IX JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD EN SALUD

Zaragoza, 21 y 22 de junio de 2011

Mesa 1 * 21 Martes-18:15 h.

Reg	Apellidos y Nombre	Título de la Comunicación
435	ABELLA BARRACA, SALAS	PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD “ELABORACIÓN DE UN DOCUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS EN ACCIDENTES DE MONTAÑA
191	AGUILAR PALACIO, ISABEL	REGISTRO DE INCIDENCIAS CLÍNICO-ADMINISTRATIVAS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN
442	ALLENDE BANDRES, MARIA ANGELES	IMPACTO DE LAS ACTUACIONES ENCAMINADAS A MEJORAR LA CALIDAD Y EFICIENCIA DE LA PRESCRIPCIÓN EN ATENCIÓN
75	ALOS PUEYO, LUIS	IMPLANTACIÓN DEL CRIBADO DE CROMOSOMOPATÍAS DEL PRIMER TRIMESTRE EN LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL SECTOR
176	ALTEMIR TRALLERO, JARA	UTILIDAD DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN PACIENTES CON DIABETES SOMETIDOS A INTERVENCIÓN
57	ALVAREZ ROCHE, TERESA	PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR EL ESTRÉS EN SANITARIOS MEDIANTE UNA TÉCNICA DE RELAJACIÓN SIMPLE
261	LAPEÑA LAPEÑA, MARGARITA	CÓMO HACER NÚMEROS PEQUEÑOS EN LAS URGENCIAS MÁS GRANDES
272	SEBASTIAN ALDEANUEVA, MANUEL	ANÁLISIS DE LA COMPATIBILIDAD DE DILUYENTES CON PRINCIPIOS ACTIVOS EN FORMULACIÓN MAGISTRAL PEDIÁTRICA
162	VELA MARQUINA, TERESA	PROCESO DE IMPLANTACIÓN DE LA PROTOCOLIZACIÓN COMO SISTEMÁTICA DE TRABAJO EN UN HOSPITAL TERCIARIO
248	VIÑUALES PALOMAR, CARLOS	IMPLANTACIÓN DE CARTILLAS DE SEGUIMIENTO DE CUIDADOS EN PACIENTES CON CATÉTERES VENOSOS CENTRALES DE LARGA

Comunicación ORAL *** Mesa 1

Nº Reg. **435**

TÍTULO. **PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD "ELABORACIÓN DE UN DOCUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS EN ACCIDENTES DE MONTAÑA ATENDIDOS POR EL SERVICIO 061 MONTAÑA"**

Autores: ABELLA BARRACA S, PALOP J., CABALLO I., RUBIÓ M.P., WHÖLER N., PEREZ-NIEVAS J., BATISTA S., VERGARA S.

ABELLA BARRACA SALAS . UME SABIÑANIGO . UME SABIÑANIGO-RESCATE EN MONTAÑA (capicuasab@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Conocer correctamente los datos, circunstancias y características del accidente y del accidentado en montaña para poder poner en marcha las estrategias preventivas más adecuadas.

METODOLOGÍA

-Creación de una herramienta informática útil que nos permita sistematizar la recogida de los datos de interés de acuerdo con el objetivo marcado.
-Evaluación de los datos obtenidos a lo largo de un año en dicha herramienta informática

RESULTADOS

Entre otros datos de interés que se expondrán en la comunicación oral, destaca que casi un 70% de los accidentes ocurren en primavera y verano, primando sobre las temporadas donde se practican deportes de invierno. Y sobre todo que casi un 84% de los accidentados no poseen ningún tipo de seguro que cubra su actividad deportiva.

CONCLUSIONES

-El programa informático diseñado es una herramienta útil para los fines buscados con este plan de calidad.
-Hay que incidir en las campañas preventivas en el gasto que suponen para los servicios de rescate y la sanidad pública en general los accidentes de montaña, y la importancia de portar un seguro que de ello se deriva.
-Las actividades preventivas deberán lanzarse sobre todo a la población general y servicios de turismo, más que a los clubs y organizaciones de montaña, ya que se observa que la mayoría de los accidentes no se dan en población que pertenezca a dichos clubs o esté federada en montaña u otras actividades, sino en población ajena a estas organizaciones.

Comunicación ORAL *** Mesa 1

Nº Reg. **191**

TÍTULO. **REGISTRO DE INCIDENCIAS CLÍNICO-ADMINISTRATIVAS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN**

Autores: AGUILAR PALACIO I, ESTUPIÑÁN FR, BELKEBIR S, ALCUBIERRE V, MISIEGO A, LAX A, CASTAÑO JI, GARCÍA-LATORRE F

AGUILAR PALACIO ISABEL . ICS . UNIDAD DOCENTE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA (isabel.aguilarp@gmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Las actividades clínico-administrativas forman parte de la práctica asistencial cotidiana, siendo en ocasiones motivo de conflicto entre los profesionales implicados, sobre todo en la interfase entre Atención Primaria y Atención Especializada. Para detectar anomalías en este proceso y facilitar su resolución, desde julio de 2009 se dispone de un registro de incidencias cuya evolución se analiza a través de este trabajo.

METODOLOGÍA

Análisis descriptivo del registro de incidencias de actividades clínico-administrativas de la Comunidad Autónoma de Aragón para el periodo comprendido entre julio del 2009 y enero del 2011.

RESULTADOS

En el periodo estudiado se registraron un total de 1114 incidencias. El 41,4% se notificaron desde el sector Zaragoza II (461), seguido del sector de Teruel (26,3%), que fue el sector con una mayor tasa de incidencias por 100.000 habitantes (369,71). El CS de Sarrión fue el que presentó un mayor número de notificaciones (245) seguido del CS de San Pablo (155).

En relación al servicio en el que ocurrió la incidencia, el 12,9% de las incidencias notificadas se refirieron al servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, seguido de Obstetricia y Ginecología (11%) y de Oftalmología (9,2%). 5 servicios (Cirugía Ortopédica y Traumatología, Obstetricia y Ginecología, Oftalmología, Admisión y Documentación Clínica y Cardiología) fueron responsables de aproximadamente el 50% de las incidencias que se notificaron.

Respecto al centro al que pertenecían los servicios causantes de la incidencia, el Hospital Obispo Polanco fue el centro donde se notificaron un mayor número de incidencias (25,9%, 288 incidencias para el periodo de análisis), seguido del Hospital Universitario Miguel Servet (23,2%).

En el 11,4% de los casos no se pudo identificar el motivo de la incidencia. De los 987 registros restantes, el 32% fueron incidencias relacionadas con problemas en la citación, el 21,5% fueron por problemas relacionados con los informes y el 10,8% con las recetas. En el 10,5% de los casos se identificaron 2 motivos de la incidencia

CONCLUSIONES

El registro de incidencias de Aragón ha resultado ser una herramienta útil para conocer la existencia de problemas relacionados con los procedimientos clínico-administrativos entre niveles asistenciales, lo que ha permitido activar los mecanismos necesarios para su resolución.

Comunicación ORAL *** Mesa 1

Nº Reg. **442**

TÍTULO. **IMPACTO DE LAS ACTUACIONES ENCAMINADAS A MEJORAR LA CALIDAD Y EFICIENCIA DE LA PRESCRIPCIÓN EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA**

Autores: ALLENDE BANDRES MÁ, ARENERE MENDOZA M, SÁNCHEZ BERRIEL M, GIMENO GRACIA M, ALCÁCERA LÓPEZ MA, BANDRES LISO AC, ABAD BUÑUELOS B, SALVADOR GÓMEZ T

ALLENDE BANDRES MARÍA ÁNGELES . HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA . SERVICIO DE FARMACIA (maallende@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Mejorar la calidad y la eficiencia en la prescripción extrahospitalaria en atención especializada mediante difusión de informes y sesiones formativas a los médicos prescriptores.

METODOLOGÍA

Durante el 2010 se diseñaron diferentes actividades para mejorar los indicadores de calidad de prescripción (ICP) fijados por el programa contrato para atención especializada (AE) de nuestro sector. Se realizó un análisis de los Servicios Clínicos que prescriben más recetas extrahospitalarias y se planificó un calendario de envío de informes individualizados a cada facultativo con el perfil de prescripción extrahospitalaria en el que se informaba del número de recetas prescritas, el gasto global, el gasto por receta, los principios activos más prescritos, los grupos terapéuticos con más impacto económico y los ICP fijados en 2010. También se realizaron sesiones informativas de uso racional del medicamento (URM) impartidas desde el Servicio de Farmacia a los Servicios Clínicos con gran impacto en la receta extrahospitalaria, en las que se informaba sobre el contenido de los informes de perfil de prescripción, de los ICP incluidos en el contrato programa y de la situación de dichos ICP en el servicio de clínico con respecto a otros servicios de la comunidad, y finalmente se informó acerca de la importancia de prescripción por principio activo. Se midió la evolución del ICP por Denominación Oficial Española (DOE) con respecto al año anterior.

RESULTADOS

Tras el análisis de la prescripción extrahospitalaria del sector se establecieron tres grupos de distribución de informes en función del volumen de prescripción, el grupo A contempló el 71.0 % de las recetas extrahospitalarias, el grupo B el 21.5 % y el grupo C el 7.5 %. Los facultativos que formaron parte del grupo A recibieron cuatro informes anuales, los del grupo B tres y los del grupo C uno. Durante el 2010 se enviaron 1.401 informes y se realizaron diez sesiones de URM en diversos Servicios Clínicos.

Durante el 2009 la prescripción por DOE en AE fue del 11.8 % y en el 2010 fue del 14.7%. La evolución del ICP por DOE del 2009 al 2010 por servicios con la doble intervención fue la siguiente: Urgencias (de 28.1 % a 27.4 %), Cardiología; (de 8.3 % a 11.3%), Digestivo (de 9.8 % a 14.2 %), Endocrino (de 9.9 % a 24.5%), Medicina Interna (de 14.0 % a 20.3 %), Nefrología (de 5.9 % a 9.3 %), Neurología (de 7.6 % a 10.0 %), Neumología (de 7.1 % a 16.0 %), Obstetricia y Ginecología (de 7.9 % a 9.1 %) y Traumatología (de 7.6 % a 10.0 %)

CONCLUSIONES

1. El envío periódico de informes de perfil de prescripción a los facultativos permitió mejorar durante el 2010 el ICP por DOE en 2.9 puntos en nuestro sector.
2. El envío periódico de informes de perfil de prescripción a los facultativos junto con las sesiones de URM permitió mejorar el ICP por DOE en los servicios de Cardiología, Digestivo, Endocrino, Medicina Interna, Nefrología, Neurología, Neumología, Obstetricia y Ginecología y Traumatología

Comunicación ORAL *** Mesa 1 Nº Reg. **75**

TÍTULO. **IMPLANTACIÓN DEL CRIBADO DE CROMOSOMOPATÍAS DEL PRIMER TRIMESTRE EN LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL SECTOR ALCAÑIZ**

Autores: ALOS PUEYO L, ALMEIDA A., DOMINGUEZ J., NEGREDO I., CAMPO C., GARCÍA-ENGUITA P., VERA-RUIZ, A., BONED JULIANI, B.
ALOS PUEYO LUIS . HOSPITAL DE ALCAÑIZ . OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA (luis_alos@telefonica.net)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS
Reducir el número de amniocentesis realizadas en el Hospital de Alcañiz mediante la implantación de un procedimiento de screening combinado de cromosomopatías.
Monitorizar los resultados del procedimiento

METODOLOGÍA
Implantación del screening combinado de cromosomopatías del primer trimestre (anteriormente se utilizaba el triple screening):
ecografía entre la semana 11 y 13 de gestación para medir la sonolucencia nucal del feto
análisis de sangre materna para la determinación del PAPP-A y la free beta-HCG.
Registro de la edad materna.
Finalmente con las tres variables se procede al cálculo automatizado del riesgo de trisomía 21, 18 y 13.
En caso de riesgo elevado se procede a amniocentesis.

Indicadores:
Efectividad: Tasa de amniocentesis
Seguridad: % de niños nacidos con cromosomopatía
Ventana temporal: Período entre Octubre de 2009 y Diciembre de 2010

RESULTADOS
Implantación del cribado: Octubre de 2009.
Tasas de amniocentesis (Nº de amniocentesis*100/Nº partos asistidos)
2008: 34,02%
2009: 31,11%
2010: 21,71%
En los 3 años de estudio no ha nacido en el Hospital de Alcañiz ningún feto afecto de
Cromosomopatías (0%).
Durante el 2010 se diagnosticaron 2 casos de Síndrome de Down y un síndrome de Pateau con este método.

CONCLUSIONES
La implantación de la técnica del screening combinado en el Hospital de Alcañiz ha evitado un número significativo de amniocentesis mostrándose como una técnica segura.

Comunicación ORAL *** Mesa 1

Nº Reg. **176**

TÍTULO. **UTILIDAD DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN PACIENTES CON DIABETES SOMETIDOS A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA**

Autores: ALTEMIR TRALLERO J, GIMENO-ORNA JA, OCÓN-BRETÓN MJ, CABREJAS-GOMEZ C, AGUILLO-GUTIERREZ E, MAÑAS-MARTINEZ AB, ILUNDAIN-GONZALEZ A, MEDRANO-NAVARRO AL

ALTEMIR TRALLERO JARA . HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA . ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION (jaraaltemir@terra.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Es importante el buen control glucémico para prevenir la aparición de complicaciones en el periodo posoperatorio. Nuestro objetivo fue evaluar la utilidad de un protocolo para el manejo de la hiperglucemia en pacientes con diabetes tipo 2 sometidos a intervención quirúrgica.

METODOLOGÍA

Diseño: Estudio caso-control

Criterios de inclusión: Se seleccionaron como casos pacientes con diabetes tipo 2 sometidos a intervención quirúrgica traumatológica y a los que se aplicó un protocolo para el manejo del control glucémico perioperatorio. Se seleccionaron como controles pacientes de similares características pero intervenidos previamente a la implantación del protocolo en el hospital.

Variables: Se recogieron variables demográficas, HbA1c y cifras de glucemia capilar durante el ingreso.

Métodos estadísticos: Mediante regresión lineal múltiple se evaluó la contribución independiente de la aplicación de un protocolo quirúrgico sobre el control metabólico postoperatorio

RESULTADOS

Se incluyeron 80 pacientes (28 casos y 52 controles) con una edad media de 78 (DE 8,9) años. De ellos llevaban tratamiento insulínico domiciliario 36 (45%).

No hubo diferencias significativas entre casos y controles en la HbA1c inicial (7 vs 7,1%), en el porcentaje de pacientes en tratamiento insulínico domiciliario (46,4 vs 44,2%) ni en la glucemia media posoperatoria (152 vs 162 mg/dl).

Los predictores univariantes de la glucemia media posoperatoria (mg/dl) fueron la HbA1c (b=7,66; IC 95%: 2,6-12,6; p=0,004) y el tratamiento insulínico domiciliario (b=14,8; IC 95%: 0,86-28,7; p=0,038). La aplicación del protocolo descendió la glucemia de modo no estadísticamente significativo (b=-10,2; IC 95%: -26 - +5,6; p=0,2).

En análisis multivariante, mediante procedimiento de exclusión secuencial, el modelo que mejor predijo la glucemia media posoperatoria fue el constituido por la HbA1c (b=6,96; IC 95%: 1,78-12,1; p=0,01) y la aplicación del protocolo quirúrgico (b=-21,7; IC 95%: -45,4 - +1,96; p=0,07). Dicho modelo fue estadísticamente significativo (F=6,8; p=0,004; R2= 0,327)

CONCLUSIONES

La HbA1c elevada y la necesidad de tratamiento insulínico domiciliario predicen la dificultad del control metabólico posoperatorio de los pacientes con diabetes tipo 2.

La aplicación de un protocolo quirúrgico es capaz de descender la glucemia media ajustada posoperatoria en más de 20 mg/dl, una cifra clínicamente importante aunque en el límite de la significación estadística por el limitado número de sujetos

Comunicación ORAL *** Mesa 1 Nº Reg. **57**

TÍTULO. **PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR EL ESTRÉS EN SANITARIOS MEDIANTE UNA TÉCNICA DE RELAJACIÓN SIMPLE**

Autores: ALVAREZ ROCHE T, BARTOLOMÉ-MORENO CB, GUILLEN S, CLEMENTE S, ESTEBAN AB, LÓPEZ C, GARGALLO P, MARCO MA

ALVAREZ ROCHE TERESA . DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA . UD MFYC SECTOR ZARAGOZA I (udomfyc.s1@gmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Conocer la situación de estrés en el personal sanitario de Atención Primaria y la efectividad de la intervención antiestrés.

METODOLOGÍA

Ensayo clínico, multicéntrico, aleatorio, en 207 sujetos (109/intervención y 98/control). Estratificado por: provincia, ámbito (urbano/rural) y especialidad. Se solicita consentimiento informado. En centros «intervención» se aplica técnica de relajación simple, Jacobson reducido, 8 sesiones en 6 semanas. En ambos centros control/intervención se recopilan cuestionarios autocumplimentados al inicio y tras 6 semanas. Variables: escala Ansiedad-Depresión Goldberg, GHQ-12, fármacos y variables de confusión. Análisis por intención de tratar mediante SPSS (ji al cuadrado). Aspectos ético-legales: autorización Comité de Ética. Limitaciones y dificultades: tiempo y presión asistencial.

RESULTADOS

Analizando datos de grupos intervención y control, al inicio no se encuentran diferencias estadísticamente significativas excepto en ámbito. Grupo intervención: al inicio 29,7% presentaban ansiedad y 20,3% depresión, tras la intervención 18,7% y 13,3%. Grupo control: al inicio presentaban ansiedad 31,4% y 17,1% depresión, al final 56,4 y 48,1%. Con diferencia no estadísticamente significativa (intervención: ji al cuadrado 2,011, p = 0,156; Chi-cuadrado: 0,894, p = 0,344; control: Chi-cuadrado 0, 422, p = 0,810; Chi-cuadrado 3,560, p = 0,469).
Grupo intervención: al inicio 85,9% presentaban morbilidad psiquiátrica (test GHQ-12) y estrés laboral 76,6%, tras la intervención 75,6% y 86,6%. Grupo control: al inicio 82,9% presentaban morbilidad psiquiátrica y 78,6% estrés laboral y al final 80% en ambos. Aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa (intervención: Chi-cuadrado 1,901, p = 0,168; Chi-cuadrado 2,435, p = 0,876; control: Chi-cuadrado 5,699, p = 0,223; Chi-cuadrado14,973, p = 0,243).
En el grupo intervención el 90,7% presentaban satisfacción laboral al inicio del estudio y tras la intervención 91,1%; en el grupo control: 91,4% al inicio y al final 71,3%. Aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa (intervención: Chi-cuadrado 18,069, p = 0,006; control: Chi-cuadrado 10,477, p = 0,400)

CONCLUSIONES

Tras la intervención mínima de Jacobson disminuyen la ansiedad, la depresión, la morbilidad psiquiátrica y aumenta la satisfacción laboral.

Comunicación ORAL *** Mesa 1

Nº Reg. **261**

TÍTULO. **CÓMO HACER NÚMEROS PEQUEÑOS EN LAS URGENCIAS MÁS GRANDES**

Autores: ABAD CEBOLLA JC, LAPEÑA LAPEÑA M, ASIN LASIERRA A, SANZ BASELGA AM, PALLAS ESTAUN R, CURRAS MATEO MD, POVAR MARCO J, GOTOR LAZARO MA

ABAD CEBOLLA JUAN CARLOS . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . ADMISION (mlapenna@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Objetivo principal: MEJORAR LA GESTIÓN DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, ESTABLECIENDO UNOS INDICADORES DE ALERTA DE SATURACIÓN.
Objetivo operativo: DESARROLLAR UNA INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA INCLUIR EN EL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO DE ADMISIÓN (CERTIFICACIÓN ISO 9001 AÑO 2011), QUE RECOJA INDICADORES DE ALERTA Y MEDIDAS DE ACTUACIÓN A DESARROLLAR.

METODOLOGÍA

1. CONSTITUCIÓN DE UN GRUPO DE TRABAJO FORMADO POR EL SERVICIO DE ADMISIÓN, EL SERVICIO DE URGENCIAS Y LA DIRECCIÓN DEL CENTRO, CON EL OBJETO DE SELECCIONAR LOS INDICADORES DE ALERTA Y DE PRESIÓN ASISTENCIAL.
2. COMPARACIÓN DE LOS INDICADORES DE ALERTA Y PRESIÓN ASISTENCIAL CONSENSUADOS POR EL GRUPO, TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO.

PERÍODO DE ESTUDIO: MARZO Y ABRIL AÑOS 2010 Y 2011 (23 DÍAS DE LUNES A VIERNES)

RESULTADOS

1. INDICADORES DE ALERTA,ESTANDAR Y CORTES HORARIOS SELECCIONADOS:
   PACIENTES PENDIENTES DE INGRESO
   PACIENTES EN OBSERVACIÓN
   CAMAS DISPONIBLES
   LOS INDICADORES SE RECOGEN EN CUATRO CORTES HORARIOS Y SE ESTABLECEN CUATRO NIVELES DE ALERTA (DE ROJO A VERDE)
2. COMPARACIÓN NIVELES DE ALERTA TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO:
   91% DÍAS EN NIVEL ROJO (MÁXIMA ALERTA)Y NARANJA EN 2010 FRENTE A 49% EN 2011.
3. COMPARACIÓN INDICADORES DE PRESIÓN ASISTENCIAL E INDICADORES DE MEDIDAS ADOPTADAS:
   EN 2011 SE ATENDIERON UN 2% MÁS DE URGENCIAS (8083/7922)
   EL ÍNDICE DE OCUPACIÓN EN 2011 FUE DE UN 85% FRENTE A AL 89% EN 2010
   EL PORCENTAJE DE INGRESOS DESDE URGENCIAS DISMINUYÓ EN UN 4,4%
   EL NÚMERO DE PACIENTES DERIVADOS A OTROS HOSPITALES AUMENTÓ EN UN 10%
   EL NÚMERO DE PACIENTES CON ORDEN DE INGRESO (08:00 H) DISMINUYÓ EN UN 27% EN 2011

CONCLUSIONES

1. LOS DATOS CORRESPONDIENTES A LOS INDICADORES DE PRESIÓN ASISTENCIAL ANALIZADOS RESULTAN SIMILARES PARA AMBOS PERÍODOS.
2. EL NÚMERO DE DÍAS CALIFICADOS COMO ALERTA MÁXIMA, DISMINUYÓ UN 41% TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO.
3. EN RELACIÓN CON EL SEGUIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE ACTUACÍÓN PREVISTAS EN LOS DISTINTOS NIVELES, LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE LOS INDICADORES, MUESTRAN UNA EVOLUCIÓN POSITIVA.
4. EL NÚMERO DE PACIENTES PENDIENTES DE INGRESO, OBJETIVO PRINCIPAL, DISMINUYÓ EN 2011 UN 27%.

Comunicación ORAL *** Mesa 1

Nº Reg. **272**

TÍTULO. **ANÁLISIS DE LA COMPATIBILIDAD DE DILUYENTES CON PRINCIPIOS ACTIVOS EN FORMULACIÓN MAGISTRAL PEDIÁTRICA**

Autores: SEBASTIAN ALDEANUEVA M, GÓMEZ-TIJERO N, PALOMO P, ALONSO-TRIANA Y, PASCUAL-MARTÍNEZ O, URIARTE-PINTO M, HUARTE-LACUNZA R, ABAD-SAZATORNIL R

SEBASTIAN ALDEANUEVA MANUEL . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . FARMACIA (manu_u2@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Los polvos farmacéuticos son fármacos de pequeño tamaño de partícula, que se obtienen por división sucesiva de productos sólidos y secos hasta partículas homogéneas; se emplean para elaboración de dosis pediátricas individualizadas y se dispensan en forma de sobres. Se pueden elaborar directamente con las propias sustancias, pero lo más recomendable es su incorporación a polvos inertes (diluyentes). El objetivo es realizar una búsqueda de la compatibilidad de los principios activos (PA) más usados en la preparación de polvos con los principales diluyentes, facilitando su elaboración en el Servicio de Farmacia (SF).

METODOLOGÍA

Trabajo realizado en el área de farmacotecnia de un hospital de tercer nivel. Se revisaron todas las hojas de elaboración de polvos pediátricos de los últimos dos años, identificando los PA a partir de los que se habían preparado y se hizo una lista con los principales diluyentes utilizados en formulación magistral pediátrica (según el Grupo Español de Farmacia Pediátrica). Los PA se obtienen de productos comerciales, por lo que se revisaron las fichas técnicas de las Especialidades Farmacéuticas (EF) comercializadas en España que contienen alguno de los PA utilizados. Se consideró un PA compatible con un diluyente, cuando este estaba incluido en la EF correspondiente. Con la información obtenida, se elaboró una tabla con los posibles diluyentes para cada PA

RESULTADOS

Diluyentes descritos: almidón (de maíz y de trigo), celulosa microcristalina, lactosa, dextrosa y fosfatos de calcio. Se identificaron 31 PA para los que se habían preparado polvos pediátricos. El diluyente con una mayor compatibilidad fue el almidón de maíz, compatible con el 54,84% de los PA estudiados. Tanto la celulosa microcristalina como la lactosa fueron compatibles con el 48,39% de los PA estudiados. Se observó compatibilidad de los fosfatos cálcicos con el 12,90% de los PA y del almidón de trigo con el 6,45%. No se hallaron PA compatibles con dextrosa.

CONCLUSIONES

En el SF se elaboran anualmente unas 12.500 fórmulas magistrales, principalmente para adaptar medicamentos a las dosificaciones utilizadas en pediatría, de las cuales un 80% se prepara como sobres de polvos. La información obtenida, permite una elaboración segura de los polvos y evita la búsqueda en cada preparación individual, al disponer de una tabla con las compatibilidades referenciadas en la bibliografía. Además, facilita el uso de diluyentes alternativos en pacientes intolerantes a la lactosa o al gluten del almidón de trigo.

Comunicación ORAL *** Mesa 1

Nº Reg. **162**

TÍTULO. **PROCESO DE IMPLANTACIÓN DE LA PROTOCOLIZACIÓN COMO SISTEMÁTICA DE TRABAJO EN UN HOSPITAL TERCIARIO**

Autores: VELA MARQUINA ML, BELKEBIR S, JIMÉNEZ I, LAPRESTA C, GARCÍA-MATA JR, LOPEZ F, VERGARA JM

VELA MARQUINA MARIA LUISA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL (mvelam@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Normalizar e Impulsar la protocolización en el Sector Zaragoza II

METODOLOGÍA

Periodo inicial: 2001-2003: Procolización de la Urgencia Pediátrica-colaboración Unidad de Calidad Asistencia-Servicio de Pediatría.
Periodo 2007-2010: Liderazgo de la Comisión Tecnología y Adecuación de Recursos (CTyAR)
- Normalización del proceso de protocolos. Se estable la sistemática de trabajo:
1.- Identificación y búsquedas de diferentes modelos y formatos de protocolos, y localizar el más acorde con nuestra necesidades.
2.- Diseño de modelo del Sector II y elaboración y aprobación de reglamento. Accesible en la Intranet tanto la norma como modelo y formato de protocolo
3.- Formación a los componentes de la Comisión y otros implicados en metodología y diseño de protocolos
4.- Difusión y realización de talleres a los profesionales en “mancha de aceite”, priorizando a aquellos que ya están realizando protocolos, impartidos por profesionales del centro que ya han elaborado e implantado protocolos
5.- Aprobación y difusión de los protocolos en la Intranet del Sector
6.- Base de datos con los protocolos aprobados, vigentes, caducados, etc.
7.- Evaluación y seguimiento.
Desde 2009 hasta la actualidad, en los contratos de gestión de los servicios se incluye un objetivo sobre protocolización.

RESULTADOS

El sector tiene 227 protocolos aprobados por la Comisión de Tecnología y Adecuación de Recursos, pertenecientes a 33 Servicios y/o Comisiones, con un rango de 1 a 80 (Servicio de Pediatría).
La evolución de protocolos aprobados por años ha sido la siguiente: Año 2003, 1; año 2004, 10; año 2005, 17, año 2006, 7; año 2007, 23, año 2008, 98; año 2009, 40; año 2010, 31
Cursos y talleres de elaboración de protocolos desde el año 2003 se han realizado 2 talleres por año con más de 150 profesionales formados, y evaluación muy positiva
Grupo especifico en la CTyAR dedicada al impulso de la protocolización

CONCLUSIONES

Se ha normalizado la implantación de protocolos con la participación de la CTyAR, el apoyo de la Unidad de Calidad y la implicación de los Servicios.
La implantación de los propios profesionales en el desarrollo de este proceso ha dado credibilidad e impulso al mismo.
La utilización de la Intranet del Sector para mantener la accesibilidad de los protocolos vigentes.

Comunicación ORAL *** Mesa 1 Nº Reg. **248**

TÍTULO. **IMPLANTACIÓN DE CARTILLAS DE SEGUIMIENTO DE CUIDADOS EN PACIENTES CON CATÉTERES VENOSOS CENTRALES DE LARGA DURACIÓN**

Autores: VIÑUALES PALOMAR C, MAIRAL SALINAS ESTHER LORENA
VIÑUALES PALOMAR CARLOS . HOSPITAL SAN JORGE . COORDINACION DE CUIDADOS (cvinnualesp@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS
GENERALES
1. MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CON CATÉTER VENOSO CENTRAL (CVC) DE LARGA DURACIÓN TIPO RESERVORIO, HICKMAN O PICC EN EL SECTOR HUESCA.
2. GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS MEDIANTE UNA CARTILLA DE REGISTRO ÚNICO DE SEGUIMIENTO.
ESPECÍFICOS:
1. ENTREGA DE CARTILLA DE SEGUIMIENTO DE CUIDADOS AL TOTAL DE LOS PACIENTES A LOS QUE SE INSTAURA UN CVC TIPO RESERVORIO, HICKMAN Y PICC DESDE EL INICIO DEL PROYECTO.
2. ENTREGA DE CARTILLA DE SEGUIMIENTO DE CUIDADOS (COBERTURA DEL 75% A LOS 6 MESES DEL INICIO DEL PROYECTO)A LOS PACIENTES CON CVC DE INSTAURACIÓN PREVIA AL INICIO DEL PROYECTO.

