabo una intervención de cirugía laparoscópica reglada en humana.

En esta comunicación nos centraremos en las destrezas quirúrgicas que cualquier cirugía requiere, sea abierta o laparoscópica y en las específicas que esta última precisa:

- Coordinación visual-manual
- Movimientos de las pinzas bajo visión lateral y triangulada
- Movilización uterina
- Tracción / Contratracción
- Disección / Sección
- Hemostasia mediante electrocoagulación o selladores
- Sutura manual y mecánica.
- Técnicas quirúrgicas propiamente dichas

MÉTODO

Para efectuar este aprendizaje describiremos la utilización de diferentes modelos, fundamentalmente animales y el método aplicado en cada uno de ellos. De manera esquemática se resumirían en:

- Microcirugía en rata wistar. Figura 3.1
- Rata wistar en pelvitrainer. Figura 3.1
- Mini laparoscopia en Coneja NZ. Figura 3.2
- Laparoscopia en cerda LW. Figura 3.3
- Minilaparoscopia en complicaciones vasculares. Figura 3.4

Finalmente explicaremos el mínimo de horas requerido en cada proceso de aprendizaje y su coste económico. Tabla 1

RESULTADOS

Aunque la inversión inicial es fuerte, finalmente una mujer operada por un cirujano que ha realizado este proceso de aprendizaje, será intervenida de una manera más eficaz y segura, equilibrando el coste económico inicial, ya que la incidencia de complicaciones intra y postoperatoria será menor cuando ha habido un entrenamiento previo en modelos animales, troncos de cadáver, modelos virtuales y/ o pelvitrainer. En este sentido no tenemos datos propios, pero sí existen publicados.

CONCLUSIONES

1.- Existen otros métodos de aprendizaje quirúrgico que apoyan a los "clásicos" de aprendizaje con un maestro y sobre una paciente, directamente.

2.- La alternativa es aprender antes las destrezas quirúrgicas fuera del "escenario quirúrgico" humano.

3.- Esas alternativas van desde simuladores virtuales informáticos hasta la utilización de cadáveres, pasando por la cirugía experimental en modelos animales.

4.- La relación del balance económico es siempre a favor del aprendizaje previo en modelos animales, virtuales y/o cadáver, porque la eficiencia y excelencia del cirujano es muy dependiente de su aprendizaje previo.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 207

Título: PASEO CARDIOSALUDABLE: OTRA ALTERNATIVA EN LA EDUCACIÓN SANITARIA

Autores: MARTINEZ DOMINGO P, BRUN SOTERAS C

Mesa 12. Salón de Actos. Hospital General ,4 de junio.17h (duración 5 minutos)

Centro de trabajo: CS REBOLERIA

OBJETIVOS

MEJORAR ESTADO FÍSICO

DAR PAUTAS SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE

PREVENIR AISLAMIENTO SOCIAL

MÉTODO

SE CONTACTA CON ORGANISMOS CON EXPERIENCIA PREVIA

GRUPO DE TRABAJO EN EL EAP

CONTENIDOS DE LA ACTIVIDAD

JUSTIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD

INICIO DE LA ACTIVIDAD Y PROGRAMA SEMANAL

EVALUACIÓN INICIAL

RESULTADOS

ENCUESTA VALORACIÓN FINAL

PROYECTOS FUTUROS

CONCLUSIONES

SATISFACCIÓN PROFESIONAL Y COMUNITARIA

EMPODERAMIENTO DEL USUARIO

COHESIÓN EQUIPO-ENTORNO

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 223

Título: REFUERZO DE LA FORMACIÓN EN CALIDAD Y MEJORA CONTINUA EN SERVICIOS CON SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BASADO EN ISO

Autores: CONDE GARCIA R, PEREZ SALILLAS M, MARCO ARBUES MM, LAIN MERCADAL JM, REVILLA LOPEZ MC, VELA MARQUINA ML

Mesa 12. Salón de Actos. Hospital General ,4 de junio.17h (duración 5 minutos)

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET

OBJETIVOS

Establecer sistemas de gestión de la calidad ISO sólidamente implantados

Motivar al personal de los servicios para conseguir la implicación y compromiso de todos los profesionales

Proporcionar formación eficaz y continuada

MÉTODO

Con el apoyo y tutela de la Unidad de Calidad Asistencial, estos servicios, a través de los responsables de calidad o responsables ISO, realizarán reuniones periódicas en sus respectivos servicios en las cuales:

Reforzaran la formación e insistirán en la importancia del registro de incidencias, como instrumento fundamental para la mejora. Informaran del estado y evaluación de las incidencias, sus consecuencias, acciones realizadas para su resolución... y potenciarán la motivación e implicación de todos los profesionales. Además, elaborarán planes formativos útiles y factibles, basados en las necesidades del servicio y las manifestadas por los trabajadores, que tengan en cuenta aspectos y contenidos dirigidos a cada una de las categorías profesionales. Es necesario el compromiso de la Dirección para facilitar la planificación y el cumplimiento de las actividades formativas compatibilizándolo con el desempeño del trabajo diario en cada uno de los servicios

RESULTADOS

Para los servicios de nueva implantación del sistema de gestión de calidad ISO y para algunos con este sistema ya mas afianzado, la tarea del establecimiento y/o mantenimiento del mismo resulta compleja y requiere refuerzo, formación, estímulo y compromiso de forma constante.

Mantener la continuidad de los grupos de trabajo ha permitido hasta el momento lograr la implicación de los responsables de calidad o responsables ISO de los servicios para la mejora o resolución de los problemas detectados.

CONCLUSIONES

Desde la Unidad de Calidad del Hospital Universitario Miguel Servet se impulsa el trabajo de los grupos de mejora de los servicios con un sistema de gestión de la calidad basado en ISO. La principal dificultad que presentan es la implantación del registro de incidencias por parte de los profesionales y su análisis para mejorar o realizar cambios en el sistema y la planificación, realización y evaluación de actividades formativas. Con cada uno de los servicios se está trabajando de forma individualizada, teniendo en cuenta los problemas y las peculiaridades de cada uno de ellos.

La implantación de este sistema de gestión de la calidad, con la participación y compromiso de todos los profesionales, mediante un proceso de mejora continua, logra mejorar la calidad del trabajo realizado y asegurar la satisfacción de los clientes/pacientes.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 247

Titulo: SUPERVISORES Y ENFERMERAS: ¿CAMBIAN SUS MOTIVACIONES EN TIEMPOS DE CRISIS?

Autores: LOPEZ IBORT N, PEREZ PANZANO E, GONZALEZ DE LA CUESTA D, BARRADO NARVION MJ, MOZOTA DUARTE J, CEBOLLADA GRACIA AD, MATARREDONA PAREJA A, BARA BACHIN G

Mesa 12. Salón de Actos. Hospital General ,4 de junio.17h (duración 5 minutos)

Centro de trabajo: H CLINICO UNIVERSITARIO

OBJETIVOS

Motivar a sus empleados es un objetivo buscado por todos los componentes de la organización. Mediante su manejo, los directivos operan sobre los recursos humanos, para que ésta funcione adecuadamente y sus miembros se sientan más satisfechos.

No gestionar los recursos humanos provoca: absentismo, rotación en unidades, insatisfacción en el profesional, menor implicación del trabajador...

Estos elementos y su gestión, cobran mayor protagonismo en situaciones de crisis, por lo que es interesante constatar si se producen cambios en los elementos motivadores en las enfermeras asistenciales y, en las necesidades de los mandos enfermeros para modificar estrategias y seguir manteniendo la eficiencia de las organizaciones.

Objetivos:

Conocer qué factores ayudarían, según las enfermeras, a elevar el nivel de motivación.

Conocer qué factores ayudarían a las supervisoras a motivar a su personal.

Comparar elementos motivadores en situación de crisis y en situación de bonanza económica.

MÉTODO

Estudio cualitativo mediante la técnica de grupo nominal realizado con dos grupos de trabajo: supervisoras y enfermeras de atención especializada, con la pregunta:

Para enfermeras:

¿Qué necesitarías para que aumentara tu motivación en el trabajo diario?

Para supervisoras:

¿Qué necesitarías para motivar y liderar al personal que gestionas?

Se llevó a cabo en un contexto de crisis económica (2013) para compararlo con una situación de estabilidad laboral recogida de estudios previos.

Las preguntas son las mismas que se realizaron en un estudio previo (2007), con la misma metodología y manteniendo el 50% de los informadores clave.

RESULTADOS

Se convocan a 12 supervisoras de enfermería y acuden 7. En día diferente se convocan 12 enfermeras asistenciales acudiendo 9 excusándose el resto en ambos grupos.