METODOLOGÍA
1. REUNIONES CON LOS SERVICIOS Y PROFESIONALES IMPLICADOS.
2. DISEÑO DE LAS CARTILLAS DE SEGUIMIENTO DE CUIDADOS.
3. IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CARTILLAS: DEFINICIÓN DE POBLACIÓN DIANA, MOMENTO, LUGAR Y RESPONSABLES DE LA ENTREGA.
4. SEGUIMIENTO DE LA IMPLEMENTACIÓN

RESULTADOS
INDICADOR 1.
NÚMERO DE CARTILLAS ENTREGADAS TRAS LA COLOCACIÓN DE CVC DE LARGA DURACIÓN (RESERVORIO,HICKMAN Y PICC)/ NÚMERO DE CVC DE LARGA DURACIÓN (RESERVORIO, HICKMAN Y PICC) COLOCADOS A PARTIR DEL 30 DE JUNIO DE 2010 (INICIO DEL PROYECTO).
RESULTADO A 11 DE ENERO DE 2011: 100%, 21/21 (17 RESERVORIOS, 1 HICKMAN Y 3 PICC).
INDICADOR 2.
NÚMERO DE CARTILLAS ENTREGADAS A PACIENTES PORTADORES DE CVC DE LARGA DURACIÓN (RESERVORIO,HICKMAN Y PICC)CUYA INSTAURACIÓN FUE PREVIA AL 30 DE JUNIO DE 2010/ NÚMERO PACIENTES PORTADORES DE CVC DE LARGA DURACIÓN (RESERVORIO, HICKMAN Y PICC) CUYA INSTAURACIÓN FUE PREVIA AL 30 DE JUNIO DE 201O.
RESULTADO A 11 DE ENERO DE 2011: 87,4%, 83/95

CONCLUSIONES
EL NIVEL DE COBERTURA ALCANZADO ES EL DESEADO.
PACIENTES Y PROFESIONALES MUESTRAN SATISFACCIÓN CON ESTE SISTEMA DE SEGUIMIENTO.
LAS MAYORES DIFICULTADES DE ENTREGA DE LA CARTILLA Y CONTROL DE LA MISMA SE DA EN PACIENTES PORTADORES DE RESERVORIOS SUBCUTÁNEOS DE ZONAS RURALES Y QUE NO RECIBEN TRATAMIENTO ENDOVENOSO ACTIVO

IX JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD EN SALUD

Zaragoza, 21 y 22 de junio de 2011

Mesa 2 * 21 Martes-18:15 h.

Reg	Apellidos y Nombre	Título de la Comunicación
193	ANDRES ARRIBAS, IGNACIO	PLAN DE MEJORA DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA A UN CENTRO SOCIOSANITARIO: APLICACIÓN DE LA PRESCRIPCION
224	ANDREU GISBERT, MARIA PILAR	IMPLANTACIÓN DE LA EPISIOTOMÍA SELECTIVA (NO RUTINARIA) EN LOS PARTOS EUTÓCICOS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
449	ARNAUDAS CASANOVA, LAURA	PLAN DE OPTIMIZACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DEL DONANTE CON CRITERIOS AMPLIADOS (DCA)
298	BARANDA VILLARROYA, PILAR	ENFERMERIA BASADA EN LA EVIDENCIA Y SU APORTACION A LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN UNA UNIDAD PEDIATRICA
314	BARRA QUILEZ, FERNANDO	LA FALTA DE CAMAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA: ¿SENSACIÓN SUBJETIVA O REALIDAD?
374	BARRA QUILEZ, FERNANDO	NOTIFICACIÓN VOLUNTARIA DE SUCESOS ADVERSOS. NUESTROS PRIMEROS PASOS
316	BASCOMPTE CLARET, RAMON	PRUEBAS DE INDUCCIÓN DE ISQUEMIA PREVIA REALIZACIÓN DE CATETERISMO CARDIACO EN ANGINA ESTABLE O SCA DE BAJO
373	BLANCO TORRECILLA, CRISTIAN	OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS DIAGNÓSTICOS DE EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA
340	BOLINAGA MORAL, MARIA INMACULADA	TRABAJANDO EN DISFAGIA
458	MARCOS CALVO, MARIA PILAR	MEJORA EN 2010 DE LA GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS NORTE
370	QUILEZ PINA, RAQUEL MARIA	MEDIDAS PREVENTIVAS EN PACIENTES ANCIANOS CON DISFAGIA: ¿SON ÚTILES?

Comunicación ORAL *** Mesa 2

Nº Reg. **193**

TÍTULO. **PLAN DE MEJORA DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA A UN CENTRO SOCIOSANITARIO: APLICACIÓN DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA VIA WEB**

Autores: ANDRES ARRIBAS I, REBOLLAR E, BERGUA S, LOZANO R, DOMINGO MD

ANDRES ARRIBAS IGNACIO . HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA . FARMACIA (iandresarribas@gmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Implantación de la prescripción electrónica asistida (PEA) de medicamentos en un centro sociosanitario (CSS) y su dispensación y seguimiento clínico individualizado desde un servicio de farmacia de hospital (SFH).

METODOLOGÍA

Al inicio del programa se realizaron reuniones interdisciplinares para unificar criterios en cuanto a la prescripción, acondicionamiento, logística y dispensación de los medicamentos por parte del CSS.

El programa informático utilizado es la versión web de Dominion para PEA. El SFH ha sido el responsable de la docencia para el aprendizaje del programa informático.

Se ha diferenciado entre residentes asistidos y válidos. Por consenso, se inició la actividad con los asistidos. La dispensación a los residentes válidos se ha realizado de forma individualizada y son ellos mismos los responsables de la administración

RESULTADOS

- Actualmente hay 137 residentes, entre válidos y asistidos, 92 mujeres (67,15%) y 45 varones (32,85%), con una edad media de 84,34 años.
- La implantación se inició en junio de 2010 con los asistidos (106, 77,37%). Desde enero de 2011, se han incorporado los válidos (31, 22,79%), dispensándose en la actualidad desde el SFH la totalidad de los tratamientos.
- La media de medicamentos/residente es de 6,74, el 72,26% (99) tiene prescritos 5 ó más medicamentos.
- Se ha realizado el seguimiento clínico y posterior validación farmacéutica ante cualquier cambio en los tratamientos.
- La prescripción médica se ha ido adaptando a la Guía Farmacoterapéutica del hospital y a los Protocolos de Equivalentes Terapéuticos aprobados por la Comisión de Evaluación de Medicamentos de los Hospitales Públicos de Aragón.
- La geriatra del CSS se ha incorporado a la Comisión de Farmacia y Terapéutica del hospital

CONCLUSIONES

- La implicación y el interés de todos los estamentos de ambos centros y una estrecha colaboración han sido clave para conseguir los objetivos marcados con una gestión eficiente de los recursos ya disponibles, pues el coste económico de implantación del programa ha sido inexistente.
- La versión web ha permitido la PEA desde un CSS situado a distancia del hospital.
- La PEA y la posterior validación y seguimiento farmacéutico ha proporcionado calidad y seguridad al proceso completo de prescripción-dispensación-administración de medicamentos

Comunicación ORAL *** Mesa 2

Nº Reg. **224**

TÍTULO. **IMPLANTACIÓN DE LA EPISIOTOMÍA SELECTIVA (NO RUTINARIA) EN LOS PARTOS EUTÓCICOS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ**

Autores: GARCIA SALINAS E, ANDREU-GISBERT MP, SEBASTIAN-SANZ A, GUILLEN-HERRERO MJ, BARRABES-SANCHEZ M, BALFAGON-GOMEZ MC

GARCIA SALINAS ESPERANZA . HOSPITAL DE ALCAÑIZ . PARITORIO (jaxuper@yahoo.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La evidencia científica recomienda la episiotomía selectiva versus la episiotomía de rutina.

La episiotomía restricitva está relacionada con:

- Menor morbilidad de los traumatismos perineales posteriores
- Menor necesidad de sutura
- Menos complicaciones en la cicatrización

No existen diferencias en cuanto a traumatismos perineales graves, dolor, dispareunia, o incontinencia urinaria, por lo que todas las autoridades en obstetricia (OMS, SEGO, FAME), así como el Ministerio de Sanidad y Política Social en su Estrategia de Parto Normal recomiendan la episiotomía restrictiva.

La OMS reconoce que la episiotomía no es necesaria en más del 20% de los partos.

Nuestros objetivos son:

- Disminuir el número de episiotomías en partos eutócicos
- Disminuir el grado y el número de desgarros perineales
- Aumentar el grado de satisfacción de la mujer en el parto

METODOLOGÍA

- Abril de 2010: elaboración del protocolo de episiotomía restrictiva y su difusión a matronas y ginecólogos.
- Mayo- diciembre de 2010: implementación del protocolo
- Mayo de 2011: curso de periné femenino y movimiento

RESULTADOS

En el Hospital de Alcañiz, durante el año 2010, ha habido:

Nº total de partos: 525

Nº de partos eutócicos (PE): 353 partos lo que supone el 67.24% de los partos

Nº de partos eutócicos en primíparas (Ip): 121 partos (34.28% de los PE son de Ip)

Nº de PE en multíparas:232 (65.72% de los PE son de multíparas)

Número de no- episiotomías realizadas en partos eutócicos (PE) x 100/ nº PE = 65,44%

Nº de desgarros en PE sin episiotomía x100/ nº de PE sin episiotomía=68,40%

Nº Ip con PE y sin episiotomía x100/ nº Ip con PE=38,02%

Nº de multíparas con PE sin episiotomía x 100/nº de multíparas con PTR 78,45%

CONCLUSIONES

Tras la intervención se ha pasado de un 46% de partos eutócicos con episiotomía a un 34,36% (reducción aproximada de un 12%) que aunque está por encima del 20% recomendado por la OMS supone una reducción significativa

Comunicación ORAL *** Mesa 2

Nº Reg. **224**

TÍTULO. **IMPLANTACIÓN DE LA EPISIOTOMÍA SELECTIVA (NO RUTINARIA) EN LOS PARTOS EUTÓCICOS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ**

Autores: GARCIA SALINAS E, ANDREU-GISBERT MP, SEBASTIAN-SANZ A, GUILLEN-HERRERO MJ, BARRABES-SANCHEZ M, BALFAGON-GOMEZ MC

GARCIA SALINAS ESPERANZA . HOSPITAL DE ALCAÑIZ . PARITORIO (jaxuper@yahoo.es)

El porcentaje de desgarros está dentro de lo esperado, siendo la mayoría de grado I y II. Los desgarros más graves: grado III están alrededor del 2% (que es lo que la bibliografía reconoce como normal) y de grado IV está alrededor del 0%. (no tenemos constancia de que ninguno de estos desgarros haya tenido una mala evolución)

Hemos reducido el número de episiotomías sin que hasta la fecha se haya incrementado el número de complicaciones. Esta práctica parece segura en nuestro contexto, tal y como recomienda la OMS

Comunicación ORAL *** Mesa 2

Nº Reg. **449**

TÍTULO. **PLAN DE OPTIMIZACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DEL DONANTE CON CRITERIOS AMPLIADOS (DCA)**

Autores: ARNAUDAS CASANOVA L, ETAABOUDI S, GUTIERREZ-DALMAU A, PAUL RAMOS J, RIOJA SANZ LA, PLAZA MAS L, LAGLERA TREBOL S, SANJUAN HERNANDEZ-FRANCH A

ARNAUDAS CASANOVA LAURA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . NEFROLOGIA (larnaudas@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Disminuir la variabilidad de la práctica clínica e incrementar la calidad de los procedimientos de evaluación y utilización del órgano renal de donante de criterio ampliado (DCA), mediante la optimización de todos los procesos implicados, y con el objetivo final de la mejora de resultados en términos de: aprovechamiento de órganos, acortamiento de isquemia fría (IF), y supervivencia de injertos y pacientes.

METODOLOGÍA

1.-Elaboración de los criterios de definición de DCA, aceptándose, mediante documento de consenso, los criterios definitorios del mismo 2.- Análisis retrospectivo de la actividad de trasplante de nuestro centro del periodo 2008-2010, analizando características clínicas del donante (edad, causa de muerte, patología vascular concomitante) y del proceso de donación e implante. 3.- Elaboración y puesta en marcha de un protocolo de evaluación y manejo del DCA, incluyendo la realización de la biopsia pre-implante. 4.-Recogida prospectiva de datos, análisis de resultados, evaluación y propuestas de mejora.

RESULTADOS

En los 6 primeros meses desde la puesta en marcha del protocolo (2º semestre 2010), se realizó evaluación histológica en >65% de riñones procedentes de DCA. Se redujo >10% (11,7%, tiempo medio 15h +/- 4.17h) el tiempo medio de isquemia fría, en ese mismo periodo de tiempo, de los trasplantes y órganos procedentes de DCA. Los resultados de supervivencia y función del injerto, estarán disponible a 1 de julio de 2011

CONCLUSIONES

Una iniciativa de mejora de calidad dirigida a la optimización de la evaluación y manejo del DCA ha conseguido implantar nuevos procesos de evaluación (biopsia del injerto pre-trasplante), disminuir su variabilidad y conseguir la disminución de los tiempos de IF. Se espera que ello se traslade en mejoras de función y supervivencia.

Comunicación ORAL *** Mesa 2

Nº Reg. **298**

TÍTULO. **ENFERMERIA BASADA EN LA EVIDENCIA Y SU APORTACION A LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN UNA UNIDAD PEDIATRICA**

Autores: BARANDA VILLARROLLA P

BARANDA VILLARROLLA PILAR . CS ZALFONADA (PICARRAL) . ATENCION PRIMARIA (pbarandav@gmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

En el camino hacia la búsqueda de la excelencia de los cuidados de enfermería aplicados en la unidad de infecciosos del Hospital Universitario Miguel Servet, HI queremos comparar la eficacia de dos sistemas de mantenimiento de permeabilidad de vía intravenosa intermitente en el paciente pediátrico.

METODOLOGÍA

Estudio comparativo, prospectivo y aleatorio, durante un año en pacientes ingresados en la Unidad de Infecciosos del HUMS que precisan terapia intravenosa intermitente.
Comparamos dos métodos: Tapón convencional (TC) frente a válvula de presión neutra (VPN) mediante salinización en el paciente pediátrico.
La valoración estadística se realizó con el programa SPSS STATISTICS 17. Los datos cuantitativos se trataron con el método de correlaciones. Los datos cualitativos con chi cuadrado. Para la comparación de variables cuantitativas y cualitativas se ha empleado la T-student

RESULTADOS

En total se estudian 136 niños, y 206 catéteres.
Del total de niños un 36,7% eran niñas y 63,3% eran niños.
La duración media del total de los catéteres fue de 90,46h, siendo para los de TC un total 83,34h y para los de VPN 97,38h
Según las varibles a estudio:
Dolor: Es estadísticamente significativo con un valor de p= 0,0035, que existe menos dolor en los niños con TC.
Oclusiones: Con una p=0,040 las VPN producen menor número de oclusiones .
Extravasaciones: No hubo datos significativos para ninguno de los dos métodos estudiados. Fue significativo en cuanto al tratamiento con Amoxiclavulanico, que producía menor número de extravasaciones Igualmente se comprobó que existen mas extravasaciones cuando hay flebitis.
Flebitis:Relacionando flebitis con tratamiento, se ha visto que la asociación de Vancomicina+Fosfomicina+Gentamicina causa más flebitis con el método TC que con el método de VPN

CONCLUSIONES

Se ha determinado utilizar los dos métodos combinados, VPN + alargadera cerrada ya que, evita el reflujo sanguíneo total, precisa un menor número de manipulaciones, existe menos dolor , produce menor número de oclusiones , consigue mayor duración de tiempo de los catéteres IV.
Es prioritario que la disciplina enfermera aumente su cuerpo de conocimientos a través de la investigación lo que en la práctica clínica nos va a permitir tomar decisiones con base científica, entregando cuidados óptimos a personas que los necesitan.

Comunicación ORAL *** Mesa 2

Nº Reg. **314**

TÍTULO. **LA FALTA DE CAMAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA: ¿SENSACIÓN SUBJETIVA O REALIDAD?**

Autores: BARRA QUÍLEZ F, GUTIÉRREZ-IBAÑES P, JIMÉNEZ-RÍOS M, FERNÁNDEZ-SALVATIERRA L, OJUEL-GROS T, SANZ DE GALDEANO-DELGADO S, GARRIDO-LÓPEZ DE MURILLAS R, FUERTES-SCHOTT C

BARRA QUÍLEZ FERNANDO . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . MEDICINA INTENSIVA (fernando_happy@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

A menudo, los servicios de medicina intensiva (SMI) son considerados por el resto de profesionales como unidades donde nunca hay camas disponibles, o donde éstas escasean. El objetivo de este estudio es comprobar si realmente existe un desequilibrio entre la oferta de camas y la demanda, así como su repercusión en el paciente.

METODOLOGÍA

Estudio prospectivo observacional, realizado en el SMI del H. Universitario Miguel Servet de Zaragoza durante el año 2010. Dicho servicio cuenta con un total de 46 camas, con un índice de ocupación mayor al 93%. A través de un formulario rellenado por el residente de guardia, se recogieron los datos de la fecha, camas libres a las 8 horas, camas disponibles al comienzo de una guardia, ingresos programados y urgentes, procedencia de los mismos y pacientes no ingresados por falta de camas, así como el destino de éstos últimos.

RESULTADOS

Se recogieron datos de 342 días (95,3%). Hubo 0 camas libres a las 8h el 33% de los días (n 113), 1 el 14% de los días (n 48), 2 el 11,7% (n 40) y 3 o más el 41,2% (n 141). La media de ingresos programados fue de 2,32/día, 3,35/día si excluimos los días festivos. La media de camas libres al comienzo de la guardia fue 4,62/día, mientras que la de ingresos urgentes fue de 3,3/día. 355 pacientes ingresaron en una unidad que no era la de referencia para su patología. 192 pacientes (0,56/día) no ingresaron por no tener cama disponible. De ellos, 84 (43,7%) tuvieron que ser trasladados desde nuestro hospital a otra UCI, mientras que 79 (41,1%) fueron trasladados directamente desde su hospital de origen, 15 quedaron ingresados en otros servicios con monitorización (7,8%) y 14 (7,3%) no se llegaron a trasladar.

CONCLUSIONES

Observando los resultados, destaca el hecho de que en un servicio de medicina intensiva con 46 camas, un tercio de los días no existan camas libres a las 8:00 horas, quedando una media de sólo 4,6 camas disponibles al comienzo de la guardia (15h). Esta situación repercute directamente sobre el paciente, ya que a menudo obliga a ingresar a pacientes en unidades que no son la de referencia, e incluso a trasladar pacientes a otras UCIs, con el riesgo evidente que ello supone.

Esta desproporción entre la oferta de camas para críticos y su necesidad imperiosa nos obliga a una gestión muy cuidadosa de camas, aunando efectividad y eficiencia, y siempre empleando el mayor rigor científico.

Comunicación ORAL *** Mesa 2

Nº Reg. **374**

TÍTULO. **NOTIFICACIÓN VOLUNTARIA DE SUCESOS ADVERSOS. NUESTROS PRIMEROS PASOS**

Autores: BARRA QUILEZ F, TEJADA-ARTIGAS A, UTANDE-VÁZQUEZ MA, MARTÍN-ESCUÍN S, DE ROQUE-BLANCH D, CANO-MATEO I, MILLÁN-LÓPEZ A, CLARACO-VEGA LM

BARRA QUILEZ FERNANDO . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . MEDICINA INTENSIVA (fernando_happy@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Valorar y cuantificar el nivel de seguridad de una UCI a través del registro de los sucesos adversos que nos permita la creación posterior de líneas de mejora. Incrementar, de un modo paralelo, la cultura de Seguridad de dicha unidad.

METODOLOGÍA

Partiendo de la decisión del Grupo de Mejora de Calidad de la UCI-Traumatología del Hospital Miguel Servet de crear una Estrategia y una Cultura en Seguridad se puso en marcha un Registro de Sucesos Adversos. Se impartieron varias sesiones sobre Seguridad clínica al personal de la UCI y se distribuyeron carteles explicativos sobre Seguridad con los sucesos a notificar. Como modo de registro se optó por un sistema voluntario y confidencial, a fin de facilitar la notificación de sucesos y optimizar su posterior análisis. Consiste en un cuestionario con varias casillas a rellenar, que posteriormente se introduce en un buzón que es vaciado varias veces por semana. Con la información recogida se rellena otro definitivo que queda registrado y cumplimentado con mayor detalle. Se acordó la revisión, análisis y comunicación semestral de los sucesos notificados. Como paso previo, se acordó la realización de una primera revisión tras los 3 primeros meses de implantación para valorar la aceptación y seguimiento del sistema por parte del resto del personal.

RESULTADOS

Durante el mes de mayo se han dado varias sesiones informativas al personal de la UCI, a lo largo de varios turnos, a fin de abarcar a todo el personal en activo. Del mismo modo, se colocaron carteles informativos tanto en el estar de enfermería como en la sala de trabajo. El día 9 de mayo se comenzó la recogida de sucesos. De forma provisional, se ha acordado su revisión en el próximo mes de agosto para valorar la aceptación y seguimiento del proyecto, y en noviembre a fin de evaluar los sucesos recogidos hasta la fecha, analizarlos, y valorar la introducción de líneas de mejora. Si bien es pronto para hablar de resultados válidos, podemos adelantar que el número de sucesos registrados hasta la redacción de este resumen ha sido de 149.

CONCLUSIONES

Parece, aunque hace falta un periodo de seguimiento más prolongado, que la implantación de este sistema de seguimiento ha sido exitoso con la estrategia diseñada , habida cuenta de los efectos registrados, y que la Seguridad forma parte ya de uno de los exponentes de la calidad asistencial de nuestra Unidad.

Comunicación ORAL *** Mesa 2

Nº Reg. **316**

TÍTULO. **PRUEBAS DE INDUCCIÓN DE ISQUEMIA PREVIA REALIZACIÓN DE CATETERISMO CARDIACO EN ANGINA ESTABLE O SCA DE BAJO RIESGO**

Autores: BASCOMPTE CLARET R, MARCOS-BLANCO E, MAS-STACHURSKA A, RUIZ-ARROYO JR

BASCOMPTE CLARET RAMON . HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA . CARDIOLOGIA (ramon.bascompte@gmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La ergometría, convencional (EC) o con técnicas de imagen, es el método no invasivo más utilizado en la práctica clínica para evaluar la inducción de isquemia miocárdica. Estas técnicas nos permiten estratificar el riesgo de enfermedad arterial coronaria para valorar la necesidad de cateterismo cardiaco (CC) y la conveniencia de intervencionismo coronario (IC). OBJETIVOS: Valorar, en el caso de nuestro servicio, la proporción de pacientes con sospecha clínica de cardiopatía isquémica estabilizada a los cuales se les solicita CC previa realización de una prueba de inducción de isquemia (PII) o de diagnóstico por imagen (DPI). Determinar los valores predictivos positivo y negativo de la EC en nuestro ámbito.

METODOLOGÍA

Mediante un estudio descriptivo retrospectivo se han seleccionado, de forma consecutiva y durante 6 semanas a los pacientes con diagnóstico o sospecha de cardiopatía isquémica remitidos para CC (n=183). Se han incluido aquellos casos con angina estable (AE) o SCA de bajo riesgo orientados previamente mediante una PII o de DPI (n=46). Se ha registrado el resultado del CC y la necesidad de IC.

RESULTADOS

El 75% de los pacientes remitidos para CC con sospecha de AE o SCA de bajo riesgo han sido previamente valorados mediante una PII o de DPI. Estos pacientes sólo representan el 25% del total de solicitudes por cardiopatía isquémica, probablemente debido al aumento de CC por SCACEST y por SCASEST de moderado-alto riesgo. El test más frecuente ha sido la EC con muy escaso uso de la ecocardiografía de estrés y del SPECT miocárdico. La EC parece tener un aceptable valor predictivo positivo (75%) aunque un bajo valor predictivo negativo (28%) en nuestro ámbito.

CONCLUSIONES

La positividad en la EC orienta aceptablemente a los pacientes con AE o SCA de bajo riesgo antes de ser sometidos a CC. Aquellos con resultado negativo en la EC y perfil clínico de alto riesgo isquémico se podrían beneficiar de la realización de una PII asociada a técnicas de imagen previa al CC.

Comunicación ORAL *** Mesa 2

Nº Reg. **373**

TÍTULO. **OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS DIAGNÓSTICOS DE EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA**

Autores: BLANCO TORRECILLA C, ESCRICHE ROS ROCÍO, PEMAN MUÑOZ TERESA, BAGUENA GARCÍA ALICIA, SOBREVIELA CELMA NIEVES, ARQUILLUÉ VARONA SARA, MARÍA DIAMANTI, PUJOL PEIRO DOLORES

BLANCO TORRECILLA CRISTIAN . CS ALMOZARA . CS ALMOZARA (cristianblan@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

1 Detectar precozmente EPOC en pacientes > 40años con hábito tabáquico
2 Captar a pacientes > 40 años con hábito tabáquico
3 Incluir a pacientes en protocolo de EPOC si cumple criterios
4 Derivar a paciente con dependencia a consultas de deshabituación tabáquica

METODOLOGÍA

1 Captación de pacientes fumadores > 40 años como grupo de riesgo en las consultas de atención primaria.
2.Realización de FEV1/FEV6 a los pacientes fumadores >40 años.
3 Realización de espirometría diagnóstica en pacientes con FEV1/FEV6 <70%.
4 Inclusión de pacientes en protocolo EPOC si cumple criterios
5. Derivación de los pacientes fumadores con Richmond entre 7-10 puntos a consultas de deshabituación tabáquica

RESULTADOS

1- Se han captado 157 pacientes fumadores > 40años
2- A 147 pacientes se les ha realizado la medición de FEV1/FEV6.
3- Se ha obtenido un FEV1/FEV6 < 70 % en 16 pacientes
4-. Se realizó espirometría a los 16 pacientes con FEV1/FEV6 <70%, de éstos ,12 pacientes confirmaron EPOC
5- Se ha diagnosticado precozmente EPOC a 12 pacientes fumadores, incluyéndolos en cartera de servicios
6- A los 147 pacientes captados se les aplicó el test de Richmond , derivando a consulta de deshabituación tabáquica a quienes cumplían criterios de inclusión

Indicador de captación:
Nº pacientes incluidos a partir del 1 enero de 2010 a los que se ha realizado FEV1/FEV6 / Total de captados en el programa de dependencia tabáquica a partir del 1 enero de 2010 . x 100
147/157= 93.63%

Indicador de patología respiratoria
Nº Pacientes con FEV1/FEV6 <70% / Nº Pacientes con espirometría diagnóstica de EPOC x100 12 /16=75%

CONCLUSIONES

El 10,8% de pacientes fumadores presentó FEV1/FEV6<70% , porcentaje similar a los estudios actuales de prevalencia de EPOC en pacientes fumadores, realizándoles posteriormente una espirometria que confirmó EPOC en el 75% .
Parece razonable emplear el FEV1/FEV6 como primera herramienta de cribaje en pacientes fumadores asintomáticos por su rapidez , sencillez de realización y su bajo coste.

Comunicación ORAL *** Mesa 2

Nº Reg. **340**

TÍTULO. **TRABAJANDO EN DISFAGIA**

Autores: BOLINAGA MORAL MI, ALFONSO-CORTES MI, PARDO-DIEZ MJ

BOLINAGA MORAL MARIA INMACULADA . HOSPITAL ROYO VILLANOVA . DIETETICA Y NUTRICION (ibolinaga@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Informar y formar en el manejo y medidas paliativas para el control de la disfagia.
- Detectar las alteraciones de la deglución en pacientes ingresados para la adaptación de texturas previa al alta hospitalaria, a fin, de conservar y mantener una deglución eficaz y segura, evitando las posibles complicaciones de desnutrición, deshidratación y aspiración

METODOLOGÍA

- Charlas sobre Disfagia: "Conocer la Disfagia" a profesionales
- Talleres teórico-práctico "Conocer la Disfagia" a profesionales y/o cuidadores, basados en tres pilares fundamentales: texturas, ejercicios y posturas
- Educación en disfagia a pie de cama a pacientes y cuidadores
- Cribado con Método Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V)

RESULTADOS

Junio 2009- Mayo 2010:

-Atención Especializada (AE): 7 charlas a profesionales

-Atención Primaria (AP): 3 talleres a profesionales y cuidadores

Total de asistentes: 113

Valoración media de los talleres: 8.54

-Educación a pie de cama: 353

Junio 2010-Mayo 2011:

-AE: 3 talleres a profesionales

Total de asistentes: 86

Valoración media de los talleres: 8.32

-1 Taller en Asociación de Parkinson

-Educación a pie de cama: 337

-MECV-V: 144 (inicio 30 marzo 2010 hasta la fecha)

CONCLUSIONES

- Los participantes en charlas y talleres han valorado la formación recibida de gran utilidad en el desarrollo de su actividad.
- La educación en disfagia a pie de cama a cuidadores les ayuda a reconocer las dificultades en la deglución y a adoptar medidas paliativas para su adecuado manejo.
- El MECV-V permite detectar el grado de disfagia y adaptar las texturas al resultado obtenido

Comunicación ORAL *** Mesa 2

Nº Reg. **458**

TÍTULO. **MEJORA EN 2010 DE LA GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS NORTE**

Autores: BLASCO CASTELLO C, BLASCO CASTELLÓ C, MARTÍNEZ MONGAY P, MARCOS CALVO MP, MURILLO LAHOZ E, PINA SANZ A, GARCÍA FERNANDEZ C, LABORZA EZQUERRA K

BLASCO CASTELLO CONSUELO . CS DELICIAS NORTE . ATENCION PRIMARIA (mariapilarmarcos@gmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

En el centro de salud Delicias Norte el 100% de las consultas no cumplian la normativa de la gestión de residuos a principios de 2010. Se plantea un proyecto de mejora de la gestión de residuos cuyos objetivos fueron: aumentar los materiales imprescindibles para la correcta gestión de residuos en todas las consultas en 2010, fomentar la correcta gestión de residuos por parte de los médicos y enfermeros del centro, aumentar los conocimientos de los profesionales sanitarios del centro sobre residuos sanitarios.

METODOLOGÍA

Se realizaron distintas actividades: Elaboración de una hoja de recogida de datos para la comprobación de la existencia en las consultas del material imprescindible para la gestión adecuada de residuos, evaluación de consultas 3 veces al año con dicha hoja de recogida de datos, sesión formativa al equipo sobre gestión de residuos, elaboración de encuesta de conocimientos anterior y posterior a la sesión formativa, colocación de carteles informativos en consultas de enfermería y urgencias de los diferentes tipos de residuos y la forma adecuada de desecho, colocación de un contenedor para desechar radiografias, sesión de información al equipo de los resultados obtenidos.