Elementos necesarios de las supervisoras:

? Que las direcciones asuman la responsabilidad del cumplimiento de la normativa y el mismo nivel de exigencia en el desempeño profesional

? Adecuación de Recursos Humanos

Elementos motivadores de las enfermeras:

? Respeto profesional

? Reconocimiento profesional y económico

CONCLUSIONES

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Mientras los elementos motivadores en las enfermeras se mantienen en los dos escenarios temporales, las necesidades de las supervisoras son radicalmente distintas. Petición de autonomía, toma de decisiones y asunción de responsabilidades en tiempo de bonanza, se transforma en una dependencia de la Dirección de Enfermería para la toma de decisiones, mayor control y rigidez de actuación.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 268

Titulo: MASTERMIND. GESTIÓN DE TRASTORNOS MENTALES DE SALUD A TRAVÉS DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍA AVANZADOS

Autores: COLL CLAVERO J, SIERRA CALLAU M, ANGLES BARBASTRO R, CASTILLO GIMENEZ L, MOLES ARCOS B, KAWAMURA MURILLO E, JIMENEZ CORTES M, SARA USIETO M

Mesa 12. Salón de Actos. Hospital General ,4 de junio.17h (duración 5 minutos)

Centro de trabajo: H BARBASTRO

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de la extensión de servicios de cCBT (Terapias Cognitivas Conductuales apoyadas en TICs) para adultos con depresión en Europa.

Objetivos específicos:

- Desplegar los servicios de salud mental basados en TICs en las regiones donde se ya se han desarrollado pilotos con éxito
- Provocar el conocimiento de estos servicios en regiones y países sin experiencia previa
- Demostrar el coste-efectividad de los servicios, confirmando que el resultado clínico obtenido por uso de estos servicios es al menos equivalente al del cuidado tradicional y testear su usabilidad
- Reducir las listas de espera para el acceso a los servicios de salud mental
- Mejorar la equidad de acceso a los servicios de salud mental en áreas urbanas y rurales
- Demostrar que los resultados obtenidos en las regiones participantes son representativos de la variedad de situaciones existentes en la UE y Países Asociados y por lo tanto son transferibles a diferentes organizaciones sanitarias y contextos
- Demostrar que los servicios son seguros para los pacientes y que no incrementan la incidencia de eventos adversos
- Racionalización de la organización de servicios de salud mentales
- Facilitar la comunicación entre el psiquiatra y el médico de AP para el tratamiento y seguimiento de estos pacientes

MÉTODO

Dos tipos de servicios:

1.- Servicios basados en la evidencia de Terapia Cognitivo Conductual basada en TICs (cCBT) para adultos (más de 5000 pacientes en total) con depresión para:

- Identificar barreras y factores de éxito para implementar cCBTs a gran escala en diferentes contextos políticos, sociales, económicos, y de salud, desde la perspectiva de los diferentes agentes implicados como pacientes, profesionales y organizaciones sanitarias
- Recomendar estrategias de éxito para implementar cCBT

2.- Cuidado conjunto apoyado en video-conferencia para pacientes con depresión tratados en AP. Videoconferencias con el paciente, el médico de AP y el psiquiatra para educar tanto al paciente como al médico de AP sobre depresión y su tratamiento, validar el diagnóstico, planificar el tratamiento y monitorizar la evolución de síntomas tanto durante como después del tratamiento.

RESULTADOS

El proyecto está en su fase inicial. La evaluación se realiza en el marco de MAST, que es una metodología de evaluación multidimensional en Tecnologías de la Salud.

CONCLUSIONES

El Consorcio desarrollará guías para promocionar y facilitar que los actores más relevantes puedan llevar a cabo una implementación más amplia en Europa de un servicio seguro, efectivo y eficiente.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 270

Título: GESTIONAR LA DEMANDA MICROBIOLÓGICA EN INFECCIONES VIRALES CRÓNICAS

Autores: REVILLO PINILLA MJ, MARTINEZ SAPIÑA ANA, ROC ALFARO LOURDES, ARNAUDAS CASANOVA LAURA, ARAZO GARCES PIEDAD, FUENTES OLMO JAVIER, HARB YAMAL, TOLEDO PALLARES MIGUEL

Mesa 12. Salón de Actos. Hospital General ,4 de junio.17h (duración 5 minutos)

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET

OBJETIVOS

La carga viral mide la cantidad de virus que hay en la sangre, siendo herramienta fundamental para la toma de decisiones en el ámbito del tratamiento y/o profilaxis. El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet (SMHUMS) es servicio de referencia para la realización de técnicas moleculares dirigidas a la detección de cargas virales en infecciones virales crónicas, como el VIH, hepatitis B, C, y citomegalovirus.