RESULTADOS

La presencia en las consultas de material para la gestión de residuos subio de 0 a 70,9%. El porcentaje de consultas que cumplen la normativa llegó al 90%.Las encuestas sobre conocimientos aprobadas subió de un 8,3% a un 47% tras las sesión formativa.

CONCLUSIONES

El proyecto de calidad mejoró sensiblemente la gestión de los residuos en el centro de salud, focalizando la atención de los profesionales sanitarios y no sanitarios en este proceso. Cabe destacar que el principal problema para el proyecto fue la falta de cumplimiento del mismo por el personal contratado temporal que desconocia el mismo siendo un área de mejora la formación y plan de acogida de dicho personal.

Comunicación ORAL *** Mesa 2

Nº Reg. **370**

TÍTULO. **MEDIDAS PREVENTIVAS EN PACIENTES ANCIANOS CON DISFAGIA: ¿SON ÚTILES?**

Autores: QUILEZ PINA RM, QUÍLEZ-PINA RM, BONAFONTE-MARTELES JL, CASTRO-VILELA ME, HERRERA-BOZZO C, CÁNOVAS-PAREJA C, GARCIA-ARILLA E

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

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Averiguar si los pacientes ancianos con demencia son un grupo de riesgo para broncoaspiración.
Analizar diferencias en ancianos hospitalizados en una unidad de geriatría con diagnóstico de neumonía en los años 1990 y 2010-2011 tras la implantación de medidas preventivas de broncoaspiración para pacientes con disfagia

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, prospectivo de los pacientes ingresados en un servicio de geriatria con diagnóstico de infección respiratoria (vías altas, vías bajas, neumonías) desde septiembre de 2010 a febrero del 2011. Evaluamos variables clínicas y epidemiológicas. Despúes comparamos los datos de una cohorte histórica (estudio descriptivo de 1990) con el estudio prospectivo de septiembre de 2010 a febrero de 2011 tras la instauración desde hace 3 años de medidas preventivas en disfagia (dieta especial con espesantes, gelatinas y triturados, indicaciones en el cabecero del paciente sobre como dar la alimentación, educación a los cuidadores por parte de enfermería, recomendaciones en el alta hospitalaria), se registraron sólo a los pacientes mayores de 80 años con diagnóstico de neumonía.

RESULTADOS

123 pacientes con infección respiratoria, 52% con demencia (75% varones, edad media 84,8 años) sin diferencias estadísticas significativas con el grupo sin demencia (69,1% varones, edad media 87,5 años). El grupo con demencia presentó mayor incidencia de broncoaspiración ($p= 0,002$), desnutrición ($p< 0,001$) y disfagia ($p<0,001$). No se hallaron diferencias en cuanto a mortalidad. En 1990 hubo 91 pacientes con neumonía, la edad media fue de 85 años con un 53,84% de varones. En 2011, 40 pacientes presentaron neumonía, su edad media fue de 87,3 años con 45% de varones. Hubo 56,5% broncoaspiraciones en 1990 frente a un 17,5% en el estudio actual. La presencia de sonda nasogástrica descendió del 28,5% al 5%. La mortalidad en 1990 fue del 79,3% y en 2011 del 25%.

CONCLUSIONES

1. Se observa una mayor incidencia de disfagia, broncoaspiración y desnutrición en pacientes con demencia que obliga a tomar medidas preventivas anticipatorias en este grupo.
2. La incidencia de broncoaspiración ha disminuido notablemente probablemente por las medidas preventivas adoptadas en nuestro centro en los últimos años.
3. Apreciamos una disminución del uso de sonda nasogástrica gracias a un mejor manejo de los pacientes con disfagia.
4. Se observa una importante disminución de la mortalidad en el que ha podido influir, entre otros factores, el mejor manejo de la broncoaspiración.

IX JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD EN SALUD

Zaragoza, 21 y 22 de junio de 2011

Mesa 3 * 21 Martes-18:15 h.

Reg	Apellidos y Nombre	Título de la Comunicación
413	ALONSO BENEDI, ANA MARIA	INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (ICCE). SATISFACCIÓN DE LAS ENFERMERAS DE AP. OPORTUNIDADES DE
325	BRUN SOTERAS, MARIA CARMEN	INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (ICCE). SATISFACCIÓN DE LAS ENFERMERAS DE EAP. OPORTUNIDADES
255	CALVETE PALACIO, PILAR	LA SALA DE EXPOSICIONES MÁS SOLIDARIA Y VISITADA DE LA CIUDAD
251	CALVO SALILLAS, MARIA JOSE	EL COMPROMISO PREVENTIVO DEL HOSPITAL SAN JORGE PARA LA ERRADICACIÓN DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA
382	CASAJUS LAGRANJA, MARIA PILAR	IMPLANTACIÓN DE UN PROYECTO DE DISPENSACIÓN DE FÁRMACOS A CENTROS SOCIOSANITARIOS DEL SECTOR ZARAGOZA II
453	CLEMENTE SALA, MARIA ESPERANZA	MEJORA DE LOS PROCESOS DE ESTERILIZACIÓN SEGÚN LA NORMA ISO 9001: UNA EXPERIENCIA EN LA CODIFICACIÓN DE
291	CLERENCIA SIERRA, MERCEDES	MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE GERIÁTRICO HOSPITALIZADO. REGISTRO Y ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS
363	COSCOLLAR ESCARTIN, IRENE	UTILIZACIÓN DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS POR VÍA TÓPICA EN UN ÁREA URBANA DE SALUD
109	CUCALON ARENAL, JOSE MANUEL	INFORMATIZACIÓN DE LOS REGISTROS DE ATENCIÓN CONTINUADA EN UN CENTRO RURAL. PROPONIENDO MEJORAS DEL PROCESO
249	PUIG COMAS, NURIA	ACTUACIONES FORMATIVAS, EDUCATIVAS Y DE SENSIBILIZACIÓN PARA LA ERRADICACIÓN DE LA MUTILACIÓN GENITAL
405	TEJADA ARTIGAS, ANTONIO	DISMINUCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO EN UCI. CAMINO HACIA UNA MAYOR EFICIENCIA

Comunicación ORAL *** Mesa 3

Nº Reg. **413**

TÍTULO. **INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (ICCE). SATISFACCIÓN DE LAS ENFERMERAS DE AP. OPORTUNIDADES DE MEJORA**

Autores: BRUN SOTERAS C, ALONSO BENEDI ANA Mª

BRUN SOTERAS CARMEN . CS SAN PABLO . A P (amalonsob@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Analizar las carencias observadas por las enfermeras (DE) que reciben el ICCE.
Sugerir mejoras para disminuir la variabilidad y aumentar la utilidad del ICCE.
Explorar la disposición para realizar el ICCE desde AP para el hospital.

METODOLOGÍA

Se crea un grupo de trabajo (GT) que elabora un cuestionario con 12 ítems de respuesta única y 2 ítems de respuesta múltiple, uno de ellos con posibilidad de añadir respuesta abierta, además de edad, sexo y antigüedad en el SNS.
Se valida el cuestionario en 3 Equipos de Atención Primaria (EAPs) y después se remiten los cuestionarios (219) por correo interno a todos los DE de los 22 EAPs, dando un plazo de 3 semanas para su cumplimentación y envío a una de las componentes del GT.

RESULTADOS

Se reciben 66 cuestionarios de los 219 emitidos (30,14% de respuesta).
La media de edad de los D.E. que han respondido es de 50,23 años (rango 26-64), y la media de antigüedad en el Sistema Público de Salud es de 25,12 años (rango 2-43).
El 86% son mujeres y el 8% son hombres; en el 6% de cuestionarios no consta este dato.
La inclusión del T. de Barthel detallado se ve necesaria o siempre recomendable (82%), igual que los problemas de salud resueltos durante el ingreso (80%) y la puntuación de Norton (80%). La inclusión de los cuidados de enfermería aplicados en el hospital se ve necesaria en un 77%. El 76% considera útil la transmisión del ICCE a la enfermera del EAP. La emisión del ICCE desde el EAP al hospital se ve necesaria entre el 21% y el 35%.
El 61% añadirían detalle de la medicación al alta. Sólo el 48% añadiría Pfeiffer y el 41% el cuestionario Zarit.
El 26% afirma guardar el ICCE sólo en formato electrónico OMI-AP, y el 29% sólo en la historia formato papel, mientras un 32% lo hace en ambos formatos. Un 10% afirma que sólo lo lee.

CONCLUSIONES

Se confirma una buena aceptación de la utilidad y los contenidos del ICCE, pero el número de cuestionarios respondidos es bajo.
Se aprecia un elevado deseo de datos en el ICCE del hospital, pero una actitud poco proclive a realizar el mismo desde el EAP.
Se puede concluir que la calidad de los ICCEs recibidos es buena, y que lo deseable sería disminuir la variabilidad de su contenido. Así mismo, es necesario trabajar el cambio de actitud en los D.E. de A.P. respecto a la elaboración de ICCEs para el hospital.

Comunicación ORAL *** Mesa 3

Nº Reg. **325**

TÍTULO. **INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (ICCE). SATISFACCIÓN DE LAS ENFERMERAS DE EAP. OPORTUNIDADES DE MEJORA**

Autores: BRUN SOTERAS MC, ALONSO-BENEDI AM, FENERO-ALLUE B, TABUENCA-ESPADA MP

BRUN SOTERAS Mª CARMEN . CS REBOLERIA . ENFERMERIA (mcbrun@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Motivo: Se observa una gran variabilidad en la cumplimentación de los ICCE emitidos en los diversos servicios y unidades de los hospitales de referencia de nuestro Sector. La utilidad del ICCE queda determinada por los contenidos del mismo.
Objetivo: Analizar las carencias observadas por las enfermeras (DE) que reciben el ICCE.
Sugerir mejoras para disminuir la variabilidad y aumentar la utilidad del ICCE.
Explorar la disposición para realizar el ICCE desde AP para el hospital

METODOLOGÍA

Se crea un grupo de trabajo (GT) que elabora un cuestionario con 12 ítems de respuesta única y 2 ítems de respuesta múltiple, uno de ellos con posibilidad de añadir respuesta abierta, además de edad, sexo y antigüedad en el SNS.
Se valida el cuestionario en 3 Equipos de Atención Primaria (EAPs) y después se remiten los cuestionarios (219) por correo interno a todos los DE de los 22 EAPs, dando un plazo de 3 semanas para su cumplimentación y envío a una de las componentes del GT

RESULTADOS

Se reciben 66 cuestionarios de los 219 emitidos (30,14% de respuesta).
La media de edad de los D.E. que han respondido es de 50,23 años (rango 26-64), y la media de antigüedad en el Sistema Público de Salud es de 25,12 años (rango 2-43).
El 86% son mujeres y el 8% son hombres; en el 6% de cuestionarios no consta este dato.
La inclusión del T. de Barthel detallado se ve necesaria o siempre recomendable (82%), igual que los problemas de salud resueltos durante el ingreso (80%) y la puntuación de Norton (80%). La inclusión de los cuidados de enfermería aplicados en el hospital se ve necesaria en un 77%. El 76% considera útil la transmisión del ICCE a la enfermera del EAP. La emisión del ICCE desde el EAP al hospital se ve necesaria entre el 21% y el 35%.
El 61% añadirían detalle de la medicación al alta. Sólo el 48% añadiría Pfeiffer y el 41% el cuestionario Zarit.
El 26% afirma guardar el ICCE sólo en formato electrónico OMI-AP, y el 29% sólo en la historia formato papel, mientras un 32% lo hace en ambos formatos. Un 10% afirma que sólo lee

CONCLUSIONES

Se confirma una buena aceptación de la utilidad y los contenidos del ICCE, pero el número de cuestionarios respondidos es bajo.
Se aprecia un elevado deseo de datos en el ICCE del hospital, pero una actitud poco proclive a realizar el mismo desde el EAP.
Se puede concluir que la calidad de los ICCEs recibidos es buena, y que lo deseable sería disminuir la variabilidad de su contenido. Así mismo, es necesario trabajar el cambio de actitud en los D.E. de A.P. respecto a la elaboración de ICCEs para el hospital

Comunicación ORAL *** Mesa 3

Nº Reg. **255**

TÍTULO. **LA SALA DE EXPOSICIONES MÁS SOLIDARIA Y VISITADA DE LA CIUDAD**

Autores: CALVETE PALACIO P, CALVO-SALILLAS MJ, SECORUN-BITRIAN G, FONTANA-ASCASO B, HERRERO-SANCHO C, POC A

CALVETE PALACIO PILAR . HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA . SERVICIO DE ATENCION AL PACIENTE (pcalvete@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Historia de la sala de exposiciones del hospital: recuento, clasificación y difusión de la actividad desarrollada

METODOLOGÍA

En 2008, se cumplió el décimo aniversario de la Sala de Exposiciones del hospital, que continua su actividad gestionada por el Servicio de atención al Paciente.
En 2009 se presentó proyecto de calidad al Programa de Apoyo a Iniciativas Mejora de Calidad del Servicio Aragonés de Salud, con el compromiso de incrementar la participación de asociaciones sociosanitarias y organismos humanitarios hasta el 50% anual.

* Las exposiciones se registran en base de datos del SAP, realizándose un análisis descriptivo desde 1998-2010.
Las exposiciones se clasifican según sean de asociaciones de pacientes que exponen las obras creadas en los talleres de pintura; de organismos humanitarios, que muestran una visión solidaria sobre la salud; de artistas oscenses que exponen sus obras; y de todos, la frecuencia con la que han expuesto.
* Se han establecido nuevas relaciones con la Asociación Oscense de Salud Mental, Médicos del Mundo, ATADES, IAM, …
* Se contactó con el área de cultura de la universidad y Ayuntamiento, para la cesión de exposiciones con visión solidaria y de promoción de la salud.
* El SAP realiza la difusión emitiendo nota de prensa a los medios de comunicación escrita y radio Se ha revisado la aparición de entrevistas a artistas en uno de los medios de comunicación, 2009-2010

RESULTADOS

* 166 artistas han expuesto (64,45 en 1 ocasión).
* Exposiciones de asociaciones de pacientes o instituciones sanitarias (12): Down (5 ocasiones), Centro Arcadia (4), ASAPME (2), ASCC (1),
* Exposiciones de organismos humanitarias (12): Alouda (2 ocasiones), FUDEN (2) Médicos Mundi (2), Médicos Mundo: (3).
* En 2009-2010 se ha alcanzado el 50% de participación de exposiciones de asociaciones y de ONG
* La exposición aparece diariamente en los medios de comunicación. En 2009-2010 aparecen seis reportajes de artistas invitados, entre ellos la exposición del Concurso de Pintura con el lema “lávate las manos”, en colaboración con A. Down y medicina preventiva

CONCLUSIONES

La Sala de Exposiciones se ha convertido en una de las relaciones más potentes con la sociedad que tiene establecida el hospital.
Se trata de un espacio abierto a la sociedad que participa de su cultura e incide en la mejora de la imagen del hospital.
Crea un espacio propicio para la evasión, entretenimiento, y desarrollo empatía.
El contenido de las exposiciones fomenta la reflexión sobre temas de contenido solidario

Comunicación ORAL *** Mesa 3

Nº Reg. **251**

TÍTULO. **EL COMPROMISO PREVENTIVO DEL HOSPITAL SAN JORGE PARA LA ERRADICACIÓN DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA**

Autores: CALVO SALILLAS MJ, ARNAL-BESCOS MJ, PUIG-COMAS N, MORENO-GARCÍA J, SECORUN-BITRIAN GEMA, HERRERO-SANCHO C

CALVO SALILLAS MARIA JOSE . HOSPITAL SAN JORGE . SERVICIO DE ATENCION AL PACIENTE (mjcalvos@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Evaluar el 'protocolo de intervención preventiva de la MGF' en el hospital

METODOLOGÍA

En 2008 nace la 'Comisión interdisciplinar para la erradicación de la MGF que pone en marcha el 'protocolo de intervención preventiva de la MGF' en el hospital, que establece una intervención preventiva a las mujeres de países de riesgo que dan a luz en el hospital. La intervención se realiza en la consulta NST por personal sanitario. Se realiza una entrevista informativa de las consecuencias de la MGF para la salud de las niñas y legales para los padres. Dicha entrevista queda recogida en una hoja, archivada en su historia clínica.

La comadrona en el momento del parto, activa, a través del SAP, la intervención intercultural realizada por la mediadora de MM con los padres.

Se revisan las historias clínicas de las mujeres de países de riesgo que han dado a luz en el hospital. Se realiza un estudio descriptivo de las hojas de la intervención sanitaria, y del registro del SAP con activación del circuito con las mediadoras; en el periodo febrero 2008 - febrero 2011

RESULTADOS

Población de estudio: 69 mujeres, con 73 nacimientos (47,94% niñas), procedentes de países de riesgo: Gambia (26,08%), Guinea (16%), Nigeria y Senegal (13%); con media de edad: 29 años; el 89,85 % viven en zona urbana; 71% procedente del Centro Salud P. Socorro.

Referencia en la historia clínica al hecho de la mutilación: 32 (46,37%). El 37,68% tiene practicada la mutilación, el 8,69% no la tiene practicada.

Partos con registro de Intervención Sanitaria 68,11%

Partos con activación de Entrevista intercultural 56,52%

En el 50,72% de los partos se realizaron ambas intervenciones; en el 27,53% no se realizó ninguna

CONCLUSIONES

1.- Se observa una alta prevalencia de mujeres con la mutilación practicada,
2.- La distribución geográfica es homogénea lo que permite planificar programas de prevención.
3.- El procedimiento preventivo falla en meses vacacionales; se debería motivar a los profesionales relevantes en este proceso: partos.
4.- Debería incorporarse al protocolo el servicio de pediatría, para desde un enfoque preventivo informar a los padres de las consecuencias para la salud de la niña y legales para los padres.
5.- La importancia de la sistematización de la recogida del dato de la mutilación como antecedente clínico para facilitar la labor preventiva y favorecer la salud sexual y reproductiva de las mujeres

Comunicación ORAL *** Mesa 3

Nº Reg. **382**

TÍTULO. **IMPLANTACIÓN DE UN PROYECTO DE DISPENSACIÓN DE FÁRMACOS A CENTROS SOCIOSANITARIOS DEL SECTOR ZARAGOZA II**

Autores: CASAJUS LAGRANJA MP, VILLAR I, BANDRES AC, CAÑAMARES I, GÓMEZ C, IZUEL M, ABAD R

CASAJUS LAGRANJA MARIA PILAR . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . FARMACIA (pcasajus@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Desde julio de 2010 los Servicios de Farmacia de cada Sector han asumido la dispensación de medicamentos a los Centros Sociosanitarios de Titularidad Pública, hasta entonces abastecidos por la Oficina de Farmacia a través de receta individual. El objetivo es implantar un circuito de dispensación de medicamentos y atención farmacéutica en 3 Centros Sociosanitarios del Sector II, mejorando la calidad asistencial de sus residentes.

METODOLOGÍA

Se ha desarrollado un proyecto, que incluye 3 Centros Sociosanitarios con un total de 496 residentes (216, 212 y 68 respectivamente), en el cual se han realizado las siguientes acciones: a) Instauración, control y supervisión de los depósitos de medicamentos de estos centros. b) dispensación de fármacos incluidos en la Guía Farmacoterapéutica del Hospital. b)Dispensación de nutrición enteral. c) Validación de las prescripciones médicas, para adaptarlas a la Guía y a sus Protocolos de Intercambio Terapéutico.

RESULTADOS

Tras 9 meses de validación farmacéutica y dispensación de medicamentos, en el primero de los centros se ha conseguido reducir el consumo farmacéutico en un 27,77% y el número de recetas a Oficina de Farmacia en un 68,4%, respecto al periodo análogo anterior. El gasto medio por residente y mes ha descendido en un 20% (de 134,66 a 107,79).
En el segundo centro no hay disponibles datos de ahorro frente al periodo anterior debido a su apertura casi coincidente con el inicio de la dispensación. El descenso del número de recetas ha sido del 94,3% (de 1869 a 107), a pesar de que en este periodo la residencia ha ido alcanzando su máxima capacidad.
En el tercer centro no es posible la valoración económica debido a que se ha iniciado la dispensación hace menos de dos meses.
Los objetivos futuros planteados son: a) Validar las prescripciones médicas aplicando los Criterios de Beers y los STOPP/START, dado el elevado riesgo de problemas relacionados con los medicamentos en los pacientes ancianos y polimedicados. b) Aplicar Protocolos de Intercambio Terapéutico de nuevos grupos farmacoterapéuticos. c) Sesiones formativas al personal sanitario de los centros sobre la administración de fármacos

CONCLUSIONES

-La validación farmacéutica permite un mayor control en la cadena de utilización del medicamento, optimizándose la farmacoterapia de los residentes.
-La dispensación centralizada desde el Servicio de Farmacia ha supuesto un ahorro en el consumo de medicamentos de estos centros.

Comunicación ORAL *** Mesa 3 Nº Reg. **453**

TÍTULO. **MEJORA DE LOS PROCESOS DE ESTERILIZACIÓN SEGÚN LA NORMA ISO 9001: UNA EXPERIENCIA EN LA CODIFICACIÓN DE INCIDENCIAS**

Autores: CLEMENTE SALA MEA, ZAMORA-RODRIGUEZ MªJ., BALLANO-DE MIGUEL A.

CLEMENTE SALA Mª ESPERANZA ADELA . HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD . MARIA PREVENTIVA-ESTERILIZACION (eclemente@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS
- MEJORAR EL SEGUIMIENTO DE INCIDENCIAS POR PROCESOS Y EL ANÁLIS DE LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES.
- MEJORAR EL SEGUIMIENTO DE LOS INDICADORES DE PROCESOS.
- DETECTAR OPORTUNIDADES DE MEJORA.
- PROMOVER LA IMPLANTACIÓN DE BASES DE DATOS UNIFICADAS EN LAS CENTRALES DE ESTERILIZACIÓN.

METODOLOGÍA
ELABORACIÓN DE BASES DE DATOS EN EXCEL, 1 LIBRO POR PROCESO, VINCULADOS A OTROS LIBROS DE EXCEL COMUNES A TODOS LOS PROCESOS.

RESULTADOS
- ESTANDARIZACIÓN DE CRITERIOS EN EL REGISTRODE INCIDENCIAS.
- INFORMACIÓN DE LAS INCIDENCIAS DE CADA PROCESO (CAUSAS, NÚMERO,FRECUENCIA Y %).
- COMPARACIÓN DE RESULTADOS PERIÓDICAMENTE DE CADA PROCESO Y ENTRE PROCESOS.
- IMPLANTACIÓN PUNTUAL DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

CONCLUSIONES
- La codificación de incidencias permite la estandarización de criterios en el registro
- Como herramienta principal es necesaria la utilización de bases de datos, elaboradas, según la información que se quiera obtener
- Facilita la medición, el análisis de datos y el seguimiento en el cumplimiento de indicadores.
- Resulta eficaz para la detección e implantación de oportunidades de mejora y proporcionar información a los SS/UU clientes de la Central

Comunicación ORAL *** Mesa 3

Nº Reg. **291**

TÍTULO. **MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE GERIÁTRICO HOSPITALIZADO. REGISTRO Y ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS**

Autores: CLERENCIA SIERRA M, ABAD-ESTARAN E, ASPIROZ-GUILLEN Y, JAIME-CUELLO A, LOSPAUS-GARGALLO MA, MOLINA-TORMO I, RICO-MARTINEZ G, VIDAL-LINÉS MT

CLERENCIA SIERRA MERCEDES . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . UVSS (mclerencia@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Conocer la incidencia de caídas en HSCJ de Huesca e identificar los factores de riesgo tanto intrínsecos como extrínsecos, para elaborar e implantar estrategias de mejora en la seguridad del paciente geriátrico hospitalizado

METODOLOGÍA

estudio descriptivo de pacientes que sufren caídas en HSJC de abril- diciembre 2010. Datos analizados: demográficos, unidad de ingreso, situación funcional, cognitiva, factores extrínsecos e intrínsecos, datos de la caída. Base datos Excell, análisis estadístico SPSS.

RESULTADOS

37 caídas el 5,08% de los ingresados. 51, 3% mujeres, edad media 80,6 años. IB <45 70,3%, deterioro cognitivo 43,2%. Factores intrínsecos: 94,3% polifarmacia;62,2%, patología neurológica y 50% musculoesquelética. F.Extrínsecos: 18.9% contención, suelo liso 75.5% y calzado inadecuado 18.9%. Unidad de ingreso: 45.9% RHB, 24.3% UGA. Lunes a viernes por la mañana (45.9%) y tarde (37.8%). El 75.5% en el suelo <1 minuto. 70,3% no ayuda técnica. No se encontró relación significativa entre situación funcional y cognitiva valorada en el ingreso con la actividad que realizaba el paciente, ni el mecanismo de caída ni ayudas técnicas utilizadas, ni existencia de contenciones físicas. Relación estadísticamente significativa: actividad con patología auditiva, ausencia de contención y hora de la caída (más durante mañana y tarde), ayuda técnica en la caída y día de la semana (más en fin de semana).

CONCLUSIONES

En nuestra muestra:

- La incidencia de caída en el servicio está dentro de los estándares de calidad
- El perfil de paciente que cae es aquel que presenta dependencia funcional moderada y deterioro cognoscitivo al ingreso, con polifarmacia (especialmente antihipertensivos y psicofármacos (NL y BDZ) y con comorbilidad neurológica y/o musculoesquelética.
- La detección activa del riesgo nos permitiría intervenir con interdisciplinariedad y disminuir la incidencia de caídas y sus consecuencias en los pacientes geriátricos.

Comunicación ORAL *** Mesa 3

Nº Reg. **363**

TÍTULO. **UTILIZACIÓN DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS POR VÍA TÓPICA EN UN ÁREA URBANA DE SALUD**

Autores: COSCOLLAR ESCARTÍN I, YAGÜE M, MUÑOZ P, LOPEZ C, GUTIÉRREZ F, TORRECILLA J, VILLAVERDE MV

COSCOLLAR ESCARTÍN IRENE . CS BOMBARDA-MONSALUD . MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (irecos84@yahoo.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Describir la prescripción de Antiinflamatorios No Esteroideos (AINES) tópicos en un centro de salud urbano.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo transversal. Se incluyó la población a la que se prescribió AINE tópico en el centro de salud durante un año. Se calculó el tamaño muestral para una población de 17135 habitantes, con una prevalencia esperada del 6%, para alcanzar una precisión de un 5% y nivel de confianza del 95%. El muestreo fue aleatorio simple seleccionando 149 casos. Se han calculado prevalencias y sus intervalos de confianza. En el caso de variables cuantitativas se hallaron sus medias y desviaciones estandar, para calcular diferencias de proporciones se empleó el test de Chi2, y para las de medias el análisis de la varianza. Los datos correspondían a una distribución normal. El paquete estadístico utilizado fue STATA 9.1.

RESULTADOS

Se realizaron 843 prescripciones. El fármaco más utilizado fue Voltaren emulgel 1% 60gr ® con el 32,54 % (IC al 95%=29,44-35,76) del total. La prescripción por principio activo supuso el 1,43% (IC al 95%= 0,45-3,42). La prescripción fue más frecuente en el sexo femenino, sin diferencias estadísticamente significativas entre la zona de aplicación respecto al sexo (X2=6,86, p=0,94). En el 18,75 % (IC al 95%=12,99-25,74) de los casos la zona de aplicación fue rodilla, seguido de la región lumbar con un 15,28% (IC al 95%=10,08-21,86). No se registraron reacciones adversas. El 9,4 % de las prescripciones se realizaron en pacientes con contraindicación de AINES orales.

CONCLUSIONES

El uso de AINES tópicos en la zona básica de salud estudiada es frecuente. Su consumo predomina en sexo femenino. La aplicación en rodilla estaría avalada por las recomendaciones actuales, no así en región lumbar. El uso de genéricos y la disminución de prescripciones para localizaciones con poca evidencia científica supone una mejora en la eficiencia de prescripción del centro.

Comunicación ORAL *** Mesa 3

Nº Reg. **109**

TÍTULO. **INFORMATIZACIÓN DE LOS REGISTROS DE ATENCIÓN CONTINUADA EN UN CENTRO RURAL. PROPONIENDO MEJORAS DEL PROCESO**

Autores: CUCALON ARENAL JM, ZUMETA FUSTERO, J., GONZÁLEZ DÍAZ DE M, R., PEÑALVER PARDO, J., PERCHES FALCÓ, A., MARCO, C., VILLALOBOS, M., BLASCO, P.

CUCALON ARENAL JOSE MANUEL . CS HIJAR . CS HIJAR (jcucalona@semg.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Informatizar todos los registros de los pacientes atendidos en Atención Continuada en el Centro de Salud rural a través del programa OMI-AP

Valorar los problemas que se detectan en el proceso de informatización y proponer las modificaciones que se estiman importantes, tanto por los facultativos como por enfermería. Unificar criterios de registro de todos los profesionales involucrados.

METODOLOGÍA

Informatización de los registros de pacientes atendidos en A.C. abandonando el registro en papel (libro de urgencias). Se sigue el modelo propuesto por Dirección de A.P. con el programa OMI-AP a través del protocolo de A.C.

Mediante consulta con los profesionales se detectan los problemas que surgen y se proponen las soluciones oportunas.

RESULTADOS

Tras cumplirse el año del programa de calidad se abandona definitivamente el registro en papel (libro) y se registra de manera informática según el protocolo vigente el 100% de los registros.

Se detectan el problema de uso entre los facultativos y enfermería no siendo posible trabajar en el mismo momento (se propone solución). Se detecta el problema de cerrar sesión tras cada registro con el consiguiente gasto de tiempo al volver a conectar (se propone solución).

CONCLUSIONES

Es necesario implementar algunos cambios en el actual sistema de registro de la actividad de A.C. en OMI para ser más eficientes. Activar la vinculación del campo de asistencia por enfermería del protocolo de A.C. a la actividad enfermera y desvincular el inicio de los registros al profesional que los realiza ofreciendo un campo común (registro general de A.C.). Dichas mejoras supondrán una ganancia de tiempo para ambos profesionales a la hora de registrar la A.C. de cada paciente.