Además, el SMHUMS está acreditado según norma ISO 15189, en este alcance.

De acuerdo con el contenido de la norma ISO, el servicio debe asesorar sobre la elección de los análisis y la utilización de los servicios, incluyendo el tipo de muestra requerido, las indicaciones y limitaciones de los procedimientos analíticos y la frecuencia de petición de los análisis.

Hemos observado que, en algunas ocasiones, la remisión de estas muestras se realiza sin la información clínica necesaria para poder valorar si la solicitud es adecuada, permitiendo así la realización de un informe preciso y relevante, con comentarios y/o recomendaciones que convengan a la situación clínica del paciente.

Para mejorar la atención al paciente y para gestionar la demanda adecuadamente planteamos el establecimiento de criterios clínicos consensuados entre las unidades de microbiología, los especialistas que atienden a estos pacientes y el servicio de referencia, para solicitar/realizar estas determinaciones

MÉTODO

Creación del grupo de trabajo

Revisión de la bibliografía

Elaboración de algoritmos para el diagnóstico microbiológico en cada situación de infección viral crónica

Definición de los datos clínicos necesarios a aportar en cada tipo de infección

Difusión del protocolo a las unidades de microbiología

RESULTADOS

Mejora de la atención al enfermo con una infección viral crónica

Establecimiento de acuerdos para la comunicación con los usuarios

Gestión de la demanda a través del establecimiento de protocolos para realización de cargas virales en pacientes con infecciones por virus: VIH, VHB, VHC, CMV

Disminución de las pruebas inapropiadas y/o inadecuadas

CONCLUSIONES

1.- Gestionar la demanda es tarea esencial para un correcto enfoque diagnóstico y terapéutico.

2.- Disminución de las pruebas inapropiadas y/o inadecuadas

3.- Los equipos multidisciplinares, a través del consenso, ayudan a garantizar el mejor uso de los recursos disponibles y la atención segura del paciente.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 326 □

Título: ALGO MÁS QUE UNA ECOE (ASPECTOS ÉTICOS Y HABILIDADES COMUNICATIVAS) □

Autores: BARTOLOME MORENO C, MELUS PALAZON E, MAGALLON BOTAYA R, ALVAREZ T, ALVIRA U, MERINO JA, PASCUAL M, CABALLERO C □

Mesa 12. Salón de Actos. Hospital General ,4 de junio.17h (duración 5 minutos) □

Centro de trabajo: UNIDAD DOCENTE MF Y C Z1 □

□

□

OBJETIVOS □

Integrada en los procesos de calidad de la Unidad Docente el desarrollo de la prueba de evaluación clínica objetiva estructurada (Ecoe) se han incluido aspectos éticos y de habilidades comunicativas. □

MÉTODO □

Octubre 2013: Segunda ECOE. □

Noviembre 2013-Febrero 2014: Evaluación, Monitorización, identificación y priorización de problemas, nombramientos responsables, análisis problemas. □

Mayo 2014: Diseño estaciones y desarrollo proyecto. □

Junio 2014: Comunicación con tutores y médicos de familia participantes. □

Octubre 2014: TERCERA ECOE □

Noviembre 2014-Febrero 2015: Evaluación, Monitorización, identificación y priorización de problemas, nombramientos responsables, análisis problemas. □

RESULTADOS □

-Indicador organización: organización: Tutores: 85% 4 ó 5. Residentes: 83% 4 ó 5. Identificación problemas y priorización: forma de trabajar con los tutores. Responsable: EM. Tras análisis problema se diseña presentación. □

-Indicador objetivos: formulación y grado cumplimiento: Tutores: 100% 4 ó 5. Residentes: 67% 4 ó 5. Identificación problemas y priorización: forma de presentar proyecto a los residentes. Responsable: EM. Tras análisis problema se incluye exposición en la presentación presencial. □

-Indicador contenidos: adecuación contenido e ítems Modelo American Board of Internal Medicine: Tutores: 100% 4 ó 5. Residentes: 67% 4 ó 5. Tras identificación problemas y priorización: incorporación de la opinión de los residentes del curso anterior. Responsable: CB. Diseño nueva ECOE con casos propuestos por tutores y residentes. □

-Indicador materiales: recursos e instalaciones: Tutores: 85% 4 ó 5. Residentes: 100% cuatro ó cinco. Identificación problemas y priorización: problemas por la falta de manejo previa con los recursos empleados: CB. Tras análisis problema se va a incluir docencia previa para que todos conozcan manejo nuevos simuladores así como un ensayo previo a la ECOE con materiales. □

-Indicador valoración global: tutores: 100% 4 ó 5. Residentes: 100% 4 ó 5. Identificación problemas y priorización: inclusión de los aspectos éticos y habilidades comunicativas en las estaciones clínicas. Responsable: CB. Tras análisis problema se diseñan estaciones clínicas considerando esta perspectiva. □

CONCLUSIONES □

Ha mejorado la evaluación de los residentes. Cambio en el modo de diseñar los distintos escenarios incluyendo el aspecto ético y las habilidades comunicativas para la siguiente edición. Necesidad detectada de formación y manejo previo de los simuladores utilizados.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 341 □

Titulo: DESARROLLO DE UNA WEB INFORMATIVA SOBRE LAS PREGUNTAS MÁS FRECUENTES DE LAS GESTANTES EN TORNO AL PARTO □

Autores: REMARTINEZ FERNANDEZ JM, GALLEGO CARNICER J, ROVIRA FLORES E, BORQUE MARTIN JL, NAVARRO HERNANDO A, VELA MARQUINA ML, RODRIGUEZ SOLANILLA B, GALLEGO CASILDA A □

Mesa 12. Salón de Actos. Hospital General ,4 de junio.17h (duración 5 minutos) □

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET □

□

□

OBJETIVOS □

Difundir una información veraz, objetiva, contrastada y consensuada sobre la atención prestada a la fase final de la gestación en el Servicio Aragonés de Salud. □

□

Detectar el medio de comunicación que con más frecuencia utilizan las gestantes para obtener información y aprovechar el portal institucional para publicar los datos. □

MÉTODO □

Las encuestas realizadas a gestantes en el puerperio mostraron casos de insatisfacción por desinformación relacionada con el proceso de parto. Las fuentes consultadas por las pacientes en muchos de esos casos fueron ajenas a nuestro centro. □

Hasta ese momento la información facilitada desde el hospital era exclusivamente presencial y constaba de charlas explicativas semanales y del texto contenido en el consentimiento informado que se firmaba al ingreso. □

Se propusieron preguntas habituales entre gestantes distribuyéndolas entre un grupo de trabajo multidisciplinar para su contestación. Las respuestas fueron modificadas hasta conseguir un consenso de todos los miembros del grupo. Se realizaron fotos en las zonas de dilatación y paritorios. □

RESULTADOS □

Se han publicado un total de 32 cuestiones con sus respuestas relacionadas con el proceso de parto. Las fotos acompañan e ilustran el texto y todo ello está incluido en la web oficial de SALUD en la sección de sector 2 de Zaragoza. □

CONCLUSIONES □

•Se ha publicado en internet la primera información oficial sobre el parto que puede ser consultada por todos los usuarios de SALUD. □

•Texto e imágenes acercan a usuarios y profesionales facilitando la preparación del proceso de parto y modulando las expectativas.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 348

Título: ESTUDIO SOBRE LA ADECUACIÓN EN EL USO DE VÍAS VENOSAS PERIFÉRICAS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET

Autores: VELASCO HUICI I, MILAGRO JIMENEZ ME

Mesa 12. Salón de Actos. Hospital General ,4 de junio. 17h (duración 5 minutos)

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET

OBJETIVOS

- Conocer la finalidad de la canalización de vías venosas periféricas en Urgencias de Pediatría.
- Analizar la distribución por grupos de edad y sexo.
- Analizar la canalización de vías en función del nivel de triaje.
- Analizar la cantidad de vías canalizadas por indicación del protocolo.

MÉTODO

Se está realizando un estudio prospectivo analítico observacional basado en la recogida de datos a través de cuestionarios rellenados por el personal de enfermería de dicho servicio cada vez que se realiza la técnica.

Posteriormente estos datos serán analizados de manera estadística con SPSS.

RESULTADOS

Teniendo en cuenta que el estudio está en fase inicial de recogida de datos, carecemos de información suficiente para presentar resultados definitivos.