Comunicación ORAL *** Mesa 3

Nº Reg. **249**

TÍTULO. **ACTUACIONES FORMATIVAS, EDUCATIVAS Y DE SENSIBILIZACIÓN PARA LA ERRADICACIÓN DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA**

Autores: CALVO SALILLAS A, PUIG-COMAS N, ARNAL-BESCOS MJ, MORENO-GARCIA MJ, PEREZ-RAMON E

CALVO SALILLAS AURORA . HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA . PARTOS (npuig@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Clasificación, recuento y alcance de las acciones formativas, educativas y de sensibilización encaminadas a la erradicación de la práctica de la MGF en nuestra comunidad, en el periodo 2008-2010

METODOLOGÍA

En 2005 comienza el programa de sensibilización y abordaje de acciones para la prevención de la Mutilación Genital Femenina (MGF), a iniciativa de Médicos del Mundo (MM).
En 2008 nace la 'Comisión interdisciplinar para la erradicación de la MGF' (trabajo en red: MM, salud: primaria y especializada, educación, servicios sociales, menores, instituto de la mujer, vacunación internacional, otros ámbitos) que aborda medidas para la prevención e intervención en caso de MGF: diagrama de abordaje, sistema de recogida y registro de datos, responsables, medio de transmisión, y de forma especial se trabaja en actuaciones informativas y de sensibilización.
En dicha comisión participa pediatría de primaria, partos y el SAP del hospital San Jorge

RESULTADOS

Se participa en reuniones de trabajo de la comisión: 17
Se organizan mesas redondas:: 6
Se organización Jornadas de Formación: 4, una de ellas impartida por A, Kaplan, de la que surge en octubre 2010 el Programa de Medidas de Actuación Coordinadas para la Prevención de la MGF, que es el embrión del 'Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Aragón', que publica el Gobierno de la comunidad en febrero 2011, y que oficializa el compromiso preventivo para la erradicación de la mutilación.
Se proyectan 6 películas en el contexto de otras actuaciones.
Se celebran las fiestas con las mediadoras y participantes a los dos talleres de Crianza y de Salud impartidos por MM.
Realización de 2 videos: informativo y didáctico, presentados a varios certámenes difundidos en distintas comunidades autónomas; también difundidos en charlas educativas y presentados en distintos congresos.
Una exposición fotográfica en la sala de exposiciones del hospital del programa de MM de sensibilización hacia la MGF

CONCLUSIONES

Dada la alta prevalencia de mujeres con la mutilación practicada, resaltar la importancia del trabajo de sensibilización, de la formación, del informar de las posibles consecuencias físicas, psicológicas y de sexualidad en las mujeres, secundarias a la mutilación.
Resaltar el alcance de la realización de vídeos desde un enfoque preventivo y desde el respeto, como herramienta de difusión para la erradicación de esta practica que constituye un atentado contra los derechos humanos y que afecta a la integridad de las mujeres como personas.

Comunicación ORAL *** Mesa 3

Nº Reg. **405**

TÍTULO. **DISMINUCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO EN UCI. CAMINO HACIA UNA MAYOR EFICIENCIA**

Autores: CLARACO VEGA LM, TEJADA-ARTIGAS A, CARCELEN J, BARRA F, OLMOS F, UTANDE A, OJUEL T, JIMENEZ M

CLARACO VEGA LUIS MANUEL . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA (atbb1@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Disminuir el gasto farmacéutico del Servicio de Medicina Intensiva un 5% en el próximo año (octubre 2011-12), mejorando al mismo tiempo la calidad de su prescripción y administración

METODOLOGÍA

Analisis del gasto total, y del correspondiente a cada fármaco (coste total y por dosis) durante el periodo correspondiente a Marzo 2010-2011.

RESULTADOS

La cuantía del gasto en farmacia fue 2.140.752 €. Analizando estos costes destacan como fármacos más caros por unidad de dosis: Factor VII, óxido nítrico y algunos inmunosupresores. Pero en su montante total (al repetirse las dosis) destacaron algunos de los antibióticos y antifúngicos más modernos. También se identificaron problemas de coordinación entre los Servicios de Medicina Intensiva y Farmacia que motivaron gastos inecesarios. Consideramos que es factible un ahorro de un 5% en el gasto farmacéutico en un año: 107.037 €

CONCLUSIONES

Se crea una línea dirigida a este fin que se concreta en: a) corrección y anulación de los puntos de descoordinación entre los servicios; b) creación de una alerta en el Sistema Informático (Clinisoft®) que informará del coste de los fármacos más costosos en el momento de su prescripción; c) protocolización de la prescripción de los tratamientos más costosos: antibióticos/antifúngicos; d) control del coste en farmacia de tres procesos clínicos relevantes

IX JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD EN SALUD

Zaragoza, 21 y 22 de junio de 2011

Mesa 4 * 21 Martes-18:15 h.

Reg	Apellidos y Nombre	Título de la Comunicación
170	CARRASCO GIMENO, JOSE MIGUEL	¿CONOCEN LOS USUARIOS DEL SISTEMA ARAGONÉS DE SALUD SUS DERECHOS Y DEBERES?
262	CUCALON ARENAL, JOSE MANUEL	PREVALENCIA DE ARTERIOPATÍA PERIFERICA EN NUESTROS DIABÉTICOS TIPO 2. UN ESTUDIO RURAL SOBRE EL CONTROL
243	DE FRANCISCO YELA, MARIA DOLORES	LA ESTERILIZACION COMPROMETIDA CON LA CALIDAD
200	DE TORRES AURED, MARIA LOURDES	METODOLOGÍA FORMATIVA EN ALERTA POR INTOLERANCIA VS ALERGIA VS FOBIA, COMO CALIDAD ALIMENTARIA Y SEGURIDAD
92	DE TORRES AURED, MARIA LOURDES	MÉTODO DE ADIESTRAMIENTO GRUPAL DE TIPOS DE ALIMENTACIÓN Y CONTAMINACIÓN CRUZADA EN CELIACOS
282	DIAMANTI, MARIA	INTERVENCIÓN INTENSIVA EN DESHABITUACIÒN TABAQUICA EN ATENCION PRIMARIA
214	EGEA FORCADELL, EVA MARIA	MAL PERFORANTE PLANTAR EN PIE CAVO-VARO CONGÉNITO
333	EGIDO LIZAN, PILAR	LA ACREDITACIÓN: UNA CARRERA DE FONDO
336	EGIDO LIZAN, PILAR	EL CAMINO DE LA CALIDAD
28	ENCISO ANGULO, MARIA PILAR	PERFECCIONAMIENTO DEL USO DE LA VÍA SUBCUTÁNEA (VS) POR LOS CUIDADORES EN EL DOMICILIO MEDIANTE LA ELABORACIÓN
29	ENCISO ANGULO, MARIA PILAR	DESCRIBIR SESIONES PREPARADAS Y PRESENTADAS POR LOS M.I.R. DE LOS ÚLTIMOS 18 MESES POR EL EQUIPO DE SOPORTE DE

Comunicación ORAL *** Mesa 4

Nº Reg. **170**

TÍTULO. **¿CONOCEN LOS USUARIOS DEL SISTEMA ARAGONÉS DE SALUD SUS DERECHOS Y DEBERES?**

Autores: ESCRIBANO CATALÁN MT, CARRASCO-GIMENO JM, SERRANO-PERIS D, FEBREL-BORDEJÉ M, MIGUEL-SAPELA G, GONZÁLEZ-NOTIVOL R, GARAY-ALMOLDA P, ANTOÑANZAS-LOMBARTE T

ESCRIBANO CATALÁN M. TERESA . DEPARTAMENTO DE SALUD Y CONSUMO . Dirección General de Atención al Usuario (jmcarrascog@aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Explorar el conocimiento que los usuarios de hospitales del Servicio Aragonés de Salud (SALUD) tienen de la Carta de Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema de Salud de la Comunidad Autónoma de Aragón (CDYD).

METODOLOGÍA

Durante enero y febrero de 2011 se distribuyó en todos los centros asistenciales del SALUD la CDYD. Entre el 17 y el 24 de marzo se realizaron 410 encuestas telefónicas a usuarios de los 8 hospitales generales del SALUD. La muestra fue seleccionada mediante la elaboración de listados aleatorios de pacientes ingresados en las dos semanas previas al comienzo de la encuesta. El cuestionario utilizado fue el facilitado por la Comisión de Coordinación de la Inspección del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad para tal efecto (22 items) y explora el conocimiento sobre cada uno de los derechos y deberes recogidos en la CDYD (Si/No), incluyendo una escala sobre conocimiento global de los mismos (escala 0-10).

RESULTADOS

Los derechos que los participantes declaran conocer en mayor proporción son: el derecho a ser consultado y conceder consentimiento para la realización de determinadas pruebas (94%), el derecho a recibir un informe de alta (93%), el derecho a ser informado de forma clara y comprensible sobre su enfermedad (90%) y el derecho a la intimidad (86%). Los menos conocidos son: el derecho a garantía de un tiempo máximo de espera (50%) y el derecho a una segunda opinión médica (49%). Con gran diferencia el menos conocido es la existencia y finalidad del documento de instrucciones previas (22%).

Prácticamente, la totalidad de los encuestados (>94%) declararon conocer sus deberes como usuarios (cuidado de las instalaciones, uso adecuado de las prestaciones ofertadas, respeto, avisar de no acudir a una cita o servicio y facilitar datos verdaderos sobre su salud).

Respecto al conocimiento global de derechos y deberes, los encuestado declararan un alto conocimiento de los mismos (media=7, escala 0-10).

CONCLUSIONES

Mientras que el nivel de conocimiento de los derechos de los usuarios es diverso, unos ampliamente conocidos frente a otros prácticamente desconocidos, la totalidad de los deberes son muy conocidos. Parece necesario continuar con la difusión de los derechos menos conocidos y poner en marcha acciones que motiven y faciliten el ejercicio de todos los derechos y deberes, puesto que el conocimiento de los mismos no garantiza su materialización práctica.

Comunicación ORAL *** Mesa 4 Nº Reg. **262**

TÍTULO. **PREVALENCIA DE ARTERIOPATÍA PERIFERICA EN NUESTROS DIABÉTICOS TIPO 2. UN ESTUDIO RURAL SOBRE EL CONTROL VASCULAR DE LOS PACIENTES DM TIPO2**

Autores: CUCALON ARENAL JM, MARIN IBAÑEZ, A., PERCHES FALCÓ, A., ZUMETA FUSTERO, J., ROLDAN GUILLEN, J., PEÑALVER PARDO, J.A., MOUSSA EL KHATIB, A., BLASCO ANENTO, P.

CUCALON ARENAL JOSE MANUEL . CS HIJAR . ATENCION PRIMARIA (jcucalona@semg.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Valorar en una muestra de DM tipo 2 de nuestra ZBS la prevalencia de Arteriopatía periférica mediante la medición del Indice Tobillo brazo.
Valorar el grado de control vascular de nuestros pacientes DM tipo 2 en base a la medición de 23 variables de control metabólico y vascular de la enfermedad

METODOLOGÍA

Selección sistemática de pacientes tipo 2 en nuestras consultas de Atención Primaria, para determinar en ellos la presencia o ausencia de arteriopatía periférica. Valorar la asociación entre la presencia de arteriopatía y el conjunto de variables asociadas a la diabetes: Variables:
Sexo, edad, tiempo desde el diagnóstico, Peso, Talla, IMC, Tabaco, Hipertensión (si, no) TAS, TAD, HbA1c, Tto con estatinas, tto de la diabetes (insulina, HO), Colesterol total, Colesterol HDL, Colesterol LDL, Triglicéridos, Indice Tobillo brazo menor de ambas extremidades inferiores, Cardiopatía isquémica, algún tipo de disfunción erectil, ACV.
En base al estudio de Hirsch(4) para un tamaño poblacional (diabéticos) estimado de 200 individuos, aceptando un error alfa del 5%, un nivel de confianza del 95% y una distribución de arteriopatía periférica del 19%, precisaremos una muestra de 109 individuos. Se realiza un primer corte con 59 pacientes para analizar los resultados que presentamos en esta Comunicación. La selección se establece por orden de visita a consulta en el periodo de inclusión. Se determinan 23 variables diferentes que definan el perfil del diabético estudiado y entre las que se realiza el Itb para valoración de la arteriopatía periférica. Se realiza análisis estadístico mediante la relación de las variables estudiadas con el programa SPSS.

RESULTADOS

La edad media de nuestros DM tipo 2 seleccionados es de 71 años, valores entre 29 y 87 años (desv. Típica de 11,7). No existe predominio de un sexo sobre el otro (30 hombres y 26 mujeres) en la muestra seleccionada.
La media de la Hgb A1C fue de 7,2. En 27 casos la Hemoglobina glicada estaba por encima de 7 y 13 por encima de 7,5. (en 7 casos estaba por encima de 8).
La media de IMC se situó en 30 (21 y 50) Desv Típca de 5,2.
El 87,5% tenían sobrepeso. Obesos eran el 44,6%
El colesterol total se situó en una media de 172 (d. T. de 30,6) . El colesterol LDL se situó en una media de 100,5 (desv. Típica de 29) y el LDH en 46 con desv. Típica de 11,7. El Indice aterogénico fue de 2,2 (d.t. de 0,8) El tiempo desde que el paciente es diabético fue de 13 años (d. T. de 8,5).
TAS media 136,9. (d.t. 15,2). TAD media 75,1 (d.t. 9,3)
En cuanto al tratamiento que llevaban nuestros diabéticos destaca que el 76 % estaban tratados con estatinas, el 78 % estaban siendo tratados con ADO exclusivamente, el 17 % de los pacientes incluidos estaba insulinizado con ADO y el 1,8% solo con insulina.
El 80,5 % de ellos eran Hipertensos.
El 19,6% eran fumadores.
Entre los varones el 43,3% tenían disfunción eréctil.
El 28% tenían cardiopatía isquémica.
El 3,6% habían sufrido un ACV.
El ITb fue de 1,01 de media (d.t. 0,21) . El 24 % tenían ITb patológico por debajo de 0,9.

Comunicación ORAL *** Mesa 4 Nº Reg. **262**

TÍTULO. **PREVALENCIA DE ARTERIOPATÍA PERIFERICA EN NUESTROS DIABÉTICOS TIPO 2. UN ESTUDIO RURAL SOBRE EL CONTROL VASCULAR DE LOS**

Autores: CUCALON ARENAL JM, MARIN IBAÑEZ, A., PERCHES FALCÓ, A., ZUMETA FUSTERO, J., ROLDAN GUILLEN, J., PEÑALVER PARDO, J.A., MOUSSA EL KHATIB, A., BLASCO ANENTO, P.

CUCALON ARENAL JOSE MANUEL . CS HIJAR . ATENCION PRIMARIA (jcucalona@semg.es)

De todas las variables utilizadas solo se correlaciona el ITB con la edad (sig. Est. p< 0,001). Obteniendo la formula de regresión
n: ITB = 1,16 + (edad x (-2,01 E-0,3)).
Los pacientes con card. Isq. Obtuvieron un Itb inferior a los que no la padecían (0,99 y 1,.03 respectivamente), p= 0,001
Los pacientes con ACV obtuvieron un Itb media de 0,74 frente a 1,03 de los que no habían tenido ACV p=0,04.

CONCLUSIONES

Nuestros pacientes presentan un perfil habitual dentro de la patología diabética con edad avanzada, pluripatología, multitratamientos farmacológicos, controlados principalmente con ADO, con un más que aceptable buen control metabólico de su enfermedad con parámetros buenos en el control lipídico, y tensional. Hemos observado que los pacientes diabéticos con Car. isq o ACV presentan peores indices (itb) que los que no presentan estas patologías. En nuestro caso se constata la prevalencia habitual de arteriopatía periférica medida por el Itb que existe en la literatura (21,4%). La única variable relacionada directamente con el Itb es la edad.

Comunicación ORAL *** Mesa 4

Nº Reg. **243**

TÍTULO. **LA ESTERILIZACION COMPROMETIDA CON LA CALIDAD**

Autores: DE FRANCISCO YELA MD, GOMEZ MJ, FERRER E, FRANCO MR, LATORRE S, PALLARES ME, RODRIGUEZ R

DE FRANCISCO YELA MARIA DOLORES . HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA . CENTRAL DE ESTERILIZACION (ddfrancisco@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Mantener el sistema de calidad de la C. de Esterilización.
Atender las necesidades de los clientes.
Cuidar y supervisar los materiales en todos sus procesos.
Protección de la salud y seguridad del trabajador

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo utilizando información recogida de la documentación y registros de la Central de Esterilización

RESULTADOS

En marzo de 2007,se consigue la certificación ISO 9001 actualmente vigente tras los informes favorables de las Auditorias Generales

CONCLUSIONES

Una Central de Esterilización certificada es ante todo una central ordenada
porque existe un catálogo de operaciones y una estructura organizativa.De esa forma se conocen facilmente las necesidades de aprovechamiento más ventajosas para los clientes.Además se obtienen evidencias objetivas de que la certificación ISO 9001 es una herramienta de gestión valiosa y coste-eficiente.Ayuda a documentar los procesos, identificar las tareas, medir los resultados y trabajar en la mejora

Comunicación ORAL *** Mesa 4 Nº Reg. **200**

TÍTULO. **METODOLOGÍA FORMATIVA EN ALERTA POR INTOLERANCIA VS ALERGIA VS FOBIA, COMO CALIDAD ALIMENTARIA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Autores: DE TORRES AURED ML, PÉREZ-PASCUAL C, IBARRA-SIERRA C, DONOSO-ALONSO P, CIRIA-CASAS P, VELASCO REMACHA C, LAGUNA-HERNÁNDEZ MP, GÁLVEZ-ALVAREZ E

DE TORRES AURED MARIA LOURDES . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . DIETETICA Y NUTRICION (mldetorres@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Conseguir que las alertas al solicitar dietas especiales sea correcta, como parte efectiva de la estrategia de cadena de servicio, para que el paciente ingresado reciba la dieta adecuada, en óptimas condiciones y en horario convenido

METODOLOGÍA

La U. de Dietética y Nutrición junto con la Supervisora de Formación, diseñaron un protocolo formativo interactivo mensual para personal de enfermería, sobre dietas hospitalarias en el que se adiestra en las características y diferencias entre Intolerancia vs alergia vs fobia.

La intolerancia es una reacción metabólica o respuesta inapropiada del organismo ante una sustancia que identifica como agresora. En estos casos no interviene el sistema inmunológico y la defensa es simplemente digestiva, con diarrea y/o vómitos. Ocasionalmente sale erupción en el tronco y/o extremidades. Nunca es mortal.

La alergia es una reacción o respuesta inapropiada del organismo ante una sustancia (alergeno). En la alergia alimentaria, el alergeno es un macro o micro nutriente o aditivo presente en un alimento con el que entramos en conexión por ingestión y/o contacto. Cuando la reacción es generalizada afecta a diversos órganos y compromete la vida de la persona. Esta reacción (shock anafiláctico) aparece inmediatamente después de la ingesta del alimento o pasados unos minutos y necesita un tratamiento urgente.

El caso paradigmático de diferencia entre ambas reacciones es la leche: produce intolerancia a la lactosa y/o alergia a su proteína, caseína

RESULTADOS

La U. D y N del HUMS, revisa diariamente las tarjetas de las cuatro ingestas de + 950 pacientes, constatando que enfermería distingue mal entre Intolerancia, Alergia y Fobia:

1)Desde enero 2010 a mayo 2011 han recibido formación de estas dietas especiales, 319 auxiliares de enfermería del hospital.

2)Las alergias recurrentes alertadas en la Unidad en los últimos 12 meses han sido 32 diferentes, sin contar los multialérgicos ni las intolerancias

CONCLUSIONES

Si el personal de hospitalización distingue adecuadamente entre Intolerancia, alergia y fobia, hace que el sistema preparación y distribución de las dietas resulte más eficaz, eficiente y efectivo. En este caso seguridad y calidad se incluyen en la misma estrategia

Comunicación ORAL *** Mesa 4 Nº Reg. **92**

TÍTULO. **MÉTODO DE ADIESTRAMIENTO GRUPAL DE TIPOS DE ALIMENTACIÓN Y CONTAMINACIÓN CRUZADA EN CELIACOS DIAGNOSTICADOS DE ADULTOS**

Autores: DE TORRES AURED ML, IBARRA-SIERRA C, PÉREZ-PASCUAL C, DONOSO-ALONSO P, DE TORRES-OLSON C, LAGUNA-HENÁNDEZ P, CIRIA-CASAS P, VELASCO-REMACHA C

DE TORRES AURED MARIA LOURDES . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . DIETETICA Y NUTRICION (mldetorres@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Al final del taller formativo, el asistente sabe: -Conocer qué es y dónde se halla el gluten -Manejar los autocuidados respecto de la dieta equilibrada sin gluten. -Prevenir la contaminación cruzada –Reconocerse en la enfermedad sin merma de su autoestima.

METODOLOGÍA

El diagnóstico tardío de la Enfermedad Celiaca, conlleva desconocimiento de puntos esenciales para recuperar la calidad de vida en un entorno familiar, laboral y de ocio, normalizado; por ello resulta de máximo interés que la formación sobre las peculiaridades de la enfermedad celiaca, la reciban al unísono tanto el paciente, como algún familiar con el que conviva.

Para ello se imparten conocimientos teórico-prácticos mediante talleres interactivos de 3 horas de duración.

Programa docente:

Dieta Equilibrada: Macro y micro nutrientes, e hidratación. Conocimiento del gluten: Qué es; dónde se encuentra; cómo actúa y cuál es su función. Cereales y pseudo cereales: Prolaminas (gliadina y glutamina) Dieta sin lactosa. Productos lácticos fermentados: Los yogures, los pro-bióticos y el kéfir. Contaminación cruzada: ¿Qué es, cómo se previene? Etiquetado alimenticio: Normativa y signos identificativos. -Comer en casa y organizar una cocina celiaca. Comer fuera de casa. Impacto emocional del diagnóstico tardío: Habilidades y herramientas a poner en marcha

RESULTADOS

En los 4 talleres (impartidos fuera de programa oficial) han recibido formación 129 personas adultas, de las cuales 47 eran enfermos celiacos, diagnosticados recientemente.

Las encuestas de evaluación, han reflejado que la formación cumplían sus espectativas formativas:

Totalmente ------127 Parcialmente -----2 En absoluto --------0

Se estudia de manera cualitativa y cuantitativa la autoevaluación de mejora personal expresada por el paciente o familiar: En la respuesta abierta, explicaban algunos familiares que “como no tenían ningún conocimiento, excepto que no se puede comer trigo, todo lo aprendido les parecía muy provechoso”

CONCLUSIONES

La estadística en Aragón, demuestra que 9 de cada 10 celíacos no están diagnosticados, poniendo de manifiesto que existe gran cantidad de pacientes con síntomas inespecíficos o atípicos sin tratar, porque uno no es celíaco cuando le diagnostican, sino desde que nace con una sintomatología más o menos silente.

El avance tecnológico de pruebas diagnósticas, conlleva que la población adulta diagnosticada aumente cada año, por lo que el SALUD ha incorporado este plan de formación, en los proyectos de mejora de 2011

Comunicación ORAL *** Mesa 4

Nº Reg. **282**

TÍTULO. **INTERVENCIÓN INTENSIVA EN DESHABITUACIÒN TABAQUICA EN ATENCION PRIMARIA**

Autores: DIAMANTI M, BÁGUENA-GARCÍA A, ESCRICHE-ROS R, PUEYO-SALAVERA CM, LORBES-MACHÍN T, DIEZ-VELASCO JI, CÁCERES AM, BLANCO-TORRECILLA C

DIAMANTI MARIA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . CENTRO DE SALUD ALMOZARA (madiam44@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

España presenta la más elevada prevalencia de tabaquismo en Europa. En nuetro Centro de Salud, es del 1.03% de la población total, cifra muy inferior.

OBJETIVOS

1.Captar a pacientes con dependencia tabáquica (DT)
2.Disminuir el número de pacientes con DT
3.Valorar el grado de motivación para deshabituación tabáquica(DHT) en fumadores con el Test de Richmond (TR)
4.Derivar a consultas de DHT intensiva a pacientes entre 14 y 65 años con TR>7

METODOLOGÍA

1.Captación de pacientes con DT en consultas,desde 1/01/2011 hasta 30/11/2011.
2.Realización del TR en fumadores valorados en consultas.
3.Formación de un grupo multidisciplinar del centro para realizar consulta antitabáquica.
4.Creación de 4 consultas mensuales específicas de dos horas de duración.
5.Derivación a las consultas de DHT a pacientes con TR entre 7-10 (intervención intensiva),excluyendo a los siguientes grupos:>65 años, embarazadas o lactantes,antecedentes de convulsiones, enolismo, hepatopatía crónica, anorexia, bulimia, trastorno bipolar y depresión.
6.Medición de CO en consulta de seguimiento
7.Seguimiento en consulta programada a los tres días, dos semanas y al mes del abandono del tabaco.
8.Seguimiento telefónico a los 3 y 6 meses y al concluir el programa

RESULTADOS

Indicador de captación: Nº participantes en programa deshabituación/total de pacientes incluidos en la atención al paciente en DT x 100
(56/1571) x 100 = 3,5646 %
Indicador de realización de Test de Richmond: Total de paciente con TR realizado/ total de pacientes incluidos en la atención al paciente en DT x 100
(157/157) X 100 = 100%
Indicador de derivación: Nº pacientes con intervención intensiva/ total pacientes con TR realizado x 100.157 pacientes fueron evaluados con TR. 69 pacientes presentaron baja motivación.32 pacientes presentaron otros motivos de exclusión
(69 /157) x 100= 43.94%
Indicador de deshabituación: Nº pacientes que dejan de fumar/total de participantes en programa de DT x 100
(22/56) X 100 =39,2857 %

CONCLUSIONES

La aplicación del programa de deshabituación ha servido para incrementar la captación de pacientes con dependencia tabáquica e iniciar actividades de deshabituación.A pesar de las dificultadas estructurales y el incremento de la presión asistencial hemos conseguido la deshabituación en el 39,3% de los pacientes

incluidos, lo que nos anima a continuar con este programa en la práctica diaria de nuestra actividad asistencial

Comunicación ORAL *** Mesa 4 Nº Reg. **214**

TÍTULO. **MAL PERFORANTE PLANTAR EN PIE CAVO-VARO CONGÉNITO**

Autores: EGEA FORCADELL EM, AGUSTIN MORENO,A, EGEA FORCADELL,EMª, GARCIA GARCIA,MT, GOMEZ BUJ,T, PEJENAUTE SANSUAN,M, GARCÍA LABORDA;ML
EGEA FORCADELL EVA MARIA . HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL . CONSULTA EXTERNA DE TRAUMATOLOGIA (maevica@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS
Identificar y resolver los problemas adyacentes al paciente
Curar la herida por segunda intención
Instruir al paciente pautas de alimentación, higiene y apoyo plantar
Colaborar activamente el paciente
Diseñar una descarga plantar adecuada
Evaluar el seguimiento y tratamiento ortopédico tras la resolución del problema

METODOLOGÍA
DATOS CLÍNICOS
No DM
No alergias conocidas
HTA en tratamiento
DLM
Espondiloartrosis
Osteotomía bilateral de la cabeza del 4º y 5º metatarsiano
Insuficiencia venosa
Paciente de 75 años que llega a la consulta en Julio del 2010, diagnosticado de “mal perforante plantar” y osteomielitis. Reiterados ingresos, no consta si en algún momento de la evolución se ha conseguido el cierre total de la úlcera.
Pruebas solicitadas al comienzo:
Rx: no se realiza por la evidencia de signos de osteomielitis
Cultivo úlcera: negativo
Analítica: normal
Consulta a cirugía vascular
CARACTERÍSTICAS DE LA ÚLCERA
Localizada 3º, 4º y 5º metatarsiano.
La zona periulcerosa presenta una hiperqueratosis, que constituye una respuesta normal de protección de la piel frente a la presión intermitente y a las fricciones, es un engrosamiento del estrato córneo.
El fondo de la herida (indolora) carece de 1cm de tejido de granulación
CURAS
Desbridamos la lesión y callo periulceroso para descubrir su máxima extensión, un buen sangrado de los bordes favorece la granulación
Utilizamos colagenasa y apósito hidrocoloide para mantener la humedad del lecho.
Descargamos el pie de presiones plantares.

Comunicación ORAL *** Mesa 4

Nº Reg. **214**

TÍTULO. **MAL PERFORANTE PLANTAR EN PIE CAVO-VARO CONGÉNITO**

Autores: EGEA FORCADELL EM, AGUSTIN MORENO,A, EGEA FORCADELL,EMª, GARCIA GARCIA,MT, GOMEZ BUJ,T, PEJENAUTE SANSUAN,M, GARCÍA LABORDA;ML

EGEA FORCADELL EVA MARIA . HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL . CONSULTA EXTERNA DE TRAUMATOLOGIA (maevica@hotmail.com)

Tras 4 meses apreciamos empeoramiento de la herida, tomamos cultivo con el resultado positivo para Pseudomona aeruginosa, se trató con ciprofloxacino oral.
Aportamos suplemento nutricional con vitaminas para favorecer la cicatrización.
Se realizaron pruebas complementarias para evaluar el estado general del paciente y el progreso de nuestro trabajo, con ello pretendimos instaurarle los mejores tratamientos posibles para la resolución final.
Analítica: normal

RESULTADOS
- RX: no se evidencia osteomielitis e incluso existen signos de regeneración ósea.
- Cierre de la herida
- Creamos una descarga plantar adecuada
- Cambio en los hábitos nutricionales

CONCLUSIONES
Tras las curas realizadas 2-3 veces por semana durante 1 año y seguimiento directo del paciente, nos gustaría resaltar que cuesta conseguir resultados positivos.
La labor de enfermería es necesaria, debe ser un trabajo de equipo constante, a veces se nos presentan retrocesos lo que debería animarnos a seguir.
Merece la pena el bienestar del paciente gracias a prestar una buena calidad de cuidados

Comunicación ORAL *** Mesa 4

Nº Reg. **333**

TÍTULO. **LA ACREDITACIÓN: UNA CARRERA DE FONDO**

Autores: EGIDO LIZAN P, OMEÑACA M, SABATÉ MD, LISBONA R, GRACIA C, COLMENAREJO C, BÁEZ N, REVILLO MJ

EGIDO LIZAN PILAR . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . MICROBIOLOGIA (pegido@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El objetivo general de la implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad de acuerdo a los requisitos de la Norma UNE-EN ISO 15189 es llevar a cabo de manera eficaz la gestión de la la actividad de un laboratorio clínico.

Nuestro objetivo concreto ha sido el mantenimiento de la acreditación conseguida en el año 2009 en la unidad de virología para las técnicas de antigenemia, cultivo de virus de la gripe e inmunofluorescencia de virus respiratorios

METODOLOGÍA

El proyecto se origina en el año 2003 con la la formación de un grupo de mejora de la calidad. Este mismo año se publica la norma UNE-EN ISO 15189 Laboratorios Clínicos. Requisitos particulares relativos a la calidad y la competencia.

En el año 2004 se establece la prioridad de la unidad de Virología por ser única en nuestra comunidad autónoma y por tanto servicio de referencia de la misma.

En octubre de 2006 SALUD inicia un proyecto para abordar la acreditación de los laboratorios clínicos de 9 hospitales de la comunidad cambiando el rumbo de la metodología.

El proceso de implantación en el laboratorio se plantea ahora en tres fases

1. Análisis de requisitos: Conocer la actividad que se desarrolla en el laboratorio,.
2. Implantación: Instrucciones de trabajo y talleres.
3. Evaluación: Auditoría de evaluación, internas y externas.

En octubre de 2008 se solicita la auditoria externa a ENAC (entidad Nacional de Acreditación).

En Marzo de 2009 se realiza la auditoria externa obteniendo la acreditación de la Unidad de Virología para las técnicas de antigenemia de citomegalovirus, cultivo del virus de la gripe e inmunofluorescencia de virus respiratorios con nº de Acreditación 742/LE1584 y fecha de entrada en vigor 25/09/2009.

ENAC evalúa regularmente a las entidades acreditadas, comprobando que mantienen su competencia técnica mediante visitas de seguimiento y auditorías de reevaluación.

La primera visita de seguimiento se realiza en un plazo no superior a un año desde la concesión de la acreditación

RESULTADOS

A lo largo del año se realizan las siguientes actividades

Revisión los Procedimientos Técnicos de Análisis

Formación al personal adscrito Mantenimiento actualizado de los registros técnicos

Mantenimiento actualizado de los registros de calidad

Se ha revalidado la acreditación en la 1º revisión realizada por ENAC(septiembre 2010) de los alcances conseguidos en el año 2009

CONCLUSIONES

La definición clara del objetivo a alcanzar, y la implicación y colaboración del equipo humano de la unidad es clave en la consecución y mantenimiento de la Acreditación.

Comunicación ORAL *** Mesa 4

Nº Reg. **333**

TÍTULO. **LA ACREDITACIÓN: UNA CARRERA DE FONDO**

Autores: EGIDO LIZAN P, OMEÑACA M, SABATÉ MD, LISBONA R, GRACIA C, COLMENAREJO C, BÁEZ N, REVILLO MJ

EGIDO LIZAN PILAR . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . MICROBIOLOGIA (pegido@salud.aragon.es)

La conservación de la acreditación requiere la constante supervisión de los registros y una sistemática de revisión de los procedimientos.
La integración en el Proyecto del SALUD ha permitido formar equipos interhospitalarios que han mejorado la eficiencia del proyecto

Comunicación ORAL *** Mesa 4

Nº Reg. **336**

TÍTULO. **EL CAMINO DE LA CALIDAD**

Autores: EGIDO LIZAN P, OMEÑACA M, ROC L, MARTÍNEZ-SAPIÑA A, LEZCANO MA, REZUSTA A, MARCO L, REVILLO MJ

EGIDO LIZAN PILAR . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . MICROBIOLOGIA (pegido@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Acreditación de nuevas técnicas en el Laboratorio de Microbiología, siguiendo con el proceso de acreditación iniciado el año 2009 en las unidades de:
Biología molecular: carga viral de VIH y virus de la hepatitis C por PCR a tiempo real
Serología: Diagnóstico de VIH
Micobacterias: Baciloscopia urgente

METODOLOGÍA

Desde octubre de 2006, el proyecto de acreditación se convierte en objetivo del SALUD para todos los laboratorios de Aragón. Microbiología se une al proyecto de implantación de mejora de calidad basado en la Norma UNE-EN ISO 15189
La auditoría externa realizada por ENAC el 24 de Marzo de 2009 tiene como resultado la acreditación nº 742/LE1584 de la Unidad de Virología y fecha de entrada en vigor 25/ 9/2009
El sistema de gestión de la calidad se valora como una herramienta útil de trabajo, por lo que se plantea su continuidad y extensión a otras áreas del laboratorio. Se amplía el alcance de acreditación a nuevas Unidades del Servicio de Microbiología. La ampliación implica a todo el personal facultativo del laboratorio y a la gran mayoría del personal técnico. De esta forma la filosofía de trabajo que impone la norma se va a extender a todo el laboratorio. Para ello se realizan las siguientes actividades:
Revisar e implantar los procedimientos de calidad correspondiente a la Norma UNE-EN ISO 15189
Realizar los procedimientos técnicos de análisis de los nuevos alcances
Impartir talleres al personal adscrito a las unidades de los diversos alcances del laboratorio
Idear e implantar los registros técnicos y de calidad
Documentación elaborada autorizada
Realizar las actas de las reuniones de formación del personal

RESULTADOS

Se han realizado los Procedimientos Técnicos de Análisis
Se ha dado formación al personal adscrito y se ha hecho constar en el formato de cualificación correspondiente.
Se han realizado los registros técnicos y de calidad
Se ha conseguido la acreditación según Norma ISO 15189 de
* Determinacion de marcadores serológicos frente al virus de la hepatitis B (VHB)
* Carga viral VIH y VHC por PCR a tiempo real
* Tinción de Ziehl-Neelsen a partir de muestra directa para la detección de micobacterias en muestras respiratorias de vías bajas y orinas

CONCLUSIONES

La implicación de todos los facultativos del servicio ha contribuido de forma inequívoca a la consecución de los objetivos

Comunicación ORAL *** Mesa 4

Nº Reg. **336**

TÍTULO. **EL CAMINO DE LA CALIDAD**

Autores: EGIDO LIZAN P, OMEÑACA M, ROC L, MARTÍNEZ-SAPIÑA A, LEZCANO MA, REZUSTA A, MARCO L, REVILLO MJ

EGIDO LIZAN PILAR . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . MICROBIOLOGIA (pegido@salud.aragon.es)

Se ha iniciado un camino que propiciará la extensión de la acreditación a otras técnicas avanzando hasta loa acrediación de todo el laboratorio
La integración en el Proyecto del SALUD ha permitido formar equipos interhospitalarios que han mejorado la eficiencia del proyecto

Comunicación ORAL *** Mesa 4 Nº Reg. **28**

TÍTULO. **PERFECCIONAMIENTO DEL USO DE LA VÍA SUBCUTÁNEA (VS) POR LOS CUIDADORES EN EL DOMICILIO MEDIANTE LA ELABORACIÓN Y ENTREGA DE UN TRÍPTICO INFORMATIVO**

Autores: ENCISO ANGULO MP, FORCE BLASCO A, MORENO MATEO R, RODELES DEL POZO R, TORRUBIA ATIENZA MP

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

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Mejorar los conocimientos de los cuidadores sobre la técnica, procedimientos y cuidados a proporcionar en una vía subcutánea.

METODOLOGÍA

El Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) del Sector II de Zaragoza elaboró un tríptico con contenido gráfico acompañado de anotaciones numeradas donde se describía el material, la colocación y la administración de medicamentos a través de la VS, así como los signos de alarma para solicitar el recambio.
El material se entregó a 41 familias/cuidadores de pacientes, de Julio a Diciembre de 2010; se leyó de manera conjunta, asegurándonos de su correcta comprensión. Posteriormente se realizó una encuesta telefónica -con respuestas cerradas y abiertas- para comprobar la satisfacción.
Accesoriamente, se impartieron seis sesiones informativas sobre la VS a los Centros de Salud interesados.

RESULTADOS

87 % de los pacientes fallecieron en domicilio. Respondieron a la encuesta 60,7 % de los cuidadores. De ellos, 100 % recibieron el tríptico y las explicaciones; 85 % había releído el material; 72 % lo había entendido bien y el 72 % consideró útil la iniciativa. La mayoría de los cuidadores encuentra suficientes las explicaciones, y muy útil el tríptico cuando existen varias personas que se turnan.

CONCLUSIONES

El número de respuestas a la encuesta es relativamente bajo por imposibilidad de encontrar a los cuidadores tras la muerte del paciente y porque, en ocasiones, no desean responder por dolor.
El material impreso en domicilio es un método útil y barato para mejorar la comprensión de la VS, sobre todo si hay cuidadores que no pueden asistir a la visita inicial, y disminuye la ansiedad familiar ante la presencia de una vía parenteral.

Comunicación ORAL *** Mesa 4 Nº Reg. **29**

TÍTULO. **DESCRIBIR SESIONES PREPARADAS Y PRESENTADAS POR LOS M.I.R. DE LOS ÚLTIMOS 18 MESES POR EL EQUIPO DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (ESAD) DEL SECTOR ZARAGOZA II**

Autores: ENCISO ANGULO MP, FORCE BLASCO A, SANZ RECIO JL, RODELES DEL POZO R, TORRUBIA ATIENZA MP, MORENO MATEO R

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

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Describir las sesiones preparadas y presentadas por los M.I.R. que han rotado durante los últimos 18 meses por el Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (E.S.A.D.) del Sector 2 de Zaragoza.

METODOLOGÍA

El E.S.A.D. 2 de Zaragoza admite uno o dos M.I.R. cada mes que comparten durante este periodo, actividades asistenciales, de coordinación, investigación y de docencia del Equipo.
Cada Residente debe preparar y exponer, al menos, una sesión (con tema a su libre elección) de unos treinta minutos de duración, con soporte audiovisual si lo desea. El docente es informado de que la sesión no debe versar, necesariamente, sobre temas de Cuidados Paliativos, y asimismo se permite que varios M.I.R. puedan preparar una sesión conjunta.
El periodo de estudio es de Enero de 2008 a Junio de 2009.

RESULTADOS

Se impartieron 37 sesiones (hubo meses con un solo M.I.R., y hubo Residentes que presentaron, voluntariamente, más de una sesión)
Todas las sesiones fueron calificadas como “buenas” o “muy buenas” por el personal del Equipo.
La evaluación de los MIR calificó como “muy alta” su satisfacción ante la participación en las sesiones docentes del equipo.

CONCLUSIONES

La obligatoriedad de participar con, al menos, una sesión personal en el esfuerzo docente de los E.S.A.D. es bien aceptada y valorada por parte de los M.I.R.
Por otro lado, la libertad de elegir tema, junto con la no obligación de ceñirse a temas de Cuidados Paliativos contribuye a mejorar esa satisfacción, y a que el personal en rotación se sienta más integrado en las actividades del equipo.
La experiencia de recibir sesiones de temas diferentes a los habitualmente tratados en la Unidad es, asimismo, positiva para los miembros del E.S.A.D. Todos ellos han puntuado como muy interesante la iniciativa y se ha decidido continuar con ella.

IX JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD EN SALUD

Zaragoza, 21 y 22 de junio de 2011

Mesa 5 * 21 Martes-18:15 h.

Reg	Apellidos y Nombre	Título de la Comunicación
156	ESQUIVIAS JARAMILLO, CARMEN	EL PACD Y SU CUIDADOR LA SEGURIDAD EN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS
406	ESTUPIÑAN ROMERO, FRANCISCO RAMON	ANÁLISIS DE LA EFICIENCIA DE LOS PROCEDIMIENTOS SUSCEPTIBLES DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN ARAGÓN
289	FONCILLAS SANZ, BEATRIZ	INCONTINENCIA URINARIA EN EL PUERPERIO
236	FUSTERO FERNANDEZ, MARIA VICTORIA	IMPLICANDO A LA MUJER ARAGONESA EN UNA ESTRATEGIA PREVENTIVA: I MARCHA CICLISTA MUJER Y CORAZÓN
237	FUSTERO FERNANDEZ, MARIA VICTORIA	INFLUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LOS CONOCIMIENTOS DE LAS MUJERES ARAGONESAS SOBRE LA
238	FUSTERO FERNANDEZ, MARIA VICTORIA	MEJORANDO LA SEGURIDAD DEL CONTROL DE LA ANTICOAGULACIÓN ORAL CON OMI AP. VERSIÓN 6.3C
6	GALEGO VIZOSO, TERESA	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA EVALUACIÓN MEDIANTE ENCUESTA DE NEUROPATÍA PERIFÉRICA INDUCIDA POR BORTEZOMIB
396	GARCIA COLINAS, MIREN ARANTZAZU	ESTRATEGIA PARA MEJORAR EL GRADO DE ADHERENCIA DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON RISPERIDONA INYECTABLE DE
430	GARCIA IZUEL, PATXI	PROGRAMA PRIMER IMPACTO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CANCER
297	GARCIA PUVIA, ELSA	PROPUESTA DE MEJORA DE CALIDAD EN LA REVISIÓN DEL CARRO DE PAROS DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Comunicación ORAL *** Mesa 5

Nº Reg. **156**

TÍTULO. **EL PACD Y SU CUIDADOR LA SEGURIDAD EN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS**

Autores: ESQUIVIAS JARAMILLO MDC, ESQUIVIAS-JARAMILLO MC

ESQUIVIAS JARAMILLO MARIA DEL CARMEN . CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS . ENFERMERA DE ENLACE SECTORIII ZARAGOZA (mcesquivias@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

1)Aumentar el registro de los cuidados del PACD con criterios de uniformidad
2)Aumentar la información y formación del cuidador principal en temas de salud
3)Agilizar el alta hospitalaria y el uso del informe de C. de cuidados
4)Determinar y asegurar la rapidez de la información al alta en losl PACD mas dependientes domiciliarios y también en los Barthel < de 35 de las residencias
5) Determinar el grado de satisfacción y la utilidad del material ortoprotésico(colchones) empleado en nuestro sector
6)Determinar el número de derivaciones y consultas de casos a otros niveles, así como las informaciones varias dadas al usuario utilizando el teléfono como métod adicional

METODOLOGÍA

1)Estudio retrospectivo transversal del archivo del PACD con una muestra de 3020 pacientes del sector III Zaragoza
2) DIMENSION: Científico-Técnica
Se inicia el estudio entre los años 2006 al 2010
3) MEDIDAS Correctoras:Formación de Profesionales y cuidadores y elaboración de documentos:Folletos , fichas de cuidados , elaboración y diseño de consultas específicas para el cuidador
4)INSTRUMENTOS:Registro específico Nanda, NIC_NOC del PACD y del Cuidador
Barthel y Pfeiffer y encuestas de satisfacción del Cuidador
5)VARIABLES:Edad, sexo,domicilio, residencias,intervencones educativas
Y la estimación del cumplimiento de la visita domiciliaria tras el alta

RESULTADOS

1) POblación de 3020 estudiada del 2006 al 2010
2)Edades comprendidas entre 65a 93 años con 2019 mujeres y 897 hombres
3)1424 Barthel <35 934 barthel 40-55 y 668 barthel 60-100
Los diagnosticos enfermeros más prevalentes en el PACD han sido el Deterioro de la movilidad física, deterioro de la deambulación y el deterior de la integridad cutánea.
En el cuidador destacan el déficit de conocimientos y el riesgo del cansancio del cuidador
4) La resolución de casos consultados telefónicamente ha sido de 4.250 y se han gestionado 456 ACV 1039 Frac de cadera y 1525 patologías varias
5) 97 pacientes se han beneficiado del uso del colchón antiescaras cedido en el sector Zaragoza III
6) El nº de talleres a cuidadores en A. Primaria ha sido de 30

CONCLUSIONES

1)La fragilidad, la comorbilidad y la discapacidad no tienen porqué presentarse a la vez.

Comunicación ORAL *** Mesa 5

Nº Reg. **156**

TÍTULO. **EL PACD Y SU CUIDADOR LA SEGURIDAD EN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS**

Autores: ESQUIVIAS JARAMILLO MDC, ESQUIVIAS-JARAMILLO MC

ESQUIVIAS JARAMILLO MARIA DEL CARMEN . CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS . ENFERMERA DE ENLACE SECTORIII ZARAGOZA (mcesquivias@salud.aragon.es)

2) Es necesario seguir insistiendo en el registro del PACD y de su cuidador principal con el fin de aumentar la efectividad de nuestro trabajo
3) La educación para la salud a grupos ha producido beneficios en el 100% de los docentes y en el 90% de los discentes
4) LOs informes de Continuidad de Cuidados aportan suficiente información siendo mas utilizados en el Hospital aunque podrían mejorarse

Comunicación ORAL *** Mesa 5

Nº Reg. **406**

TÍTULO. **ANÁLISIS DE LA EFICIENCIA DE LOS PROCEDIMIENTOS SUSCEPTIBLES DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN ARAGÓN**

Autores: ESTUPIÑAN ROMERO FR, BELKEBIR S, MISIEGO-PERAL A, CASTAÑO-LASAOSA JI, GARCÍA-MONTERO JI, ZAPATERO-GONZALEZ D, AGUILAR-PALACIO I, ARRIBAS MONZON, F

ESTUPIÑAN ROMERO FRANCISCO RAMON . DIRECCION DE COORDINACION ASISTENCIAL . DIRECCION ATENCION ESPECIALIZADA (pacoramon@gmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Describir la progresión del índice de sustitución (IS) de cirugía mayor ambulatoria (CMA) en algunos de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en los hospitales de Aragón durante el periodo 2008-2010.

METODOLOGÍA

El IS es el cociente entre el número de intervenciones realizadas mediante CMA para una patología quirúrgica, respecto al total de intervenciones realizadas debido a la misma. Se seleccionaron y analizaron los IS de los procedimientos más frecuentes en los hospitales de Aragón en el citado periodo a fin de observar su progresión.

RESULTADOS

. Los procedimientos más frecuentes en el periodo 2008-2010 fueron:

1. Cataratas: El IS en 2010 fue de 80,14% para Aragón, habiendo progresado desde un 76,18% en 2008. En este periodo se ha producido una evolución positiva en todos los hospitales con cifras entre el 80 y el 98%, con la excepción de dos hospitales con cifras inferiores al 55%.
2. Hernia inguinal unilateral: El IS en Aragón en el año 2010 fue de 14,75% superando por más del doble el porcentaje del año 2008 (6,47%). En este procedimiento se observa una gran variabilidad entre los hospitales del SALUD con un rango de IS que va desde 0% en determinados centros al 48% del hospital Royo Villanova en 2009.
3. Artroscopia de rodilla: Se obtuvo un IS en Aragón de 18,48% en 2010, habiendo disminuido respecto a 2008 (21,29%), observándose un pico en 2009 del 24,76%. También en este caso se observa una importante variabilidad entre hospitales con un rango de 0% en determinados centros del periodo al 67,06% en el hospital Obispo Polanco en 2009.
4. Biopsia prostática: El IS en Aragón en 2010 fue de 84,66% aumentando en casi 10 puntos porcentuales desde 2008 (75,37%). Observamos también una gran variabilidad tanto durante el periodo como entre los distintos centros asistenciales con un rango entre 0% en algún centro y 97,95% en el hospital Obispo Polanco en el año 2010.
5. Liberación de túnel carpiano: El IS global para este procedimiento ha tenido una tendencia positiva en el periodo, aumentando desde el 51,33% en 2008 hasta el 58,06% en 2010. El rango en el que ha oscilado este procedimiento en el periodo de estudio ha ido desde el 0% de algún centro de forma continuada hasta el 96,97% del hospital Obispo Polanco en 2008.

CONCLUSIONES

. Durante el periodo de estudio puede observarse un incremento del IS global del 43,38% en 2008 al 47,24% en 2010. Existe una gran variabilidad en el IS de estos procedimientos en los distintos centros asistenciales de la Comunidad Autónoma, y será necesario investigar qué factores pueden estar condicionando esta situación.

Comunicación ORAL *** Mesa 5

Nº Reg. **289**

TÍTULO. **INCONTINENCIA URINARIA EN EL PUERPERIO**

Autores: FONCILLAS SANZ B, GOMEZ-RUIZ R

FONCILLAS SANZ BEATRIZ . HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA . PARITORIO (beatrizdehuesca@gmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La Incontinencia Urinaria (IU) es un problema con gran prevalencia en nuestra sociedad, afecta mayoritariamente a mujeres. Constituye una de las principales preocupaciones del Sistema Sanitario con un gran impacto negativo en la percepción de la calidad de vida y la autoestima personal. Se trata de un problema de tipo socio-sanitario de primer orden.

Hay indicios de que la mejor estrategia de prevención y tratamiento son las terapias intensivas de ejercitación de la musculatura del suelo pélvico.

El objetivo del trabajo es describir los factores de riesgo para desarrollar IU en el puerperio, facilitando la identificación de los grupos más vulnerables

METODOLOGÍA

Búsqueda en fuentes biomédicas (IME,PUBMED,DIALNET,CUIDEN, COCHRANE) con palabras clave:IU,Ejercicos de suelo pélvico,gestación trabajo de parto

RESULTADOS

De los 45 artículos revisados, 36 califican el embarazo y el parto vaginal como responsables de la disfunción del suelo pélvico. En el 72% de ellos aparece el fórceps como principal favorecedor de la IU frente a la ventosa o el parto eutócico. La maniobra de Kristeller también se acepta como lesiva en el 33% de los casos

CONCLUSIONES

El fortalecimiento intensivo del suelo pélvico, mediante la fisioterapia durante el embarazo, previene la IU en una de cada ocho mujeres después del parto. Hace que la mujer perciba e integre la musculatura del periné dentro de su esquema corporal, para volver a adquirir su tonicidad.

Informar a las mujeres es fundamental para que dejen de ver la IU como algo normal propio de la edad y de la condición de madre y sepan que es posible mejorarla. El programa de atención a la mujer que desarrolla la matrona del Centro de Salud proporciona un espacio favorable para incidir sobre el tema.

Se propone la formación de un equipo multidisciplinar de fisioterapeutas, ginecólogos y matronas para la elaboración de una guía del abordaje de la IU, identificando a los grupos de riesgo incluyéndolos en un Programa Interdisciplinar de Prevención Terciaria.

Comunicación ORAL *** Mesa 5

Nº Reg. **236**

TÍTULO. **IMPLICANDO A LA MUJER ARAGONESA EN UNA ESTRATEGIA PREVENTIVA: I MARCHA CICLISTA MUJER Y CORAZÓN**

Autores: FUSTERO FERNANDEZ MV, CALVO I, BARCENA M, LUKIC A, ARIÑO L, SANTOLARIA C, MORENO E, MARTIN F

FUSTERO FERNANDEZ M VICTORIA . CS VALDESPARTERA . ATENCION PRIMARIA (fusterofer@yahoo.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El grupo PAMYC (Programa Aragonés de Mujer y Corazón) tras los resultados de una encuesta de salud cardiovascular realizada en Aragón, trabaja para sensibilizar a la mujer, los profesionales sanitarios y a la sociedad de la importancia de la enfermedad cardiovascular (ECV), como primer problema de salud, y promueve cambios en su estilo de vida para disminuir el riesgo cardiovascular con el objetivo de mejorar los conocimientos que tienen las mujeres de la ECV, la percepción y el nivel de preocupación de su propio riesgo de padecerla y conseguir cambios favorables en su estilo de vida (dieta, ejercicio, tabaquismo, estrés), que disminuyan su riesgo cardiovascular (RCV)

METODOLOGÍA

1. Realización de encuesta telefónica estructurada en 2008 a 1.068 mujeres aragonesas (error del ±3% nivel de confianza del 95% y p=0,5) donde se constató que infravaloraban la morbi mortalidad de la ECV, no actuaban bien ante los síntomas de alarma y su estilo de vida era muy mejorable, sólo el 37% de las encuestadas realizaba ejercicio cardiosaludable.
2. Intervenciones para mejorar la situación: Difusión mediática de estos resultados, charlas a mujeres, diferentes exposiciones en el ámbito profesional (conferencias, talleres, comunicaciones a congresos etc.) y varias colaboraciones en los medios de comunicación.
3. Organización de la I Jornada Mujer y Corazón (14-16 mayo 2010) que incluía un recorrido urbano en bicicleta de unos 9 kilómetros

RESULTADOS

La I Jornada Mujer y Corazón, constó de varias actividades:

- Una rueda de prensa con la presencia de la Consejera de Salud del Gobierno de Aragón y la Directora General de Atención al Usuario,
- La mesa redonda "El infarto también es cosa de mujeres, aprende a cuidar tu corazón!" impartida por cardiólogos y médicos de atención primaria, a la que asistieron 95 personas
- El homenaje a la Dra Bescós, como pionera de la cardiología en España, fue la primera cardióloga española y profesora de la mayoría de integrantes del PAMYC
- Cebración de la I Marcha Ciclista Mujer y Corazón, que contó con 250 participantes y tuvo gran repercusión mediática

CONCLUSIONES

Con todo lo anterior pensamos que hemos contribuido a la consecución de los objetivos del grupo PAMYC de mejorar la información que tienen las aragonesas de la ECV y como les afecta y promover la actividad física entre ellas como pilar importante de estilo de vida saludable para prevención del RCV

Comunicación ORAL *** Mesa 5

Nº Reg. **237**

TÍTULO. **INFLUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LOS CONOCIMIENTOS DE LAS MUJERES ARAGONESAS SOBRE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA**

Autores: FUSTERO FERNANDEZ MV, LUKIC A, BÁRCENA M, CALVO I, MORENO E, MILLARUELO JM, MARTIN F, ARIÑO L

FUSTERO FERNANDEZ M VICTORIA . CS VALDESPARTERA . ATENCION PRIMARIA (fusterofer@yahoo.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Valorar cambios en los conocimientos de las asistentes a la charla "¡Aprende a cuidar tu corazón! El infarto también es cosa de mujeres" impartida por el grupo PAMYC (Programa Aragonés de Mujer y Corazón) en localidades de Aragón como intervención tras las deficiencias halladas en un estudio previo

METODOLOGÍA

Se realizó en 2008 una encuesta telefónica, estructurada, a 1.068 mujeres aragonesas. Para el cálculo del tamaño muestral se consideró un error del ±3% con un nivel de confianza del 95% y una p=0,5. En ella se constató que infravaloraban la morbimortalidad de la enfermedad cardiovascular (ECV) y no actuaban correctamente ante los síntomas de alarma. Entre las intervenciones diseñadas para mejorar la situación se han realizado charlas educativas a la población femenina en diferentes municipios de las provincias aragonesas durante el primer trimestre de 2009. Se pasa un cuestionario previo y posterior a las charlas de 5 items efectuando un análisis posterior de las diferencias encontradas

RESULTADOS

Contestaron 102 mujeres el cuestionario inicial y 94 el final. De las 75 asistentes que hicieron constar su edad, la media fue de 57,89 años. El principal problema de salud pensaban que era la ECV el 6,88% antes de la charla y el 93,75% después y el cáncer el 52`4% antes y el 2,12% después. En cuanto a las causas de muerte, las enfermedades del corazón fueron consideradas primera causa por el 19,73% antes y el 86,57% después y el cáncer el 71,56% antes y el 8,40% después. Eran conscientes de que aumenta el riesgo de ECV con la menopausia el 76,52% antes y el 96,39% después. De los 8 síntomas típicos de un ataque al corazón sobre los que se interrogaba, ninguna reconoció todos inicialmente y el 72,34% los reconocía después. El 76,7% habría solicitado asistencia urgente ante la aparición de alguno de esos síntomas antes de la charla y el 94,9% después

CONCLUSIONES

Se confirma la baja percepción que tienen las aragonesas de la ECV como problema y causa de muerte y se constata que esta intervención realizada por sanitarios, ha mejorado el nivel de conocimientos de las asistentes a las charlas y su actitud ante la emergencia cardiaca. Los resultados de las primeras intervenciones, confirman que estamos en el camino adecuado y nos animan a seguir con la ejecución del ambicioso proyecto del grupo PAMYC de llegar a las mujeres de todas las comarcas aragonesas

Comunicación ORAL *** Mesa 5

Nº Reg. **238**

TÍTULO. **MEJORANDO LA SEGURIDAD DEL CONTROL DE LA ANTICOAGULACIÓN ORAL CON OMI AP. VERSIÓN 6.3C**

Autores: FUSTERO FERNANDEZ MV, SAN MIGUEL L, GRANADO M, SARASA D, BARCENA M

FUSTERO FERNANDEZ M VICTORIA . CS VALDESPARTERA . ATENCION PRIMARIA (fusterofer@yahoo.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Detectar los posibles problemas y deficiencias encontrados desde la implantación del nuevo sistema de seguimiento de los tratamientos anticoagulantes orales (TAO) con OMI, para solventarlos y mejorar la seguridad y el control de los pacientes en tratamiento anticoagulante oral

METODOLOGÍA

Se diseño un Diagrama de Ishikawa para analizar las posibles causas de problemas en el seguimiento del TAO en un centro rural.
Tras analizar todas las posibles causas se centró la actuación en el apartado de las dificultades encontradas con la utilización del programa OMI, recientemente instalado en todas las localidades del centro.
Se realizó una sesión clínica para presentar el diagrama de causas y regular la notificación de problemas.
Se mantuvo contacto permanente vía teléfono y e-mail con los responsables del funcionamiento de la aplicación informática.
Se diseñaron 5 indicadores para la evaluación

RESULTADOS

- Nº de profesionales que han recibido formación TAO / manejo del programa OMI ap vs. 6.3 = 10 médicos y 7 enfermeros (100%)
- Nº de dificultades/ problemas del programa detectados = 13

Los problemas detectados estaban relacionados con dificultades en la anotación del INR y la DTS (dosis total semanal), problemas de dosificación, o que no se corresponde con el dibujo de las pastillas, problemas con el fraccionamiento de las pastillas de1mg, no es posible incluir en el programa anticoagulantes que no estén en el medimecum y con respecto a la hoja que se entrega al paciente : falta de DTS anteriores, en lugar del fármaco anticoagulante con que es tratado el paciente aparece cualquier otro fármaco, no aparece fecha de impresión, ni nº de colegiado, ni espacio para la firma del profesional, ni las incidencias anotadas, además si se reimprime por otro facultativo a posteriori, este aparece como el que reaizó aquel control.