Sin embargo la tendencia de los datos obtenidos hasta ahora parece indicar que la mayor parte de las vías son canalizadas para un uso adecuado.

CONCLUSIONES

La importancia de este estudio radica en la elevada frecuencia de canalización de vías en urgencias de pediatría.

Conocer de qué manera se distribuye la técnica en los pacientes del servicio contribuirá a mejorar la adecuación en el uso y a evitar tanto costes económicos como perjuicios evitables para el paciente.

Por ello consideramos imprescindible continuar con el estudio para obtener datos concluyentes sustentados por una muestra adecuada.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 350

Título: MANEJO DE LAS DIFERENCIAS ENTRE INTOLERANCIA Y ALERGIA ALIMENTARIA, COMO SEGURIDAD PARA EL PACIENTE Y CALIDAD DE VIDA

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

Mesa 12. Salón de Actos. Hospital General ,4 de junio.17h (duración 5 minutos)

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET

OBJETIVOS

Transmitir las características y diferencias entre intolerancia y alergia como parte efectiva de la estrategia de Cuidados nutricionales para que el paciente con fibromialgia reciba sin riesgos su dieta personalizada y en condiciones seguras

MÉTODO

Dada la asociación de alergias con la Fibromialgia y la confusión que acarrea, se imparte el primer Taller interactivo al grupo de asociados afectados, con exposición y posterior puesta en común

1-Intolerancia o reacción metabólica del organismo ante una sustancia que identifica como agresora en la que no interviene el sistema inmunológico y la defensa es digestiva, con diarrea y/o vómitos

Primaria se produce por un déficit del enzima transportador, está mediada genéticamente y se desarrolla a lo largo de la vida: Gluten, lactosa, fructosa, sorbitol

Secundaria no codificada genéticamente y debida a la presencia de una patología intestinal que daña los cepillos de la mucosa intestinal de forma transitoria o permanente

2-Alergia es una reacción o respuesta inapropiada del sistema inmunológico ante una sustancia que actúa como alérgeno.

Las personas alérgicas producen el anticuerpo IgE (inmunoglobulina E) dirigido contra el producto que actúa como alérgeno. La unión entre alérgeno e inmunoglobulina E desencadena la reacción alérgica. Puede darse por contacto, ingestión o manipulación de los alimentos

Síntomas detallados: Leves moderados Graves shock anafiláctico. Orofaringe. Respiratorio. Piel. Tracto gastrointestinal

Tratamiento: Inducción de tolerancia oral: Si en huevo y leche/queso. No en vegetales. Dieta de evitación. Inmunoterapia.

Medicación de rescate. Fármacos biológicos

Diagnóstico: Test Prick by Prick. Provocación oral abierta (Evitar si anafilaxia previa)

Clasificación:

Directa= Frutas frescas y Hortalizas (PTL y Profilinas) (rosáceas y subfamilias)

Polinosis (frutos secos+polen) Legumbres. Frutos secos. Cereales. Látex. Huevo. Pescado. Marisco. Carnes.

Asociada= Níquel, Histamina, Tiramina, Oxalatos-Salicilatos, Sulfitos-Sulfatos, Nitratos-Nitritos, Benzoatos, IMAO

RESULTADOS

El Taller es el primero de una programación formativa en dietoterapia y en alergias

Han participado 57 afectados, de los que 19 son multialérgicos alimenticios; 9 intolerantes; 29 con alergias e intolerancia.

En casi todos aparece alergia a las Rosáceas o alguna subfamilia

CONCLUSIONES

Han aprendido a discernir entre alergia e intolerancia; los conceptos anticuerpos, inmunoglobulinas, alérgeno, antígeno; familias y grupos de alimentos; interacciones antigénicas; riesgo de desnutrición; aditivos; etiquetado

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 362

Titulo: MEJORA EN LA DETECCIÓN TEMPRANA DE TINEA UNGUIUM Y/O TINEA PEDIS EN LOS PACIENTES DIABETICOS

Autores: VASQUEZ MARTINEZ MA, REZUSTA A, VASQUEZ MA, BARBASTRO N, LAHUERTA ZUECO M, DE LA FUENTE S, ZUBIRI ML, REVILLO MJ

Mesa 12. Salón de Actos. Hospital General ,4 de junio.17h (duración 5 minutos)

Centro de trabajo: H MIGUEL SERVET

OBJETIVOS

Introducción: La diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas mas frecuentes en todo el mundo. La prevalencia en España es de 8,1%. La complicación de la diabetes (pie diabético) es una causa mayor de morbilidad, incapacidad y mortalidad en esta población.