- Nº de dificultades del programa comunicadas a los responsables = 13
- % de dificultades/ problemas resueltos del total de los comunicados = 30,7%
- % de determinaciones en rango terapéutico, del total de las realizadas en 2009 en el centro de salud =79%

CONCLUSIONES

Con esta modesta iniciativa y tras la comunicación inmediata de los problemas encontrados se ha dado solución a los mas importantes, que podrían haber causado daño a los pacientes, como los fallos en la dosificación o la falta de concordancia de esta con la distribución diaria de la misma, se ha abierto una línea directa de comunicación con los responsables y ha aumentado la motivación de los profesionales del equipo para transmitir cualquier incidencia encontrada en este campo en el futuro.
Creemos que la implicación de los profesionales es fundamental para detectar errores e introducir mejoras en las aplicaciones informáticas tras su implantación, lo que sin duda repercute en la seguridad de los pacientes y mejora la calidad asistencial

Comunicación ORAL *** Mesa 5 Nº Reg. 6

TÍTULO. **PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA EVALUACIÓN MEDIANTE ENCUESTA DE NEUROPATÍA PERIFÉRICA INDUCIDA POR BORTEZOMIB**

Autores: GALEGO T, GORRIZ R, IBAÑEZ M, MARTINEZ M, ORTA MI, RAMIRO T, PÉREZ P, GIRALDO P

GALEGO TERESA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . HEMATOLOGIA (teresa.galego@yahoo.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La Neuropatía Periférica (NP) en pacientes con Mieloma Múltiple (MM), sometidos a esquemas de tratamiento que incluyen Bortezomib, se ha descrito con una frecuencia que oscila entre el 40-60%. Es reversible y en la mayoría de los casos controlable, pero supone un efecto adverso para el paciente que limita su funcionalidad diaria y con frecuencia le produce dolor que requiere analgesia de segundo nivel. Bortezomib es el fármaco inhibidor del proteosoma, autorizado en USA y Europa para el tratamiento de los pacientes con MM, en primera línea y en recaída. La administración IV en bolus del fármaco es la forma estándar de administración, a dosis de 1,3 mg/m2, dos veces por semana, sin embargo recientemente se ha publicado la experiencia de la administración del fármaco por vía subcutánea con la misma eficacia pero con menor incidencia de neurotoxicidad (Moreau P et al The Lancet Oncology, 2011) Objetivo: Evaluar la incidencia de NP y otras alteraciones neurológicas en los pacientes con MM tratados con Bortezomib en el Hospital de Día de Hematología y analizar diferencias en relación a la vía de administración.

METODOLOGÍA

La enfermera que aplica el tratamiento con Bortezomib en HDH ha realizado una encuesta por escrito previamente a la administración de cada dosis del fármaco independientemente de la vía de administración. En la encuesta se recogen las siguientes preguntas: En los últimos 7 días ha sentido 1.-hormigueo o adormecimiento en extremidades, 2.- dolor o calambres, 3.-problemas de audición que no tuviera antes, 4.- dificultad para abrochar botones, 5.- dificultad para coger pequeños objetos, 6.- estreñimiento, 7.- dificultades para dormir

RESULTADOS

Se han realizado un total de 304 encuestas, 282 en 20 pacientes tratados con Bortezomib por vía IV y 102 en 12 pacientes tratados con Bortezomib por vía SC. 16 de los 20 pacientes tratados por vía IV (80%) presentaron algún tipo de síntoma neurológico frente a 8 de12 tratados por vía SC (66,6%)(p=0.02), el grado de intensidad de la NP también fue superior en el grupo de administración IV grado 3-4 56,0% vs 25,0% (p=0,02). No se produjeron efectos adversos locales. En los pacientes que se detectó NP grado 3-4 se efectuó una reducción de dosis para controlar los efectos adversos.

CONCLUSIONES

La encuesta de enfermería de evaluación de NP en pacientes tratados con Bortezomib, ha demostrado utilidad para detector de forma precoz la aparición de síntomas neurológicos y ajustar la dosis para evitarlos. En nuestra experiencia la administración de Bortezomib SC ha sido satisfactoria tanto para el personal de enfermería de Hospital de Día como para los pacientes. La mayoría de los efectos adversos han sido de menor intensidad, grado 1 ó 2 y solamente 2 pacientes refirieron NP dolorosa grado 3

Comunicación ORAL *** Mesa 5

Nº Reg. **396**

TÍTULO. **ESTRATEGIA PARA MEJORAR EL GRADO DE ADHERENCIA DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON RISPERIDONA INYECTABLE DE LIBERACION PROLONGADA**

Autores: GARCIA COLINAS MA, SERRANO-MISLATA N, LAGUNA-MARTÍNEZ C, BARRERA-FRANCÉS A, CALVO-SARNAGO AI, PANZANO-GRACIA E, VALLÉS-CELMA MP, CORTÉS MP

GARCIA COLINAS MIREN ARANTZAZU . DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA . FARMACIA (magarciaco@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico y disminuir sus consecuencias negativas (mayor morbilidad y cronicidad, seguridad ...), y socioeconómicas en el Sector Alcañiz.

METODOLOGÍA

Se han analizado los datos registrados durante un año por el servicio de farmacia de atención primaria de todos los pacientes a los que se ha inyectado al menos una dosis de risperidona inyectable de liberación prolongada.

Las variables registradas han sido: fecha de inyección, dosis administradas, nombre enfermero y nombre paciente (sexo)

RESULTADOS

89 pacientes en tratamiento con Risperidona inyectable de liberación prolongada en el Sector Alcañiz.

La distribución por sexos es: 51 varones (57,3%) y 38 (42,7%) mujeres.

El porcentaje de pacientes que no han realizado adecuadamente el tratamiento es del 17,9%*

* Resultados preliminares de estudio en evolución

CONCLUSIONES

Cerca del 18% de los tratamientos no se cumplieron de forma rigurosa.

El motivo más frecuente para alterar la prescripción fue el olvido. Por ello debemos desarrollar buenas prácticas entre el equipo multidisciplinar implicado y establecer el canal de captación y notificación

Comunicación ORAL *** Mesa 5

Nº Reg. **430**

TÍTULO. **PROGRAMA PRIMER IMPACTO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CANCER**

Autores: GARCIA IZUEL P, GONZALEZ NOGALES AI, MARQUEZ FERNANDEZ M, RUBIO NORZA N, LAGUNA CAPEL V

GARCIA IZUEL PATXI . ASOCIACION ESPAÑOLA CONTRA EL CANCER . VOLUNTARIADO HOSPITALES (patxi.garcia@aecc.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

General: Atender de manera inmediata a los pacientes recién diagnosticados de cáncer y sus familiares que precisen asistencia puntual y/o específica en relación a su situación de enfermedad.
Especificos: Identificar lo más precozmente posible aquellos síntomas (físicos, psicológicos, sociales y/o espirituales) que son percibidos como amenaza por el enfermo y su familia.Evaluar el grado de distress que presenta el enfermo y su familia tras recibir el diagnóstico. Derivar de manera efectiva a los pacientes y familiares que demanden atención médica, psicológica o social al servicio más adecuado y ajustado a sus necesidades.
Facilitar los cauces adecuados de acceso a la información médica sobre la enfermedad.Favorecer pautas de comunicación y actuación ante el diagnóstico tanto a enfermos como familiares.
Potenciar aquellos recursos sociales y emocionales tanto del enfermo como de su familia.
Favorecer la expresión emocional. Disminuir el nivel de ansiedad y favorecer el equilibrio emocional. Facilitar el acceso de los pacientes y/o familiares a los recursos materiales, económicos y sociales disponibles

METODOLOGÍA

Un profesional de la aecc que tendrá presencia en el Hospital, prestando asistencia a los pacientes y familiares cuando así lo requieran y/o lo soliciten. Las funciones a desarrollar por el profesional:
1.-Identificar de forma rápida la demanda de los pacientes mediante un sistema estandarizado de clasificación.
2.-Asegurar la priorización en función de las necesidades psicológicas, sociales, informativas, etc. del paciente y/o familiar.
3.- Determinar el servicio o programa más adecuado para cada caso.
4.- Informar a los pacientes y sus familias sobre los recursos existentes a su disposición, tanto propios del Hospital como externas y favorecer el acceso rápido a los mismos.
Desde el punto de vista funcional, la aecc, desarrolla sus programas con autonomía, y en coordinación con los Servicios del Hospital que se puedan relacionar: servicio de oncología, servicio de psicooncología, orientación social, enfermería de enlace, etc.
La intervención de “Primer Impacto” tendrá una duración de una/dos sesiones máximo para derivar, en caso necesario, a otros servicios del Hospital, de la aecc o a servicios externos. Se procederá en función del nivel de distrés (leve, moderado, severo) y las necesidades (información psicológica, información general médica, emocional y/o social)

RESULTADOS

Para el usuario:
Atención rápida, cómoda, personalizada y eficaz
Disminuir el impacto emocional propio de esta fase de la enfermedad
Acceso inmediato a los recursos materiales, económicos y sociales disponibles
Para los profesionales:
Al disminuir el distrés de enfermos/familiares se posibilita una mayor fluidez y satisfacción en la relación terapéutica
Mayor aprovechamiento del tiempo de la consulta para resolver las cuestiones propias de la enfermedad y los tratamientos.

Comunicación ORAL *** Mesa 5 Nº Reg. **430**

TÍTULO. **PROGRAMA PRIMER IMPACTO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CANCER**

Autores: GARCIA IZUEL P, GONZALEZ NOGALES AI, MARQUEZ FERNANDEZ M, RUBIO NORZA N, LAGUNA CAPEL V

GARCIA IZUEL PATXI . ASOCIACION ESPAÑOLA CONTRA EL CANCER . VOLUNTARIADO HOSPITALES (patxi.garcia@aecc.es)

Mayor calidad de la comunicación con el enfermos/familiares
Disminuir el riesgos de burnout de los profesionales
Para el Hospital:
Garantiza la satisfacción de usuarios y sociedad al percibir una prestación asistencial más humanizada y de mayor calidad.
Ser reconocido por profesionales, pacientes y entorno social como una organización excelente en la que se desarrollan servicios innovadores de amplio alcance

CONCLUSIONES
“Ante el diagnóstico de cáncer, uno siente mucho miedo y parte de ese miedo se alivia con información, con esto se puede empezar a calmar antes que con la medicina”

Comunicación ORAL *** Mesa 5

Nº Reg. **297**

TÍTULO. **PROPUESTA DE MEJORA DE CALIDAD EN LA REVISIÓN DEL CARRO DE PAROS DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

Autores: GARCIA PUVIA E, MARTINEZ-COSO N, PANIAGUA-GONZALEZ C, CLEMENTE-PEROPADRE A

GARCIA PUVIA ELSA . HOSPITAL UNIVERSITARIO ARNAU VILANOVA . Cuidados intensivos (carlos_alseda@terra.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Crear un registro de revisión del carro de paros en una unidad de cuidados intensivos (UCI) de un hospital de nivel II.
- Mantener el material y aparataje existente en el carro de paros en óptimas condiciones de uso.
- Concienciar a los profesionales de enfermeria de la importancia de la correcta revisión del aparataje, correcta reposicion de material y correcto control de caducidades como condicion indispensable para garantizar una atencion de calidad.

METODOLOGÍA

Revisión semanal del carro de paros:

- Turno mañana: enfermera responsable de los box 1 y 2, el primer lunes de cada mes.
- Turno tarde: enfermera responsable de los box 1 y 2, el segundo lunes de cada mes.
- Turno noche a: enfermera responsable de los box 1 y 2, el tercer lunes de cada mes.
- Turno noche b: enfermera responsable de los box 1 y 2, el cuarto lunes de cada mes.

Revisión del carro de paros después de su utilización.

Se utilizará un guión en el que se especifica el material que ha de haber y la cantidad en cada cajón del carro de paros, así como la revisión del correcto funcionamiento del desfibrilador.

Se registrará la fecha,la hora y el nombre y apellidos de la enfermera responsable de la revisión

RESULTADOS

Con esta propuesta pretendemos conseguir que exista un mantenimiento óptimo del carro de paros para garantizar una calidad asistencial adecuada

CONCLUSIONES

La UCI es un servicio especial que se caracteriza por la immediatez de sus actuaciones, es por eso que todo el material y aparataje debe estar en perfecto estado para su uso.

La propuesta de la revisión del carro de paros quiere contribuir en que se obtenga un trabajo de calidad, dentro de un sistema productivo, dónde aumentando los esfuerzos de prevención de errores diminuiremos los costes de no calidad.

LA IMPORTANCIA DE UN BUEN MANTENIMIENTO DEL ORDEN, REVISION DEL APARATAJE, CORRECTA REPOSICION DE MATERIAL... SON CONDICIONES INDISPENSABLES PARA GARANTIZAR UNA
ATENCION DE CALIDAD.

EN VARIAS OCASIONES NOS HEMOS ENCONTRADO EN AVISOS URGENTES A DOMICILIO CON EL APARATO DE ECG PORTATIL SIN PAPEL DE REGISTRO, SIN PEGATINAS PARA LOS ELECTRODOS U
OTRO DEFECTO, EL LARINGOSCOPIO SIN PILAS, ETC.

Comunicación ORAL *** Mesa 5

Nº Reg. **297**

TÍTULO. **PROPUESTA DE MEJORA DE CALIDAD EN LA REVISIÓN DEL CARRO DE PAROS DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

Autores: GARCIA PUVIA E, MARTINEZ-COSO N, PANIAGUA-GONZALEZ C, CLEMENTE-PEROPADRE A

GARCIA PUVIA ELSA . HOSPITAL UNIVERSITARIO ARNAU VILANOVA . Cuidados intensivos (carlos_alseda@terra.es)

CON EL FIN DE SOLUCIONAR ESTOS INCIDENTES QUE INTERFIEREN NUESTRA ATENCION SANITARIA CREAMOS UN REGISTRO DE REVISION MENSUAL DE APARATAJE CON UN RESPONSABLE Y OTRA
PERSONA EN CASO DE AUSENCIA DEL RESPONSABLE

IX JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD EN SALUD

Zaragoza, 21 y 22 de junio de 2011

Mesa 6 * 22 Miércoles-09:30 h.

Reg	Apellidos y Nombre	Título de la Comunicación
71	ALLUE FANTOVA, NATALIA	IMPLICACIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA EN LOS INDICADORES DE CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN (ESPECIALIZADA/SECTOR
327	ALONSO TRIANA, YARA MARIA	¿ESTÁN SATISFECHOS LOS MONITORES DE ENSAYOS CLÍNICOS CON EL SERVICIO DE FARMACIA?
235	ARAGON SANZ, MARIA ANGELES	PLAN DE ESTABILIZACIÓN DE CESAREAS E IDONEIDAD DE LAS INDICACIONES. APLICACIÓN DE LA GESTION A LA PRÁCTICA CLINICA
171	BELLOSTA MARTINEZ, MARIA	PRESENTACIÓN DEL TRABAJO SOBRE EL ACOMPAÑAMIENTO EN EL DUELO EN EL HSCJ DE HUESCA
394	BIBIAN SAN MARTIN, ANA	ESGUINCES DE TOBILLO MAS ECONOMICOS Y MEJOR ATENDIDOS
395	BIBIAN SAN MARTIN, ANA	ACTUALIZARSE EN REANIMACION
320	GONZALEZ IGLESIAS, CARLOS	ESTABLECIMIENTO DE UN CIRCUITO DE NUTRICION PARENTERAL (NPT) INTERSERVICIOS: MEDICINA INTENSIVA (UCI)- FARMACIA
160	NASARRE GER, ANA	ABSENTISMO DE PACIENTES EN CONSULTAS EXTERNAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
111	ROJAS PEREZ EZQUERRA, BEATRIZ	INFORMACIÓN A LAS GESTANTES DE NUESTRO MEDIO DE LAS ESTRATEGIAS DE DIAGNÓSTICO PRENATAL QUE OFRECE EL HOSPITAL
112	ROJAS PEREZ EZQUERRA, BEATRIZ	CREACIÓN DE LA GUÍA CLÍNICA SOBRE LA INDUCCIÓN DE PARTO Y CONTROL DE LA MISMA COMO UNA ESTRATEGIA MÁS PARA
329	TORRES CLEMENTE, ELISA	VALIDEZ DE LA LECTURA DE RETINOGRAFÍAS A PACIENTES DIABÉTICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA (AP)

Comunicación ORAL *** Mesa 6 Nº Reg. **71**

TÍTULO. **IMPLICACIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA EN LOS INDICADORES DE CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN (ESPECIALIZADA/SECTOR BARBASTRO)**

Autores: ALLUE FANTOVA N, GONZALEZ-IGLESIAS C, GASTON-AÑAÑOS JF

ALLUE FANTOVA NATALIA . HOSPITAL DE BARBASTRO . FARMACIA (nallue@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Difundir e informar a todos los facultativos del Hospital de Barbastro de los nuevos indicadores de calidad de prescripción marcados por el Salud desde 2010.
Intentar alcanzar los objetivos marcados por el Salud como centro.
Evaluar el impacto de las medidas adoptadas en los valores de los indicadores

METODOLOGÍA

Según la OMS, uso racional del medicamento es que: el paciente reciba la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad.
La prescripción médica ha de llevar consigo una adecuada selección del medicamento (evidencia científica) y debe procurar el uso eficiente de los recursos sanitarios. Los indicadores de calidad de prescripción son un instrumento que nos permite valorar cuantitativa y cualitativamente la prescripción médica. Son una herramienta que utiliza el Salud para evaluar la prescripción en receta médica y poder actuar sobre ella. Esto se refleja en los objetivos a conseguir por los centros. Y normalmente la dirección de los centros traslada esos indicadores a los servicios y facultativos a través de los contratos programa.
En Aragón disponemos de una aplicación que permite acceso a los datos por centro, servicio y facultativo. En nuestro centro se estableció conjuntamente con dirección médica que se enviaría cada tres meses la siguiente información: informe a cada facultativo del centro, informe del servicio a los jefes de servicio y nota informativa.
Para 2010, el Salud establece indicadores nuevos para atención especializada. Aprovechando este cambio, se decide además realizar sesiones a todos los facultativos con el fin de explicarlos y conseguir una mejoría. En total se realizan 27, llegando aproximadamente al 70% de los facultativos. Al mismo tiempo se incluye uno de los indicadores (DOE) como objetivo en la productividad variable

RESULTADOS

Datos a enero de 2010 (prescripción por DOE: 16,4%, IECA / ARA II + IECA: 45,5%, omeprazol / IBPs: 61,1%, simvastatina + pravastatina / estatinas: 15,9% y merformina / ADOs: 13,2%)
Datos a enero de 2011 (prescripción por DOE: 27.3%, IECA / ARA II + IECA: 54,0%, omeprazol / IBPs: 60,8%, simvastatina + pravastatina / estatinas: 17,6% y merformina / ADOs: 29,9%

CONCLUSIONES

Con las sesiones personalizadas por servicio y/o facultativo se contribuyó a aumentar los valores de los objetivos, constatando la importancia del la difusión. Uno de los indicadores que más aumenta es el incluido en la productividad variable

Comunicación ORAL *** Mesa 6

Nº Reg. **327**

TÍTULO. **¿ESTÁN SATISFECHOS LOS MONITORES DE ENSAYOS CLÍNICOS CON EL SERVICIO DE FARMACIA?**

Autores: ALONSO TRIANA YM, BERNABÉ S, IDOIPE A, GÓMEZ-BARAZA C, CAÑAMARES I, DE LA LLAMA N, PALOMO P, ABAD R

ALONSO TRIANA YARA MARÍA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . FARMACIA (hatha_04@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Monitor es el profesional elegido por el promotor que se encarga del seguimiento directo de la realización del ensayo clínico (EC). Entre sus obligaciones está la de comprobar que el almacenamiento, distribución, devolución y documentación de los medicamentos en investigación son seguros y adecuados. El objetivo de este trabajo es evaluar la calidad percibida por los monitores sobre el funcionamiento del área de EC del Servicio de Farmacia (SF).

METODOLOGÍA

Encuesta de satisfacción dirigida a monitores por correo electrónico, con 10 preguntas de opinión valoradas en una escala de 1-10 y dos preguntas abiertas sobre aspectos positivos y sugerencias.

RESULTADOS

Se enviaron 117 encuestas y respondieron 47 (40%). De estas 47 encuestas, 28 (60%) resaltaban aspectos positivos del SF y sólo 10 (21%) mencionaban alguna sugerencia. La satisfacción general con el SF es alta (8,9); no existe ningun ítem por debajo de 7. Aspectos mejor valorados: trato personal (9,3), resolución de dudas con competencia profesional (9), resolución de incidencias y solicitudes con agilidad (8,9), actuación ante desviación del protocolo/procedimiento (8,7). Los aspectos peor puntuados fueron: acceso al área de EC en el SF (7) y lugar de trabajo (8,2).

Las sugerencias planteadas fueron: elaboración de registros con balance total de entradas, medicación disponible, devoluciones y contabilidad total, registro electrónico de dispensación, de recepciones, informatización del sistema, disposición de un registro de documentación alternativo por seguridad, disposición de sistemas de control de temperatura informatizado y señalización más clara del acceso al área de EC

CONCLUSIONES

Los monitores manifiestan una elevada satisfacción con la actuación del farmacéutico en la gestión de los EC. La encuesta ha facilitado la identificación de acciones de mejora prioritarias que deben ponerse en marcha para mejorar los procedimientos internos de trabajo del área de EC, como la informatización de la gestión de EC que se está llevando a cabo en el momento actual, y la percepción de los monitores sobre el SF.

Comunicación ORAL *** Mesa 6

Nº Reg. **235**

TÍTULO. **PLAN DE ESTABILIZACIÓN DE CESAREAS E IDONEIDAD DE LAS INDICACIONES. APLICACIÓN DE LA GESTION A LA PRÁCTICA CLINICA**

Autores: ARAGON SANZ MA, NOGUES-TOMAS FJ, ARRIBAS -MARCO T, GUARDIA L, ROJAS-PEREZ E. B, TABUENCA-VICEN C, GARCIA LASHERAS AJ, GARCIA ORTIN J.

ARAGON SANZ MARIA ANGELES . HOSPITAL DE BARBASTRO . GINECOLOGIA (maaragon@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Disminuir la tasa de cesáreas.
Disminuir las complicaciones maternas.
Disminuir la variabilidad clínica.
Establecer criterios de calidad.
Cumplimiento de criterios de calidad en el 90% de las cesáreas urgentes y en el 100% de las programadas

METODOLOGÍA

Monitorización de la tasa de cesáreas realizadas en el hospital desde 1986.
Revisión retrospectiva de todas las cesáreas realizadas en el Servicio desde el año 2005 al 2010
Monitorización de todas las complicaciones maternas, estancia media, motivo de las cesáreas y cirujano.
Realización de una Vía clínica.
Durante el año 2009 planteamos un nuevo Plan de Mejora de Calidad que permitiera conocer las indicaciones de las cesareas realizadas y evaluar la adecuación de las indicaciones de cesárea, tanto urgente como programada, a unos criterios de Calidad previamente pactados por el Servicio.
Se realizó una revisión retrospectiva de todas las cesáreas realizadas en el 2008 y se valoró si se adecuaban a los criterios establecidos.
Durante el año 2010, al año de instaurar el Plan de Mejora de Calidad, hemos analizado todas las cesáreas realizadas en el Servicio, complicaciones de las mismas y el porcentaje de las que cumplían criterios de idoneidad

RESULTADOS

A los tres años de la instauración del Plan 2005-2007, conseguimos disminuir las cesáreas complicadas de un 33,3% en el 2005 a un 11.1% en el 2007. La tasa de infecciones de la herida quirúrgica pasó de un 6,6% en el 2005 a un 1,7% en el 2007 y la estancia media pasó de 7,3 dias en el 2005 a 5,2 dias en 2008.
En el Plan 2009-2010, al año del Plan de Mejora:
Disminuyó la tasa de cesáreas urgentes en un 3,37%.
La profilaxis antibiótica se ha incrementado en un 13,36% con respecto al año 2008, llegando en 2010 a un 91,96%.
El porcentaje de las cesáreas realizadas con anestesia loco-regional se ha incrementado un 1,5%.
Las complicaciones totales han disminuido un 7,65% y La Estancia Media Global ha sido de 4,4 dias 2,9 días menos que en 2005.
Al evaluar los criterios de idoneidad se observa que un 93,24% de las cesáreas urgentes cumplen los criterios y un 100% de las programadas

CONCLUSIONES

La monitorización de las indicaciones de las cesáreas, la elaboración de una vía clínica y establecer unos criterios de control de calidad, ha posibilitado en un año disminuir la Tasa de cesáreas en un 3,73% , disminuir las complicaciones globales en un 7,65% y la E.M. en 0,7 dias.
El ahorro económico del presente Plan, contando solamente las estancias evitadas en 2010, supone unos 37.793€. Cesáreas evitadas: 24. Estancias evitadas en las 24 cesáreas no realizadas con relación al parto normal:48 días. Estancias evitadas en las 112 cesáreas realizadas por la disminución de 0,7 dias de E.M: 78,4.Total

TÍTULO. **PLAN DE ESTABILIZACIÓN DE CESAREAS E IDONEIDAD DE LAS INDICACIONES. APLICACIÓN DE LA GESTION A LA PRÁCTICA CLINICA**

Autores: ARAGON SANZ MA, NOGUES-TOMAS FJ, ARRIBAS -MARCO T, GUARDIA L, ROJAS-PEREZ E. B, TABUENCA-VICEN C, GARCIA LASHERAS AJ, GARCIA ORTIN J.

ARAGON SANZ MARIA ANGELES . HOSPITAL DE BARBASTRO . GINECOLOGIA (maaragon@salud.aragon.es)

estancias evitadas: 126,4

Comunicación ORAL *** Mesa 6

Nº Reg. **171**

TÍTULO. **PRESENTACIÓN DEL TRABAJO SOBRE EL ACOMPAÑAMIENTO EN EL DUELO EN EL HSCJ DE HUESCA**

Autores: BELLOSTA MARTINEZ MA, AURIA, G, LUESMA, MC, GORGAS, MC, UBIETO, L, MUR, P, MARTINEZ-OTAL, C

BELLOSTA MARTINEZ MARÍA ASUNCIÓN . CSS HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA . HOSPITALIZACION (mabellosta@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Durante el pasado año 2010, un grupo de 8 personas nos reunimos para reflexionar y proyectar acciones de mejora en torno al tema de la muerte y el duelo, realizando las "I JORNADAS DE APROXIMACIÓN AL DUELO". Este grupo está formado por dos médicas, una psicóloga, cuatro enfermeras y una auxiliar de enfermería; La dirección de enfermería del HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS dió apoyo al grupo.

La realidad del HSCJ es la que nos puso en marcha. En primer lugar, la tasa de mortalidad en nuestro hospital en los últimos diez años se sitúa, en torno al 20%, es decir una quinta parte de los pacientes fallece en el hospital esto fue lo que nos animó a llevar a cabo estas jornadas. En segundo lugar, el número absoluto de personas fallecidas ha aumentado, como consecuencia del incremento del número de ingresos. Por ejemplo, entre los años 2008 y 2009, la cifra total de fallecimientos fue de 345.

Se abordó el tema del duelo desde distintas perspectivas, no es igual perder a un familiar de edad avanzada, que perder bruscamente a un familiar joven, en este caso la muerte se interpreta de un modo distinto, ya no es algo esperado o natural como en las personal ancianas. Entre sexos, aparece algo más elevada la muerte masculina, por lo que hay más viudas que viudos. También abordamos la cuestión de la atención al enfermo, constatando que es en las mujeres en las que suele recaer la responsabilidad del cuidado.

Con este proyecto nos planteamos dos objetivos, por un lado mejorar el acompañamiento a las personas moribundas y sus familias dentro del HSCJ, y por otro darles herramientas para afrontar sus duelos.

METODOLOGÍA

Realizamos una serie de acciones:

- Jornadas de tres días de actividades para reflexionar y sensibilizar sobre el tema planteado.
- La elaboración y distribución de un tríptico para el uso de los familiares en duelo.

Inicialmente las jornadas se iban a realizar en el HSCJ, pero debido a la gran demanda hubo que trasladar el escenario al Hospital San Jorge.

Las actividades que realizamos fueron:

- Coloquio "Necesidades emocionales de la persona enferma en fase terminal y familia".
- Mesa redonda "el gran dilema: morir en casa versus morir en el hospital".
- Presentación debate: "últimas voluntades" y vídeo forum: "Las invasiones Bárbaras"

RESULTADOS

El resultado de los indicadores utilizados fue:

- Encuesta de calidad: 7.85 puntos sobre 10
- Nº de asistentes 112 personas.

Comunicación ORAL *** Mesa 6

Nº Reg. **171**

TÍTULO. **PRESENTACIÓN DEL TRABAJO SOBRE EL ACOMPAÑAMIENTO EN EL DUELO EN EL HSCJ DE HUESCA**

Autores: BELLOSTA MARTINEZ MA, AURIA, G, LUESMA, MC, GORGAS, MC, UBIETO, L, MUR, P, MARTINEZ-OTAL, C

BELLOSTA MARTINEZ MARÍA ASUNCIÓN . CSS HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA . HOSPITALIZACION (mabellosta@salud.aragon.es)

- Nº de familias receptoras del tríptico: familiares de pacientes moribundos, además de los que tienen curiosidad por este tema

CONCLUSIONES

Los talleres resultaron un éxito, se plantea repetirla mejorando de acuerdo a las sugerencias de la encuesta.

El tríptico elaborado es muy valorado por los familiares.

Comunicación ORAL *** Mesa 6

Nº Reg. **394**

TÍTULO. **ESGUINCES DE TOBILLO MAS ECONOMICOS Y MEJOR ATENDIDOS**

Autores: BIBIAN SAN MARTIN A, BIBIAN-SANMARTIN A, EITO-CUELLO JJ, LONCAN-MARGALEJO MD, ORTEGA-CASTRILLO I, MIRALBES-CASTERA X

BIBIAN SAN MARTIN ANA . HOSPITAL DE BARBASTRO . URGENCIAS (nanabibian@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Introduccion. Las lesiones agudas de tobillo son frecuente motivo de consulta en los servicios médicos, representando un coste económico considerable. Las Reglas de tobillo de Ottawa fueron diseñadas para disminuir el número de radiografías innecesarias en los traumatismos de tobillo, han sido evaluadas para confrontar métodos tradicionales de descripción y evaluación de pruebas diagnósticas con los métodos de frecuencias naturales.

Objetivos. Reducir la incertidumbre de la práctica médica. Dar alternativas de cómo usar los hallazgos clínicos para predicciones o toma de decisiones, mejora asistencial. Minimizar agresividad de métodos diagnósticos para pacientes, mejora de salud. Optimización de recursos ahorrando coste económico

METODOLOGÍA

Tipo de Estudio. Estudio descriptivo observacional de 329 casos de esguince de tobillo. Se aplicaron las Reglas de tobillo a todos los pacientes y se solicitaron radiografía tanto si son positivas como negativas. Se registraron los datos en unas hojas diseñada para dicha cuestión. Análisis estadístico mediante SPSS 15.0

RESULTADOS

En nuestro estudio la sensibilidad combinada fue del 91,6%, la mayoría de los estudios obtuvieron niveles muy altos de sensibilidad.