Las úlceras no traumáticas en extremidades inferiores y las amputaciones asociadas, son un problema importante para el paciente y el sistema sanitario.

La onicomiosis puede ser origen de traumatismo en el pie que puede conducir a infecciones bacterianas o a pie diabético.

Objetivo: Analizar el porcentaje de pacientes diabéticos con tinea unguium y/o tinea pedis y destacar la importancia del diagnóstico oportuno para evitar complicaciones.

MÉTODO

Material y métodos: Se analizaron 1206 muestras pertenecientes a 706 pacientes entre julio y diciembre de 2013 en el hospital Miguel Servet. Las muestras se tomaron mediante corte y raspado, se realizó visión directa con KOH-calcofluor y se sembraron en agar glucosado de Sabouraud adicionado de cloranfenicol (OXOID), agar Dermatophyte Test Medium (Biomérieux) y agar glucosado patata adicionado de cloranfenicol.

RESULTADOS

Resultados: de los 706 pacientes estudiados, 57 (8.1%) eran diabéticos. Se identificaron dermatofitos en 272 (38.5%) de todos los pacientes, de los cuales 253 (91.9%) eran no diabéticos y 19 (7%) eran diabéticos.

CONCLUSIONES

Discusión y conclusiones: La onicomiosis temprana probablemente plantea poco riesgo para una persona sin diabetes; pero para una persona diabética la onicomiosis puede presentar una amenaza. En particular los pacientes que tiene neuropatía sensorial y deficientes circulación de las extremidades inferiores, por lo tanto un diagnóstico precoz de la onicomiosis y/o tinea pedis podría contribuir a disminuir la incidencia de morbilidad y mortalidad en estos pacientes. El porcentaje de pacientes diabéticos es igual a la encontrada en la población general. Teniendo en cuenta la importancia de esta patología en el diabético debería ser mayor el porcentaje de pacientes estudiados como método de prevención en pie diabético.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 411 □

Título: ANALISIS N-DIMENSIONAL DEL PROCESO RADIOTERAPICO □

Autores: VILLA GAZULLA DC, VILLA DC, HERNANDEZ A, MILLAN E, GARCIA A, CALVO S, ALBA V, CANELLAS M □

Mesa 12. Salón de Actos. Hospital General ,4 de junio.17h (duración 5 minutos) □

Centro de trabajo: H CLINICO UNIVERSITARIO □

□

□

OBJETIVOS □

Todas las etapas del proceso radioterápico proporcionan una cantidad ingente de información, que se encuentra dispersada y contenida en diferentes sistemas de almacenamiento. □

El objetivo del análisis n-dimensional es, por una parte, la integración en una única base de datos de toda la información disponible y por otro lado, el análisis de los datos unificados e interrelacionados. □

MÉTODO □

El análisis n-dimensional de datos consta de tres partes fundamentales: □

Integration Services: Herramientas que extraen los datos de diferentes orígenes, los transforman y los cargan en una base de datos destino que tiene la estructura que mejor se ajusta para su análisis posterior. □

Analysis Services: Son capaces de crear aplicaciones denominadas cubos n-dimensionales que analizan la base de datos común mencionada anteriormente. □

Reporting Services: Muestran los resultados de los análisis realizados en los cubos n-dimensionales en forma de gráficos, tablas, resumen de resultados en paneles de indicadores, estudios estadísticos,... □

Los Servicios descritos son herramientas que se encuentran integradas en el paquete de instalación de Microsoft SQL Server Business Intelligence Development Studio. □

Hemos utilizado la versión de Microsoft SQL Server 2008 para crear la base de datos común y el cubo n-dimensional de análisis. □

Los resultados e informes se obtienen mediante la aplicación Excel 2010 de Office, realizando una conexión al cubo n-dimensional. □

RESULTADOS □

Los orígenes de datos que se han tenido en cuenta para la unificación y análisis son los siguientes: □

- 3 libros Excel de datos de tratamientos de Braquiterapia de próstata y ginecológica. □

- Por cada paciente de radioterapia externa, un archivo csv de configuración de haces y otro archivo txt con el

Histograma Dosis Volumen de todos los órganos definidos en el tratamiento. □

- Un archivo Excel con todos los campos tratados en la semana correspondiente por las máquinas de nuestro centro. □

- Base de datos en Access que contiene la información de los datos clínicos de pacientes recogidos por el Servicio de Oncología Radioterápica del hospital. □

La aplicación permite realizar consultas complejas de todos los datos relacionados mostrando los resultados disgregados y totales en la consulta y su gráfica correspondiente. □

CONCLUSIONES □

La información integrada y analizada de los servicios de física y oncología radioterápica permite la definición de indicadores de calidad del proceso radioterápico que contribuyen a la mejora personalizada y global de los tratamientos.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 418

Titulo: TENGO UN E-MAIL Y TU?

Autores: GUMIEL GARCIA MV, ABADIA ABIOL MC, GOTOR BERNAL D, VICENTE GRACIA A, VILLEN SANCHEZ L

Mesa 12. Salón de Actos. Hospital General ,4 de junio.17h (duración 5 minutos)

Centro de trabajo: H CLINICO UNIVERSITARIO

OBJETIVOS

Mejorar la informacion a las enfermeras y auxiliares de consultas externas a traves del correo corporativo asi como la solicitud de permisos , cursos a traves del correo.

Disminuir el uso del papel.

crear una cultura del uso del ordenador como herramienta de comunicacion

MÉTODO

Estudio descriptivo

RESULTADOS

Creacion de grupo de trabajo (dos supervisoras, una enfermera, dos tecnicos en cuidados auxiliares de enfermeria).

Informacion a todos los profesionales del proyecto.

Elaboracion de una encuesta

Valoracion de resultados de la encuesta

Elaboracion de instrucciones de uso

CONCLUSIONES

Como conclusion. Decir que no importa la edad ni el puesto de trabajo que ocupas para emprender caminos distintos a los que por rutina hacemos.

Que el cambio de modelo de correo corporativo nos llevo a empezar de nuevo.

Que hay que contar con los profesionales rotatoriamente (para evitar susceptibilidades)

Que el equipo con el que se ha realizado este proyecto es para repetir.

y por ultimo que hay mucho que mejorar en este campo.

XII JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

4 de Junio de 2014

Nº Comunicación: 420

Titulo: ELABORACIÓN DE UNA UTILIDAD INFORMÁTICA PARA HACER UN SEGUIMIENTO DEL ESTADO DEL PROCESO DE LA PLANIFICACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS RADIOTERÁPICOS EN EL SERVICIO DE FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA.

Autores: CANELLAS ANOZ M, HERNANDEZ VITORIA A, MILLAN CEBRIAN E, GARCIA ROMERO A, ORTEGA PARDINA P, CASTEJON ANDRES C

Mesa 12. Salón de Actos. Hospital General ,4 de junio.17h (duración 5 minutos)

Centro de trabajo: H CLINICO UNIVERSITARIO

OBJETIVOS

Valorar de una forma cuantitativa el tiempo de respuesta del servicio para cada una de las etapas de las planificaciones de tratamientos de radioterapia externa, desde que se recibe

la petición hasta que se completa el proceso.

Permitir hacer un estudio de la complejidad de las planificaciones.

Obtener indicadores objetivos relacionados con la eficiencia del servicio.

MÉTODO

Diseño de una aplicación en plataforma "excel " automatizada que elabore un registro por cada paciente que contemple fecha y hora del inicio y fin de cada una de las etapas del proceso de planificación de tratamientos, introduciendo el nº de historia de paciente y patología al recibir la petición correspondiente.

Registrar el momento en que finaliza cada una de las etapas del proceso.

RESULTADOS

Permite:

- Ver de forma sencilla en que situación se encuentra la planificación de cada paciente en todo momento mediante código de colores.

- Obtener indicadores objetivos a fin de evaluar la eficiencia del proceso de planificación en función del grado de complejidad de la enfermedad.

- Explotar los datos obtenidos para hacer un estudio estadístico de la actividad realizada.

- Encontrar posibles aspectos de mejora del proceso en función de los resultados.

- Encontrar e identificar "cuellos de botella" y analizar sus causas.

CONCLUSIONES

A la vista de los resultados obtenidos a lo largo de 2013, se ha reevaluado de forma mas realista el grado de complejidad de cada planificación, teniendo en cuenta la patología, tipo de planificación a realizar (Conformada 3D, IMRT, etc.) y situación relativa de órganos de riesgo respecto al volumen blanco.