La especificidad de nuestro estudio es del 20,53 % similar a los que se pueden obtener con el resultado obtenido en metaanálisis de Bachmann et al. Publicado en BMJ 2003 su resultado fue muy variable; en algunos estudios era tan baja como del 10%, en la mayoría estaba alrededor del 40%, y en otros pocos era tan alta como del 70%

CONCLUSIONES

Las Reglas del tobillo de Ottawa pueden ayudar a trabajar sobre criterios uniformes y comunes en la toma de decisiones y uso de recursos sanitarios. Se debe considerar positivo el uso y difusión de las Reglas del tobillo de Ottawa en los servicios de urgencias. La sensibilidad del 92% demostrada en nuestro estudio, confirma la eficacia clínica de las reglas para identificar a los pacientes que, presentando riesgo de presentar fractura, requieren Radiografía para su diagnóstico.

El uso de las Reglas del tobillo de Ottawa supondría un ahorro económico y asistencial, al poder disminuir las radiaciones innecesarias, los traslados, tiempos de espera... Así como una mejora en el sistema organizativo y la optimización de recursos humanos y materiales

Comunicación ORAL *** Mesa 6

Nº Reg. **395**

TÍTULO. **ACTUALIZARSE EN REANIMACION**

Autores: BIBIAN SAN MARTIN A, BIBIAN-SANMARTIN A, EITO-CUELLO JJ, LONCAN-MARGALEJO MD, ORTEGA-CASTRILLO I, MIRALBES-CASTERA X

BIBIAN SAN MARTIN ANA . HOSPITAL DE BARBASTRO . URGENCIAS (nanabibian@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

INTRODUCCION. El paro cardiorrespiratorio es la interrupción "inesperada" y potencialmente reversible de la circulación y respiración espontáneas. La incidencia de muerte súbita oscila entre 26 y 40 por 100.000 habitantes y año, incluido el ámbito hospitalario.

El SV (soporte vital) es el conjunto de acciones que se deben iniciar ante la presencia de una PCR, incluye el reconocimiento, la activación de otros recursos, el inicio de las maniobras de RCP y la prevención de complicaciones. El tiempo ideal para iniciar el SVB debe ser antes de transcurridos los primeros 4 minutos desde la PCR., siempre que se realice en condiciones permite seguir con el SVA.

OBJETIVOS.

-Concienciar a todos los trabajadores del Hospital de la importancia del conocimiento de las maniobras de SVB.

-Comenzar con un programa de formación progresiva del personal del Hospital que muestre interés, y que pretende iniciar a unos y recordar a otros las maniobras de RCP

METODOLOGÍA

El curso se desarrolló de la siguiente forma:

a) En las fechas elegidas desde las 09:30 a las 14:00 h y desde las 16:00 hasta las 19:30 h.

b) Cada módulo de SVB fue de 85 minutos, durante los 20 primeros minutos se realizó un breve recuerdo de la teoría para pasar a la realización de las prácticas en el muñeco por parte de los alumnos y bajo la supervisión de los profesores.

c) El cumplimiento del horario fué estricto, iniciándose cada módulo con los alumnos que hayan acudido, siendo el máximo de 8 por grupo.

El material didáctico teórico se realizó en presentación Word, Power-Point y video (p.p.t.)

El material didáctico práctico constó de muñecos y del material de simulación necesario para su realización.

Cada día de curso permitió la formación máxima de 40 alumnos

RESULTADOS

El 38% de las auxiliares del hospital,

El 33% del personal no sanitario:

- 17% auxiliares administrativos
- 23% celadores
- 60% servicio mantenimiento y otros

Encuesta de opinión a los participantes:

El 70% de los participantes evaluó los conocimientos adquiridos para su desarrollo profesional con > 7 en una escala de 1-10.

- El 90 % recomendarían a otros compañeros de trabajo la realización del curso.
- El 90% evaluó el curso con un 9 en una escala de 1-10.

Encuesta de opinión a los docentes:

- El 100% quedó muy satisfecho de la realización del curso

Comunicación ORAL *** Mesa 6

Nº Reg. **395**

TÍTULO. **ACTUALIZARSE EN REANIMACION**

Autores: BIBIAN SAN MARTIN A, BIBIAN-SANMARTIN A, EITO-CUELLO JJ, LONCAN-MARGALEJO MD, ORTEGA-CASTRILLO I, MIRALBES-CASTERA X

BIBIAN SAN MARTIN ANA . HOSPITAL DE BARBASTRO . URGENCIAS (nanabibian@hotmail.com)

CONCLUSIONES

Creemos que el diseño y puesta en práctica de este modelo de formación ha sido novedoso, ágil, dinámico, eminentemente práctico, y ha permitido la formación de un gran número de personas en poco tiempo

Comunicación ORAL *** Mesa 6

Nº Reg. **320**

TÍTULO. **ESTABLECIMIENTO DE UN CIRCUITO DE NUTRICION PARENTERAL (NPT) INTERSERVICIOS: MEDICINA INTENSIVA (UCI)- FARMACIA**

Autores: GONZALEZ IGLESIAS C, ALLUE FANTOVA N, CORONAS FUMANAL C, AGUAVIVA JJ, GONZALEZ CORTIJO J, LOPEZ GONZALEZ I, PRADOS CHICA J, MARTINEZ TRIVEZ P

GONZALEZ IGLESIAS CARLOS . HOSPITAL DE BARBASTRO . MEDICINA INTENSIVA (cgonzalezi@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Montar y poner en marcha un circuito para la solicitud-preparación-etiquetado y envío de la NPT de los pacientes ingresados en la UCI.
- Control y seguimiento exhaustivo del estado nutricional de dichos pacientes y adaptación de la NPT según sus requerimientos.
- Valorar resultados a los 6 meses de apertura de la unidad en noviembre 2010.

METODOLOGÍA

- Ampliación del número de fórmulas de NPT existentes en el centro (2 hasta ese momento: 1 de administración por vía periférica y 1 central), pasando a 7 (1 periférica y 6 centrales: 2 de preparación extrahospitalaria).
- Preparación de una Solicitud visual y explicita de cumplimentación manual o generación electrónica automática.
- Circuito: Cálculos a través de un programa informático de los requerimientos nutricionales 2 veces por semana (lunes y jueves) basados en resultados analíticos, situación del paciente y aportes calóricos realizados ? generación de la petición esos mismos días ? envío a Farmacia ? confección de etiquetas individualizadas ? mezclado y aditivado con vitaminas y/o minerales y/o glutamina y/o iones ? envío a UCI ? almacenaje en nevera hasta la administración.

Cualquier cambio o inicio de NPT fuera de estos días se puede realizar tras informar a los farmacéuticos.

- Registro de las NPT administradas: tipo; nº aditivadas; devueltas…

RESULTADOS

Los 6 meses preapertura de la UCI se administraron 314 NPT (129=41% periféricas + 185=49% centrales) en nuestro centro.

Los 6 meses postapertura se han administrado 576 NPT en el hospital lo que supone un incremento del 83% del consumo; de ellas 128=23% administradas en la UCI

A nivel hospitalario objetivamos un cambio de tendencia en el tipo de fórmulas administradas pre y postapertura: NPT periférica decrece un 21’4 % (del 41 al 19’6%) mientras que la NPT central aumenta un 31’4% (del 49% al 80’4%) probablemente en relación a que los pacientes cuando salen de la UCI siguen necesitando aportes nutricionales importantes durante varios días hasta su paso a otro tipo de nutrición.

CONCLUSIONES

- Con la apertura de la UCI se ha ampliado la oferta de fórmulas de NPT a disposición en el hospital pues la gravedad de los pacientes críticos hace necesario ajustar el aporte a las necesidades reales.
- El control estricto de los requerimientos nutricionales de los pacientes críticos permite adaptar la NPT de los mismos cada 72 horas.
- La creación del circuito permite la individualización de la NPT ante una mayor variedad de fórmulas evitando errores en la preparación y la administración.

Comunicación ORAL *** Mesa 6

Nº Reg. **160**

TÍTULO. **ABSENTISMO DE PACIENTES EN CONSULTAS EXTERNAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO**

Autores: NASARRE GER A, NASARRE- GER A., PUYUELO- BLECUA C.

NASARRE GER ANA . HOSPITAL DE BARBASTRO . CONSULTAS EXTERNAS (anasarreg@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Al analizar el absentismo en consultas externas del H. de Barbastro, en los dos últimos años, se objetivó que 13 % de pacientes no acudían, traducido en un aumento en las listas de espera y una mala optimización de los recursos humanos/económicos.
Conocer/tipificar las causas específicas del absentismo.
Analizar la relación entre el absentismo: edad, sexo, nacionalidad, zona de S., forma de comunicación de cita, especialidad, horario (mañana/tarde), día de la semana y si es primera visita o revisión

METODOLOGÍA

Se han recopilado los datos de pacientes que no acudieron a las consultas durante la tercera semana de cada mes (enero, febrero, marzo de 2010), excluyendo oncología y pruebas especiales (endoscopias y broncoscopias).
La recogida de datos fue telefónica, para realizar la encuesta con los items predeterminados: datos de filiación, forma de comunicación de la cita, especialidad, horario, día de semana, tipo de visita: primera/revisión, motivos del absentismo. Posteriormente se analizaron con SPSS.
Tamaño muestral con un intervalo de confianza del 99% (13359 consultas 2009), correspondía a 400 pacientes; en las tres semanas del estudio el absentismo fue de 640 pacientes (no se localizó a 102 pacientes tras 3 llamadas en días consecutivos, 60 contestaron 2º intento)

RESULTADOS

De 6500 pacientes citados el absentismo fue del 10% (640 pac.), destacando miércoles tarde (13.97%) y martes por la mañana (11.59%).
52.3% fueron mujeres, entre 71 y 80 años (18.3%) y 8.5% extranjeros (26.7% marroquíes)
Las consultas con mayor absentismo en horario de mañanas: neurología y digestivo (20%) y en tardes: geriatría y ginecología (25%)
Relacionadas con tipo de visita: revisiones traumatología (12.3%) y otorrinolaringología (18%) y en primeras visitas superando el 11%: ginecología, enfermería y oftalmología.
Entre las causas: 28.5% desconocían la cita (de ellos 13% tenían mal los datos administrativos); 17% se habían olvidado; 23.4% habían solicitado cambio/anulación de cita o les habían reprogramado la consulta sin anular la anterior.
28.5% de pacientes no anularon la cita/no acudieron por distintos motivos (ingresados, ya visitados, no podían acudir, se había pasado la causa, éxitus ...)

CONCLUSIONES

Detectamos menor absentismo; a pesar de ello, consideramos que un 10% es todavía excesivo, pudiéndose disminuir mejorando la comunicación de la cita (más cercano a la visita, evitando olvidos), recordatorios (TICs), fomentando la responsabilidad de los usuarios, actualización de datos administrativos y mejorando los sistemas de captura y recitación

Comunicación ORAL *** Mesa 6 Nº Reg. **111**

TÍTULO. **INFORMACIÓN A LAS GESTANTES DE NUESTRO MEDIO DE LAS ESTRATEGIAS DE DIAGNÓSTICO PRENATAL QUE OFRECE EL HOSPITAL DE BARBASTRO, DE ACUERDO CON ATENCIÓN PRIMARIA**

Autores: ARAGON SANZ MA, ROJAS PÉREZ-EZQUERRA, B, ARRIBAS MARCO, T, CARAZO HERNÁNDEZ, B, GUARDIA, L, NOGUÉS TOMÁS, J, TABUENCA VICÉN, C, ZEITLER, M

ARAGON SANZ MARIA ANGELES . HOSPITAL DE BARBASTRO . GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (berojpe@yahoo.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

En junio de 2008 se instauró en nuestra área el screening bioquímico de primer trimestre, método de elección para el cribado de anomalías cromosómicas avalado por nuestra sociedad, lo que nos permitió alargar en un principio la indicación de amniocentesis por edad materna a los 38años como primer paso para erradicar el criterio "edad materna". Se ha demostrado en numerosos estudios que la edad materna como criterio de amniocentesis no tiene validez, siendo muy superada por la ecografía y los métodos de screening bioquímico.

Este cambio en un criterio tan conocido en la población de gestantes de nuestro medio fue difícil de aceptar, siendo necesario una muy exhaustiva información, apoyada por la evidencia científica. En general, las pacientes fueron aceptándolo y disminuimos hasta en un 50% el porcentaje de amniocentesis, sobre todo por edad materna, pero a costa de un gran aumento de amniocentesis por ansiedad (hasta un 20% en 2009 y 19.7% en 2010).

Para intentar disminuir la cantidad de amniocentesis por ansiedad materna se decidió poner en marcha un programa de información sobre las técnicas de Diagnóstico Prenatal en nuestro medio

METODOLOGÍA

Todo esto llevó a plantearnos la creación de un folleto informativo, escrito de manera clara y sencilla, para hacer llegar a las pacientes en la primera consulta que realiza la matrona de área a las 8s, con el fin de que, al llegar a nuestra consulta, ya tengan pensado y decidido a qué técnica se van a acoger. Con ese mismo folleto iría el consentimiento informado para amniocentesis y para screening bioquímico, y un plano de situación para localizar el ecógrafo en el área de Partos.

Esto no implica que no sea el ginecólogo quien, en la primera visita a las 12s, dé todas las explicaciones correspondientes a las técnicas disponibles y la indicación médica en cada caso

RESULTADOS

En los últimos 5 años se han realizado 899 amniocentesis para diagnosticar 16 alteraciones cromosómicas graves (14 Down y 2 Edwards). De todas ellas, 507 amniocentesis se realizaron por edad materna, para diagnosticar por ese motivo 4 Sd. Down.

Únicamente el 25% de las anomalías graves se diagnosticaron por edad materna.

El 37.5% se diagnosticaron por screening bioquímico (+) y el 37.5% por TN aumentada. En conjunto, un 75%, similar al resto de estadísticas.

Las tasas de amniocentesis por ansiedad materna se dispararon del 8% aproximadamente al 20% tras la instauración del screening del primer trimestre.

CONCLUSIONES

Se mantiene el descenso en el número de amniocentesis desde la implantación del cribado de primer trimestre a pesar de que crece ligeramente el número de amnios indicadas por edad materna, achacable al cada vez mayor número de embarazadas de >35-38 años, y al porcentaje estable de amnios por ansiedad materna, que no hemos conseguido disminuir en 2010. Para disminuir todavía más el número de amniocentesis tenemos que intentar disminuir las que se realizan por ansiedad ya que las demás indicaciones se mantendrán siempre en proporción estable. La principal forma para hacerlo es una correcta información a las embarazadas.

Comunicación ORAL *** Mesa 6 Nº Reg. **112**

TÍTULO. **CREACIÓN DE LA GUÍA CLÍNICA SOBRE LA INDUCCIÓN DE PARTO Y CONTROL DE LA MISMA COMO UNA ESTRATEGIA MÁS PARA REDUCIR LA TASA DE CESÁREAS**

Autores: ARAGÓN SANZ MÁ, ROJAS PÉREZ-EZQUERRA, B, ARRIBAS MARCO, T, CARAZO HERNÁNDEZ, B, GUARDIA, L, NOGUÉS TOMÁS, J, TABUENCA VICÉN, C, GARCÍA LASHERAS, AJ

ARAGÓN SANZ MARÍA ÁNGELES . HOSPITAL DE BARBASTRO . GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (berojpe@yahoo.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La inducción de parto es una de las técnicas más utilizadas en obstetricia, alcanzando en nuestro Servicio cifras de hasta el 19.81% de los partos durante el año 2010, cuando la OMS recomienda que no se supere el 10%. Aprovechando la actualización del protocolo de la SEGO sobre el embarazo cronológicamente prolongado, dentro de la estrategia del servicio para disminuir la tasa de cesáreas (recogido en otro proyecto de calidad) y siguiendo las recomendaciones de la OMS y de la "Estrategia para la asistencia al nacimiento" del Ministerio de Sanidad, se decidió realizar una guía clínica sobre la inducción de parto para protocolizar los métodos y las indicaciones para llevarla a cabo, con el fin de disminuir la tasa de inducción y secundariamente la de cesáreas.

METODOLOGÍA

Se realizó un análisis de las inducciones programadas del año 2010 obteniéndose los siguientes resultados:
Número de inducciones: 128 Total de partos: 646. Tasa de inducciones: 19.81%.
Tasa de cesáreas: 22.65% (tasa de cesáreas general del servicio 17%):
Tocurgia: 9.37%
Partos eutócicos: 67.96%
Principal causa de inducción: RPM (38.28%), embarazo cronológicamente prolongado (31.25%),meconio (7.03%), RCIU (6.25%), EHE (7.81%), DG (3.12%), macrosoma (1.5%).
Tasa de cesárea corregida por causa de la inducción: RPM (21.62%), embarazo prolongado (26.08%), meconio (30%), RCIU (0%), EHE (14.28%), DG (33.33%), macrosoma (100%)

RESULTADOS

Se ha creado una base de datos con todos los casos de inducción.
La intención es analizar las causas cada 6-12m, para ver si cumplen los criterios exigidos por la SEGO.
Además analizar los métodos seguidos para la inducción y comprobar que siguen las normas del protocolo de asistencia al parto normal del que disponemos en el servicio.
Se ha creado un protocolo de inducción de parto. Está pendiente la creación de una guía clínica.
Se distribuye en la última visita de embarazo un consentimiento de plan de parto a todas las gestantes de nuestro área

CONCLUSIONES

Tras la implantación en el año 2010 de los criterios de indicación de cesárea siguiendo el proyecto de calidad "Estrategias para la reducción de la tasa de cesáreas" pasamos de un 21.3% en 2009 a un 17% en 2010. Siguiendo esto, pretendemos, dando unos criterios de inducción de parto y ajustándonos al nuevo protocolo del Servicio, conseguir disminuir la tasa de inducciones y consecuentemente, la de cesáreas.

Comunicación ORAL *** Mesa 6

Nº Reg. **329**

TÍTULO. **VALIDEZ DE LA LECTURA DE RETINOGRAFÍAS A PACIENTES DIABÉTICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA (AP)**

Autores: TORRES CLEMENTE E, LUEZA LAMPURLANES C, ALTEMIR CAMPO L, CLEMENTE ROLDÁN E, BUIL VIDALLER JA, PUYOL RAMI E, CHAVERRI ALAMAN C

TORRES CLEMENTE ELISA . CS BINEFAR . CS BINEFAR (etorres@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La retinopatía diabética (RD) es la primera causa de ceguera en España. Su prevalencia estimada oscila entre 15-30% pacientes diabéticos, en función del tiempo de evolución y el tipo. Un diagnostico y tratamiento precoces mejoran la agudeza visual. La estrategia de cribado de la RD utilizando la imagen digital obtenida con cámara de retina no midriática comporta importantes beneficios frente al método tradicional, se considera la más apropiada por su sencillez de uso, alta sensibilidad, menor necesidad de recursos humanos y elevada rentabilidad social.

Este proyecto tiene como objetivos reducir la incidencia de ceguera por retinopatía y/o retrasar su aparición; así como aumentar la cobertura de este servicio llegando a que todos los pacientes diabéticos de nuestra zona, estén explorados. Valorar la capacidad predictiva de la lectura de retinopatías no midriáticas de pacientes diabéticos entre oftalmólogos y un grupo de médicos de AP previamente sometidos a un proceso de adiestramiento.

METODOLOGÍA

El proyecto comenzó a mediados de 2008 y se entrenó a dos médicos de AP en la lectura de retinopatías, los cuales valoran las imágenes tomadas y posteriormente éstas son valoradas por los oftalmólogos del hospital.

Durante 2009 y 2010 se incluyó en el estudio a los diabéticos tipo 2 citados para cribado de retinopatía. Se excluyeron los pacientes que no acudieron a la cita en dicho periodo, los diabéticos tipo 1, las cegueras y los pacientes diagnosticados previamente de RD.

Se ha calculado la captación del programa, la cobertura del cribado entre los diabéticos pertenecientes a nuestra zona, así como la prevalencia de RD en estos pacientes.

Se analizó la capacidad predictiva de la lectura de retinografías entre los médicos de AP en comparación con la valoración realizada por los oftalmólogos (gold estándar). Los resultados se presentan con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC95%).

RESULTADOS

El año 2010 se ha citado a 700 pacientes, de los que 224 no acudieron a la cita (captación del programa del 68%), mientras que el año 2009 la captación fue del 73%.

% de pacientes con retinografía en el cribado entre los diabéticos (sin retinopatía previa) incluidos en cartera de servicios: Año 2009: 493 / 674 = 73,15% ; 2010: 476 / 721 = 66,02%.

Prevalencia de RD en el cribado entre las retinografías realizadas: 165 / 493 = 33,47% (2009); 163 / 476 = 34,24% (2010).

Sensibilidad de la lectura por médicos de AP: 96,1% (IC95%: 91,3%-98,4%). Especificidad: 62,9% (IC95%: 59,3%-66,4%). Valor predictivo positivo: 34,9% (IC95%: 30,4%-39,7%). Valor predictivo negativo: 98,7% (IC95%: 97,1%-99,5%).

CONCLUSIONES

El programa ha mostrado una alta captación, cobertura y accesibilidad.

El cribado en AP tiene una alta sensibilidad, y alto valor predictivo negativo, por lo que se demuestra que es adecuado como screening poblacional para que no queden sin diagnostico pacientes con patología.

IX JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD EN SALUD

Zaragoza, 21 y 22 de junio de 2011

Mesa 7 * 22 Miércoles-09:30 h.

Reg	Apellidos y Nombre	Título de la Comunicación
310	GARCES HORNA, SILVIA	CARACTERÍSTICAS DE LA ASISTENCIA DEL DOLOR TORÁCICO EN URGENCIAS
15	GASPAR RUZ, MARIA LUISA	PROGRAMA DE ACOGIDA PARA PACIENTES DE HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO DEL HOSPITAL PROVINCIAL NTRA.SRA. DE GRACIA
85	GIMENEZ BARATECH, ANA CARMEN	INICIACIÓN EN LA CERTIFICACIÓN EN LA NORMA ISO 9001 EN EL CENTRO DE SALUD DE BERDÚN
444	GIMENEZ BLASCO, NATALIA	ANALISIS Y EVALUACIÓN DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO POR EL 061 ARAGON
402	GOMEZ BARAZA, CRISTINA	OPTIMIZACIÓN DEL TRABAJO EN EL ÁREA DE FARMACOTÉCNIA: GESTIÓN DE LAS DEVOLUCIONES DE LAS NUTRICIONES
432	GOMEZ GARCIA, MARIA JOSE	PERCEPCIÓN EN LAS TRABAJADORAS DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
315	GOMEZ NAVARRO, RAFAEL	APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA FRAX® PARA LA DETERMINACION DEL RIESGO DE FRACTURA EN MUJERES DE UN ÁMBITO
220	GOMEZ TIJERO, NAROA	MEJORA CONTÍNUA EN EL ÁREA DE ENSAYOS CLÍNICOS MEDIANTE EL REGISTRO DE INCIDENCIAS
351	GOMEZ TIJERO, NAROA	MEJORA DE LA CONSERVACIÓN Y UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL HOSPITAL
354	GOMEZ TIJERO, NAROA	PUESTA EN MARCHA DE ACCIONES DE MEJORA CONTÍNUA EN EL SERVICIO DE FARMACIA TRAS LA CERTIFICACIÓN ISO 9001:2008
278	GRACIA CASADO, GEMA LUCIA	IMPULSO DE LOS CCD EN LA SECCIÓN NEONATAL DEL HUMS. UN LARGO RECORRIDO PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LOS

Comunicación ORAL *** Mesa 7

Nº Reg. **310**

TÍTULO. **CARACTERÍSTICAS DE LA ASISTENCIA DEL DOLOR TORÁCICO EN URGENCIAS**

Autores: GARCÉS HORNA S, GARCÉS HORNA V, RIOS-PEREZ S, ABAD S, BALLABRIGA-CLAVERIA J, ABADIA V, PEREZ-ARDISA MJ

GARCÉS HORNA SILVIA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . URGENCIAS (sgarcesh@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Analizar de forma retrospectiva las características asistenciales de todos los pacientes que acuden a urgencias de un hospital terciario por dolor torácico no traumático (DT).

METODOLOGÍA

El servicio de urgencias del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza atiende a los pacientes siguiendo un circuito donde el primer eslabón es el box de triaje, enfermería utiliza el soporte informático con el programa SET e-PAT, junto con la toma de constantes y realización de electrocardiograma.
Uno de los motivos de consulta más frecuente es el dolor torácico.
Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, mediante revisión informatizada de las historias clínicas atendidas en el Servicio de Urgencias del Hospital Miguel Servet de Zaragoza durante un periodo de 2 meses. Se recogieron aquellas cuyo motivo de consulta fue dolor torácico sin especificar (cod.786.50), disconfort torácico (cod.786.59), dolor torácico pleurítico (786.52) o dolor visceral torácico (cod.786.51). Se excluyó el dolor torácico de origen traumático.
Además de datos peristáticos y antropométricos, se analizaron: nivel de prioridad, hora y día de admisión, demora de triaje, destino del paciente y diagnóstico definitivo. Se utilizó para el análisis estadístico el programa SPSS, versión 14.0 para Windows

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se atendieron un total de 19873 urgencias, de las cuales 667 fueron por dolor torácico, lo que supone una incidencia de 3.35 %. La media diaria de pacientes con DT fue de 11.3. La edad media fue de 59.41±19.38 años con predominio del sexo masculino (58.92 %), sin encontrar diferencias de edad en cuanto a sexo (p=0.198).
El nivel de prioridad I fue un 4.6 %, el nivel de prioridad II un 63.7 %, nivel de prioridad III un 27.4 % y nivel de prioridad IV un 4.2 %. Según el horario de atención se encontró un claro predomino de esta patología en turno de enfermería de mañana (8h. a 15h.) con respecto a la tarde y noche (p=0.000), teniendo en cuenta que la prioridad más frecuente fue nivel II. En cuanto al día de la semana se atendieron 124 pacientes el lunes (18.59%), siendo significativamente superior al resto de días (p=0.017): martes 14.69%, miércoles 15.14%, jueves 13.49%, viernes 14.39%, sábado 12,59%, domingo 11,09%. La demora media de triaje fue 7.50±7.16 minutos, siendo 6.35 minutos en el nivel I. En cuanto al área de atención inicial del paciente: la mayoría fue en boxes de exploración general (81 %) y un 9% en box vital. El destino final desde el servicio de urgencias fue: domicilio 68.7% (57.7% directos y resto tras observación), ingreso en planta de hospitalización 23.8%, traslados a otros hospitales 3%, exitus 0.3%. Según el diagnóstico final patología cardiacovascular fue del 40,47%, patología respiratoria 7,34%, patología abdominal 4,64%, síndromes ansiosos 3,74%, otros 3%

CONCLUSIONES

- En la bibliografía revisada encontramos el tiempo de demora de DT en triaje superior a nuestro estudio.
- Observamos una afluencia significativamente superior de DT los lunes.
- Es el turno de mañana de enfermería que más pacientes atiende con este motivo de consulta.
- Un alto porcentaje de pacientes triados como DT son diagnosticados por patología cardiovascular

Comunicación ORAL *** Mesa 7 Nº Reg. **15**

TÍTULO. **PROGRAMA DE ACOGIDA PARA PACIENTES DE HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO DEL HOSPITAL PROVINCIAL NTRA.SRA. DE GRACIA**

Autores: GASPAR RUZ , GASPAR ML

GASPAR RUZ . HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA . HOSPITAL DE DIA GERIATRICO (mlgaspar69@gmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Favorecer la adaptación del paciente al servicio desde el momento inicial.
Ofrecer un espacio para que el cliente plantee sus expectativas y dudas sobre el programa de rehabilitación.
Obtener información sobre cómo ha vivido el usuario su estancia en HDG que nos permitirá orientar nuestros esfuerzos a la mejora de los déficits detectado

METODOLOGÍA

Redactar un protocolo de acogida que se realizará el primer día de estancia en HDG, tanto para pacientes externos, como para pacientes ingresados que vengan a cursar estancia por un día.
Registrar incidencias para lo que se elaborará una hoja de recogida de datos.
Entregar folleto informativo para paciente y familiares sobre el funcionamiento de HDG y el profesional de referencia en HDG.
Realizar valoración del protocolo de acogida al inicio de la asistencia al HDG mediante encuesta.
Realizar una encuesta de satisfacción en el momento del alta del usuario

Comunicación ORAL *** Mesa 7 Nº Reg. **85**

TÍTULO. **INICIACIÓN EN LA CERTIFICACIÓN EN LA NORMA ISO 9001 EN EL CENTRO DE SALUD DE BERDÚN**

Autores: GIMENEZ BARATECH AC, ARNAL-BARRIO A, GARCÉS-ROMEO T, BOSQUE-ORÓS A, ASCASO-CASTÁN L, VITORIA-GÓMEZ MA, REPOLLÉS-RUEDA J

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

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Conseguir que todos los miembros del EAP trabajemos eficazmente en el sistema de calidad.
- Elaborar un Manual de Acogida propio del Centro de Salud que contenga de manera ordenada toda la información para facilitar el trabajo diario de los profesionales.
- Conseguir la certificación ISO 9001

METODOLOGÍA

- Reunión del EAP con el Coordinador de Calidad del Sector, donde nació el Grupo de Calidad del EAP.
- Asistencia a talleres formativos y reuniones con la consultora externa ICSA. Se trabajó en las diferentes áreas según el plan establecido, hasta llegar a la Auditoría Interna.
-Reuniones con todo el EAP de Berdún para elaborar calendario, formular objetivos, nombrar responsables de las diferentes tareas y profundizar en el conocimiento del Manual de Calidad de SALUD.
- Desarrollo de las diferentes actividades, según nuestro calendario, iniciando el trabajo en octubre de 2010 y finalizando en mayo de 2011, para continuar con las actividades de mejora

RESULTADOS

- Se formó un equipo de mejora, que logró implicar a la mayoría del EAP en el trabajo en calidad.
- Se llevaron a cabo: 5 talleres formativos, 6 reuniones con la consultora externa y 12 reuniones de equipo sobre mejora en calidad.
- Se elaboró un Manual de Acogida, en el que se trabajó en las diferentes áreas propuestas por el Coordinador de Calidad de Sector y la consultora.
- Se trabajó en los cuatro Procedimientos Operativos de nivel II de nuestro sector.
- Se logró cumplir el calendario previsto para la realización de las diferentes actividades, iniciando así el ciclo de mejora continua en calidad

CONCLUSIONES

- La metodología de trabajo según la Norma ISO 9001, nos ha sido de gran ayuda para mejorar el control de la documentación y registros y optimizar la gestión de recursos materiales, instalaciones y equipos.
- Nos ha motivado para llevar a cabo el orden y limpieza necesarios en el centro de salud y los consultorios locales.
- La implicación de la mayoría de los miembros del Equipo es indispensable para la consecución de los objetivos marcados

Comunicación ORAL *** Mesa 7

Nº Reg. **444**

TÍTULO. **ANALISIS Y EVALUACIÓN DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO POR EL 061 ARAGON**

Autores: GIMENEZ BLASCO N, MENDOZA ANA BELÉN, MAINAR-GÓMEZ BELÉN

GIMENEZ BLASCO NATALIA . UME FRAGA . 061 ARAGON (ladyarroba@gmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Conocer la fidelización de los médicos del 061 a través de la cumplimentación de los formularios.
- Analizar los SCA tratados desde el 061 a partir de la implantación de la base de datos.
- Independizarnos en la recogida de los datos de nuestra Comunidad Autónoma.
- Disminuir la perdida de avisos desde nuestro programa informatico del CCU (SENECA) con la recogida de datos del formulario del SCA

METODOLOGÍA

- Tras la adaptación por el grupo de Cardiopatia Isquemica del 061 ARAGON de las últimas recomendaciones de las guías Europeas 2007y 2009 sobre el tratamiento del síndrome Coronario Agudo (SCA), se creó un formulario para la recogida de los datos que fue avalado como proyecto de mejora del año 2010.
- Desde Junio del 2010 los médicos del 061 pueden cumplimentar dicho formulario desde cada base operativa para ello se realizó una sesión para difundir las guías y el formulario.
- Dicho formulario está instalado en una página web a la cúal se accede a través de la intranet del 061 aragón mediante usuario y clave proporcionadas por el grupo de Cardiopatía Isquemica.
- Los datos son recogidos por los médicos que atienden al paciente y quedan guardados en una base de un servidor que proporciona una empresa externa con alto grado de confidencialidad y seguridad

RESULTADOS

- La incidencia total de avisos clasificados como CIES 410 y 411 han sido 303, de los cuales 129 corresponden a SCACEST y 174 a SCASEST.
- Se realizarón fibrinolosis prehospitalarias en 62 ocasiones (48% del total de SCACEST)
- Se activo la alerta hemodinámica en 31 casos(24% del total de SCACEST)
- El tiempo desde la llegada al paciente con SCA a la realización de ECG fue inferior a 8 minutos en el 100% de los casos.
- Los SCA que precisaron tto fibrinolitico el tiempo puerta aguja fue inferior a 30 minutos en el 72,5%

CONCLUSIONES

- Se ha incrementado la incidencia de SCA con revascularización tratada mediante fibrinólisis ó activación de alerta hemodinámica un 38% en 5 años, aún así debemos continuar trabajando en esta línea de mejora del tratamiento del SCA

Comunicación ORAL *** Mesa 7

Nº Reg. **402**

TÍTULO. **OPTIMIZACIÓN DEL TRABAJO EN EL ÁREA DE FARMACOTÉCNIA: GESTIÓN DE LAS DEVOLUCIONES DE LAS NUTRICIONES PARENTERALES**

Autores: GOMEZ BARAZA C, ALVAREZ-GARRIDO N, ARRONDO-ARRONDO MT, FERNANDEZ-MOTA R, SAHUN-ROYO M, SANCHEZ-ZANCAJO R, SORIA-PUERTA V, YUVERO-CISNEROS, RM

GOMEZ BARAZA CRISTINA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . FARMACIA HOSPITALARIA (cristigb83@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Analizar las características de las devoluciones de Nutriciones Parenterales (NP) al laboratorio de farmacia, con el propósito de optimizar el trabajo en el área de farmacotecnia para reducir las preparaciones innecesarias y mejorar la gestión de los recursos.

METODOLOGÍA

Trabajo realizado en el área de preparaciones estériles del laboratorio de farmacia de un hospital de tercer nivel.

En Enero de 2009 se diseño una hoja de recogida de datos donde se anotaron variables de cada nutrición a medida que eran devueltas. Las variables recogidas fueron: tipo de nutrición, servicio clínico implicado, forma de devolución, motivo y coste. Se analizaron los datos de 2009 y 2010, tanto globalmente como de forma comparativa

RESULTADOS

Los servicios mayormente implicados fueron UCI (21,0%), oncología (12,0%), cirugía general (16,2%), medicina interna (12,1%) y urología (8,6%).

Se devolvieron 368 nutriciones en 2009 (2,5%) y 522 en 2010 (3,3%), lo que supuso una tasa de 1-1,4 devoluciones/día; de estas, el 71,9% eran NP centrales y el 28,1% periféricas, con porcentajes similares los dos años.

Los motivos de las devoluciones en 2009 y 2010 respectivamente fueron 48,6 y 46,9% paso a vía oral, 17,1-16,0% éxitus, 11,4-14,1% cambio en la NP, 6,5-4,7% alta, 6,1 y 7,1% cambio de vía y 10,2-7,7% por otras causas.

La vía de notificación fue: 45,3% por escrito, 40,3% por teléfono y 14,4% a través del celador, con porcentajes similares ambos años. En los casos en los que se pudo conocer el dato, un 71,4% de las devoluciones fueron evitables en 2010. En 2009 no se recogió dicho valor.

En cuanto al análisis de NP devueltas sobre preparadas por servicio, se observó un aumento significativo en la tasa de devoluciones: medicina interna (6,2 y 8,1% en 2009 y 2010 respectivamente), urología (5,5 y 7,0%), oncología (4,5 y 6,5%), endocrinología (6,7 y 3,0%), reanimación (3,4 y 3,0%), UCI (2,5 y 3,2%) y cirugía general (1,5 y 2,7%).

De las nutriciones devueltas y registradas se reutilizó un 49,6% en 2010 frente a un 32,1% en 2009, lo que supuso un ahorro de 17.756 y 12.000 € respectivamente

CONCLUSIONES

Se observa un aumento de las devoluciones, debido, presumiblemente, a un mayor registro de éstas, ya que tras el análisis realizado en 2009, se llevó a cabo una recogida de datos más sistemática.

Aunque el mejor registro ha permitido un mayor control del proceso y reutilización de las NP devueltas, la tasa de preparaciones innecesarias continúa siendo alta, por lo que se llevarán a cabo una serie de medidas correctoras.

Comunicación ORAL *** Mesa 7

Nº Reg. **432**

TÍTULO. **PERCEPCIÓN EN LAS TRABAJADORAS DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA SOBRE LA NORMA ISO 9001**

Autores: GOMEZ GARCIA MJ, GOMEZ-GARCIA MJ, RODRÍGUEZ-COGOLLO R, FRANCO-CEBRIAN R, LATORRE-BARTOLO S., PALLARES-BONFIL E, DE FRANCISCO-YELA D

GOMEZ GARCIA MARIA JOSE . HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA . ESTERILIZACION (mjgoga@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Nuestra central de esterilización esta certificada según la norma ISO 9001:2008 desde hace 5 años. La norma establece los requisitos de sistemas de gestión de la calidad y promueve la adopción de un enfoque basado en procesos, con el fin de mejorar la calidad del producto o servicio y aumentar así la satisfacción del cliente.
Conocer la percepción, actitud e identificar si existen barreras entre las trabajadoras de la central de esterilización frente a la norma ISO 9001 implantada hace 5 años en la central.

METODOLOGÍA

Estudio transversal en el que se realizó una encuesta autocumplimentada a todas las trabajadoras de la central de esterilización del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. La encuesta consta de 10 preguntas, y con respuestas cerradas que miden el grado de acuerdo o desacuerdo con el enunciado mediante una escala.

RESULTADOS

La tasa de respuesta fue del 92% de las trabajadoras. El 100% de las trabajadoras conocen donde encontrar la información de la ISO 9001, pero sólo un 91% dicen conocerla completamente. Un 70% del personal están de acuerdo en trabajar con protocolos, y un 95% están de acuerdo en que la norma encaja en su forma de trabajar. El 82% confirman que los responsables de la central están implicados en el buen funcionamiento de la misma. Entre las trabajadoras con más de 4 años de actividad en la central el 40% refieren que ha cambiado su forma de trabajar. El 50% están de acuerdo en que aumenta la dedicación a escribir el desarrollo de sus actividades . El 60% refieren que no han notado cambios en los procesos que realizaban antes de la implantación de la norma y el 60% cree que ha mejorado el control de la calidad en la central de esterilización

CONCLUSIONES

La norma ISO 9001 es una herramienta de trabajo que favorece la calidad de los procesos en general. Se adapta a su forma de trabajar, y no aumenta las cargas laborales de las trabajadoras. Se trabaja de igual manera que antes de la implantación de la ISO 9001 sin generar grandes cambios estructurales en los procesos de los trabajadores de la central, mejorando la percepción de calidad para las trabajadoras.

Comunicación ORAL *** Mesa 7

Nº Reg. **315**

TÍTULO. **APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA FRAX® PARA LA DETERMINACION DEL RIESGO DE FRACTURA EN MUJERES DE UN ÁMBITO RURAL**

Autores: GOMEZ NAVARRO R

GOMEZ NAVARRO RAFAEL . CS TERUEL RURAL . TERUEL (rgomezn@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Determinar el riesgo de fractura en mujeres postmenopáusicas y aplicar recomendaciones sobre la solicitud de DEXA y/o de iniciar tratamiento antiresortivo

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal en una población rural de 261 habitantes. Estudiamos todas las mujeres entre 40 y 90 años, no procediendo muestreo. Calculó el riesgo de fractura mediante la herramienta FRAX®. Causas de exclusión: seguir tratamiento con antiresortivos y enfermedad terminal. Recomendaciones sobre la solicitud de DEXA y/o de iniciar tratamiento basadas en la Guía Europea para el diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis en la mujer postmenopáusica. Datos procesados con el paquete estadístico SPSS 15.0. Resultados presentados como frecuencias o medias ± desviación estándar.

RESULTADOS

87 mujeres de entre 40 y 90 años. Excluidas 7 por tratamiento antiresortivo y 1 por enfermedad terminal. Pérdidas: 1 por fallecimiento y 2 por cambio de residencia. Número final estudiadas: 76. Riesgo absoluto de fractura osteoporótica del 8,18 ± 7,93 y riesgo de fractura de cadera del 3,71 ± 5,36. Se recomienda solicitar DEXA en 9 (11,8 %) y plantear el inicio de tratamiento en 3 (3,9 %). En 9 (> 84 años), la Guía no establece recomendaciones. Número necesario de mujeres a cribar para obtener una recomendación de realizar DEXA es 8,4 y 25,3 para iniciar tratamiento. Lo Iniciamos en los 3 casos recomendados y en otra más para la que la Guía no emitía recomendación.

CONCLUSIONES

La herramienta FRAX® se ha mostrado útil, sencilla y práctica para decidir el tratamiento antiresortivo en nuestra población.

Comunicación ORAL *** Mesa 7

Nº Reg. **220**

TÍTULO. **MEJORA CONTÍNUA EN EL ÁREA DE ENSAYOS CLÍNICOS MEDIANTE EL REGISTRO DE INCIDENCIAS**

Autores: GOMEZ TIJERO N, IDOIPE A, BERNABE S, CAÑAMARES I, GÓMEZ-BARAZA C, LARRODE I, HUARTE R, ABAD R

GOMEZ TIJERO NAROA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . FARMACIA (ngomezt@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La gestión por parte del Servicio de Farmacia (SF) de la medicación de Ensayo Clínico (EC) es un aspecto crítico en el desarrollo del ensayo. El objetivo de este estudio es analizar las incidencias registradas en el área de EC del SF para identificar y resolver problemas de calidad, dentro de un proceso de mejora continua

METODOLOGÍA

En 2009 se inició el registro de las desviaciones ocurridas en el área de EC en un formato que incluía: fecha, persona que notificaba, ensayo, fase del proceso (protocolo, recepción, prescripción, validación, preparación, dispensación, administración, devolución, registro), servicio clínico, profesional implicado, descripción de la incidencia y medidas correctoras aplicadas. Se revisaron todas las incidencias registradas durante 2009 y 2010 analizándolas tanto por servicio como por profesional y fase del proceso implicados. Se analizaron las principales causas que las motivaron y las medidas tomadas en cada caso

RESULTADOS

En los 174 EC en los que participó el SF se registraron 123 incidencias, que ocurrieron principalmente en las fase de prescripción (50%), dispensación (19%) y recepción de muestras (7%).
El análisis de las incidencias en la prescripción reveló que éstas ocurrieron en un 1,8% del total de prescripciones realizadas (72/3928). Las causas más habituales fueron: no especificación de que la prescripción corresponde a un EC (54%), prescripción incompleta (22%) y dosis no ajustada al protocolo (21%). La intervención inmediata llevada a cabo siempre fue la comunicación directa con el investigador.
En cuanto a la dispensación, los errores más frecuentes fueron el número de unidades dispensadas (30%) y la omisión de información al paciente (26%). Otros errores fueron dispensación de medicación comercial en lugar de la muestra para investigación (13%) e incumplimiento de requisitos administrativos (13%).
Las incidencias en la recepción fueron preferentemente discrepancias en el albarán de envío (33%) y problemas en el transporte (33%)

CONCLUSIONES

Las oportunidades de mejora detectadas, tras el análisis de incidencias, consisten en ampliar la prescripción electrónica, recordar y difundir las normas de dispensación al personal implicado, resaltando adecuadamente los requisitos de dispensación e informar sobre las recepciones erróneas al personal implicado (monitor, promotor, transportista).
El conocimiento de los errores permite determinar los elementos que revelan deficiencias y establecer medidas para controlarlos y disminuirlos, incrementando así la eficiencia del proceso

Comunicación ORAL *** Mesa 7

Nº Reg. **351**

TÍTULO. **MEJORA DE LA CONSERVACIÓN Y UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL HOSPITAL**

Autores: GOMEZ TIJERO N, ABAD R, HUARTE R, PERRINO MJ, CANTALAPIEDRA E, AGUSTÍN MJ, CARCELÉN J, NAVARRO H

GOMEZ TIJERO NAROA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . FARMACIA (ngomezt@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El Servicio de Farmacia tiene entre sus funciones velar por la adecuada conservación y utilización de los medicamentos depositados en las unidades de enfermería. El objetivo de este trabajo es mejorar la gestión de estos medicamentos fomentando y proporcionando herramientas para una conservación óptima y utilización segura de los medicamentos en el hospital.

METODOLOGÍA

En Diciembre de 2009 y 2010 se realizó, por parte de un farmacéutico, una supervisión de cada depósito de medicamentos ubicado en las unidades de enfermería (un mínimo de 50 especialidades por depósito), valorándose la totalidad de los depósitos del hospital Miguel Servet (n=75). Se utilizó una hoja de recogida de datos que incluía una serie de ítems relacionados con las normas de conservación de medicamentos en los botiquines, así como un indicador de medicamentos mal conservados. Se compararon los resultados entre ambos años.

RESULTADOS

Se observó una notable mejoría en 2010 en cuanto al orden (63,2% de los depósitos ordenados por caducidades frente al 30% en 2009) y la identificación (45,8% de los botiquines con más de una especialidad por cajetín en 2010 frente al 59,2 en 2009). En relación a la conservación, los datos más llamativos fueron los siguientes: no se especificaba la fecha de reconstitución en un alto porcentaje de jarabes y viales reconstituidos (44,4% en 2009 y 61% en 2010), ni la fecha de apertura de colirios abiertos (66,7% en 2009 y 67,5% en 2010), datos imprescindibles para valorar la fecha de validez de los mismos. El 20,3% de los medicamentos revisados en 2009 (618/3047) y el 18% en 2010 (968/5373) fueron rechazados por encontrarse en mal estado de conservación (caducados, sin fecha de validez o mal conservados). Asimismo, no se disponía de control de temperaturas en ningún frigorífico.
Tras el análisis de resultados se han puesto en marcha acciones de mejora que incluyen la difusión de estos resultados y la realización sistemática de revisiones periódicas internas de los depósitos por parte del personal de enfermería de cada unidad.

CONCLUSIONES

A pesar de la mejora detectada en cuanto al orden tras la primera revisión realizada, nos encontramos ante un grave problema de conservación de medicamentos que puede tener repercusiones sanitarias (falta de eficacia, producción de efectos adversos por administración de un fármaco en mal estado, falta de confianza del paciente en el sistema sanitario) y repercusiones económicas. Las medidas planteadas deben evaluarse para confirmar su influencia en la disminución del Nº de fármacos en mal estado de conservación.

Comunicación ORAL *** Mesa 7

Nº Reg. **354**

TÍTULO. **PUESTA EN MARCHA DE ACCIONES DE MEJORA CONTÍNUA EN EL SERVICIO DE FARMACIA TRAS LA CERTIFICACIÓN ISO 9001:2008**

Autores: GOMEZ TIJERO N, IDOIPE A, SÁNCHEZ R, ABAD R, GÓMEZ-BARAZA C, LÓPEZ A, VELA ML, PALOMO P

GOMEZ TIJERO NAROA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . FARMACIA (ngomezt@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Tras la obtención de la certificación ISO 9001:2008, la calidad del Servicio de Farmacia (SF) se ha empezado a gestionar en base a esta norma, lo que ha dado como resultado la detección de oportunidades de mejora.

METODOLOGÍA

Durante el año 2010, se elaboró toda la documentación del sistema de gestión de calidad del SF requerida según la norma ISO 9001:2008. Asimismo, se elaboró y difundió a todo el personal el manual de acogida.

Se puso en marcha un registro de incidencias y de no conformidades para cada uno de los diferentes procesos del SF y se establecieron y comenzaron a medir indicadores de calidad para cada proceso. Tras la realización el mismo año de una auditoría interna y de la correspondiente revisión por la dirección, se consideró que el sistema de gestión de calidad del SF cumplía todos los requisitos de la norma, por lo que se procedió a realizar una auditoría externa, obteniéndose la certificación ISO 9001:2009 en Abril de 2010.

RESULTADOS

Tras la auditoría externa, se han puesto en marcha las siguientes acciones de mejora surgidas durante todo el proceso de certificación: mejora de la gestión de ensayos clínicos (EC) mediante la informatización del registro de EC, fomento de la correcta cumplimentación de las órdenes médicas de tratamiento mediante la difusión a las Unidades Clínicas de unas normas básicas de cumplimentación, disminución del número de devoluciones de mezclas endovenosas preparadas en el laboratorio de farmacia, mediante la difusión de un nuevo formato que acompaña a cada devolución, mejora de la trazabilidad en la entrega y recogida de preparaciones del laboratorio de farmacia mediante el registro de iniciales por parte del personal auxiliar, disminución del número de medicamentos caducados mediante la sistematización de la revisión de caducidades y planificación de una formación interna del personal auxiliar y de enfermería del SF mediante la realización de sesiones internas.

CONCLUSIONES

Establecer un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos más importantes realizados en el SF estén perfectamente descritos y documentados y establecer una serie de indicadores de calidad, nos permite medir periódicamente el estado de nuestro trabajo, así como detectar posibles áreas de mejora, lo que es básico para garantizar la calidad del servicio. La puesta en marcha de las acciones de mejora detectadas durante el proceso de certificación es la forma más efectiva de mejorar la calidad y eficiencia de nuestro servicio.

Comunicación ORAL *** Mesa 7

Nº Reg. **278**

TÍTULO. **IMPULSO DE LOS CCD EN LA SECCIÓN NEONATAL DEL HUMS. UN LARGO RECORRIDO PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LOS PADRES**

Autores: GRACIA CASADO GL, ABADIA J, ALCALDE MA, CONTRERAS MJ, LOP C, LOZANO C, ROSEL M, ROY MT

GRACIA CASADO GEMA LUCIA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . NEONATOS (glgracia@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Mejorar los cuidados de enfermería aplicados a los recién nacidos ingresados en las unidades neonatales así como facilitar el papel de cuidador principal a sus padres.
Mejorar el macroambiente de las unidades neonatales

METODOLOGÍA

- Realización de cursos para formar al personal de enfermería en Cuidados Centrados en el Desarrollo y participación de los padres.
- Puesta en marcha de medidas macroambientales en las unidades que favorezcan el bienestar del recién nacido.
- Elaboración de un documento informativo sobre recomendaciones de enfermería a los padres del neonato ingresado en las unidades neonatales, basado en las últimas evidencias.
- Implantación de una sistemática de información a los padres para conseguir la implicación en los cuidados de su hijo

RESULTADOS

1.- Se han realizado dos cursos, en dos ediciones cada uno, sobre CCD y NIDCAP, a través de los cuales se ha formado a 80 profesionales de las unidades neonatales. También se han organizado dos talleres sobre neurodesarrollo formando a otros 80 profesionales.
2.- Se ha elaborado un documento de recomendaciones de enfermería al alta para padres de neonatos ingresados.
3.- Se ha apreciado un incremento en madres/padres que realizan método canguro y mejoras en la lactancia materna.
4.- Los padres han comenzado a participar en los cuidados de aseo de su hijo

CONCLUSIONES

En el HUMS, durante el año 2009 hemos empezado a poner en marcha medidas encaminadas a mejorar la interacción entre el recién nacido y su familia, permitiendo la entrada libre de los padres en las unidades de neonatales durante las 24 horas del día.
El personal, ha ido adquiriendo conciencia de la importancia de los cuidados del macroambiente. Ha mejorado el nivel de ruidos y tono de voz empleada y se cuida la intensidad de la luz con reguladores y uso de focos. Está pendiente la instalación de sonómetros. Se van a colocar vinilos en las ventanas que atenúen la luz natural, a la vez que decoran. Algunos padres traen una mantita con la que se cubre la incubadora, atenuando el ruido en su interior.
Los padres se sienten cómodos participando en el cuidado de su hijo, fundamentalmente en lo que hace referencia a la higiene, la alimentación, la estimulación, aspectos todos ellos que les ayudan a aumentar el conocimiento de las características conductuales y temperamentales de su hijo, dando respuesta más efectiva a sus necesidades.
Una información adecuada, con un lenguaje claro, resaltando los aspectos positivos, hace aumentar la seguridad en ellos y favorece su integración en la unidad

IX JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD EN SALUD

Zaragoza, 21 y 22 de junio de 2011

Mesa 8 * 22 Miércoles-09:30 h.

Reg	Apellidos y Nombre	Título de la Comunicación
53	FORNIES VILLAGRASA, MARIA JESUS	GACELA CARE: PROGRAMA DE GESTIÓN DE CUIDADOS QUE CONTRIBUYE A MEJORAR LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN CONTRATO
378	GORRIZ BARBERO, ROSA	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA DE ADMINISTRACIÓN DE ENZIMAS SUSTITUTIVAS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES LISOSOMALES.
50	HERNANDEZ SALUEÑA, MARIA CARMEN	2004-2010 ACOGIENDO PROFESIONALES DE ENFERMERIA
346	HIDALGO SANZ, SARA	EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LOS PROTOCOLOS DE INTERCAMBIO DE EQUIVALENTES TERAPÉUTICOS EN UN HOSPITAL
303	HIJOS LARRAZ, LUIS ALFONSO	LA CERTIFICACIÓN UNE EN ISO 9001: 2008 EN UN CENTRO DE SALUD RURAL: ¿QUÉ HA CAMBIADO?
266	JOSE GUTIERREZ, YASMINA	REDUCCIÓN DE LA ESTÁNCIA MEDIA HOSPITALARIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL
318	JOSE GUTIERREZ, YASMINA	IMPLANTACIÓN DE LA HISTERECTOMÍA POR VÍA LAPAROSCÓPICA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO
93	JUAREZ VELA, RAUL	MEJORAR EL PROCESO ASISTENCIAL EN EL TRATAMIENTO DEL ENFERMO PORTADOR DE HERIDAS CRÓNICAS. REDUCCIÓN DE
286	LANZUELA VALERO, MANUELA	RADIOTERAPIA HIPOFRACCIONADA EN CA MAMA: MEJORA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PACIENTES Y EN EL
361	LARRODE LECIÑENA, ITZIAR	CALIDAD PERCIBIDA POR LOS USUARIOS DE UNA UNIDAD DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES EXTERNOS. RESULTADOS

Comunicación ORAL *** Mesa 8 Nº Reg. **53**

TÍTULO. **GACELA CARE: PROGRAMA DE GESTIÓN DE CUIDADOS QUE CONTRIBUYE A MEJORAR LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN CONTRATO DE GESTIÓN**

Autores: MARIA JESUS FV, LAHOZ J, AZCUTIA E, MARTINEZ A, PEREZ MJ, GRACIA E, RUIZ M, NOYA C

MARIA JESUS FORNIES VILLAGRASA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . HOSPITAL MATERNO INFANTIL (mjfornies@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

-Valorar como las tics han contribuido a mejorar los resultados obtenidos en contrato programa a nivel central y en contrato de gestión en cada unidad de hospitalización del HUMS donde se ha implantado el programa " Gacela Care"

METODOLOGÍA

- Estudio descriptivo retrospectivo, donde se analizan los resultados obtenidos tras la evaluación de los indicadores incluidos en contrato de gestión y que afectan específicamente al proceso cuidados de enfermería en hospitalización, antes y después de la puesta en marcha de la aplicación informática para la gestión de cuidados enfermeros: Gacela Care.
- Los indicadores incluidos en contrato de gestion que afectan especificamente al proceso de cuidados y que hemos evaluados son:

1. Porcentaje de valoraciones enfermeras realizadas el ingreso
2. Porcentaje de planes de cuidados cumplimentos
3. Porcentaje de informes de continuidad de cuidados al alta del paciente

RESULTADOS

En el análisis comparativo de porcentajes, se evidencia un aumento significativo en los resultados obtenidos en la evaluación de los indicadores específicos del proceso enfermero y que están definidos en los contratos de gestión firmados en las unidad de enfermería donde se ha implantado el programa de gestión de cuidados, alcanzado una cumplimentación de los mismos del 100%

CONCLUSIONES

- Es destacable la mejora de los resultados obtenidos en el contrato programa y en el contrato de gestión tras la implantación de las tics, en las unidades de enfermería pediátricas, lo que ha contribuido al incremento de la bolsa de incentivos: productividad variable, para los trabajadores del sector Zaragoza II

Comunicación ORAL *** Mesa 8

Nº Reg. **378**

TÍTULO. **PROTOCOLO DE ENFERMERÍA DE ADMINISTRACIÓN DE ENZIMAS SUSTITUTIVAS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES LISOSOMALES. UN MODELO DE APLICACIÓN DOMICILIARIA**

Autores: HERNANDO LANDA MA, GORRIZ R, GALEGO T, PEÑA A, RETORNANO I, VELA I, GRACIA P, GIRALDO P

HERNANDO LANDA MARIA ARANZAZU . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . HEMATOLOGIA/HOSPITAL DE DIA (rgorriz77@gmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Desde 1993 se viene aplicando en el HUMS tratamiento en infusion IV a pacientes con enfermedades lisosomales, la mayoría padecen enfermedad de Gaucher, enfermedad rara de depósito lisosomal caracterizada por hepato y esplenomegalia, pancitopenia y alteraciones esqueléticas. Para el control de los síntomas requieren la administración IV periódica de enzima sustitutiva y el tratamiento se realiza en el Hospital de Día de Hematología, bajo supervisión de la enfermería.

Nuestro equipo de HDH tiene amplia experiencia en el manejo de estos tratamientos porque actúa como centro de referencia para la comunidad y recibe pacientes de otras comunidades incluidos en ensayos clínicos

METODOLOGÍA

Métodos.- Se ha establecido un plan de administración para individualizar a los pacientes que reciben fármacos no quimioterápicos la enfermera responsable de la administración recibe la medicación preparada en Farmacia y siguiendo un protocolo de actuación asistencial comprueba la dosis y el nombre del paciente, la hora de preparación y anota la hora de la infusión, conecta la dilución en la bomba de infusión a través de un filtro. Siempre está presente durante la infusión y comprueba constantes antes de la infusión y cada 15 minutos supervisando de forma constante la presencia de algún efecto adverso. También tiene otras responsabilidades: planifica el calendario de acuerdo a la disponibilidad de la unidad, teniendo en cuenta que el paciente se desplaza desde otra ciudad cada dos semanas y ha de coordinar horarios de transporte. Realiza la extracción de muestras y la toma de constantes al llegar al HDH.

Recoge en la hoja de administración si se produce algún efecto adverso durante la infusión y hasta 12 horas después de la misma.

Si se produce algún efecto adverso: cefalea, hipotensión, naúseas, eritema, sensación de ahogo…durante la infusión se interrumpe inmediatamente, se toman constantes, ECG, examen físico y llamada al responsable del paciente

RESULTADOS

La infusión normalmente se realiza en 60’, pero si se produce algún efecto adverso la duración se prolonga hasta recuperación, todas las incidencias se recogen en la hoja correspondiente. El médico responsable, en función de la gravedad decide si se interrumpe definitivamente la infusión o si precisa administrar algún fármaco en esa infusión o añadir premedicación en las siguientes.

En nuestra experiencia y siguiendo este protocolo, solamente se han producido efectos adversos en dos pacientes con enfermedad de Gaucher que recibían Imiglucerasa y uno en un paciente afecto de enfermedad de Fabry en tratamiento con alfa-galactosidasa

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia la administración IV de enzimas recombinantes es un procedimiento terapéutico seguro, con escasa incidencia de efectos adversos y que reúne las características de poder ser administrado en un protocolo domiciliario

Comunicación ORAL *** Mesa 8 Nº Reg. **50**

TÍTULO. **2004-2010 ACOGIENDO PROFESIONALES DE ENFERMERIA**

Autores: HERNANDEZ SALUEÑA MC, NIEVES MP, VECINO A, LOPEZ C, LOPEZ N, GARCIA MJ, GUMIEL MV, HERNANDEZ C

HERNANDEZ SALUEÑA MARIA CARMEN . HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA . DIRECCION DE ENFERMERIA (chernandezsal@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El periodo estival supone la necesidad de contratar un número elevado de profesionales. Esta situación tiene repercusiones a nivel del profesional (genera estrés por trabajar en un centro nuevo) (1), del usuario (hay un aumento de profesionales nuevos en las unidades) y de la organización (tiene que velar por la calidad de los cuidados y seguridad) (2). Además, no siempre es fácil la disponibilidad de profesionales para su contratación dada la escasez (3), en estos periodos puntuales, de ellos. ?Facilitar al personal de enfermería su incorporación al centro

Garantizar la calidad de los cuidados

Garantizar la seguridad de los pacientes

Fidelizar a los profesionales

Integrarlas al equipo de enfermería desde el inicio a través del trato personalizado

METODOLOGÍA

Se diseñó un programa de acogida por parte de la Dirección de Enfermería para estos profesionales de nueva incorporación en el año 2004 que incluía: información de riesgos laborales, información sobre el Hospital y las unidades de Enfermería, taller de higiene y desinfección, trato personalizado desde el primer momento con su supervisora… y se elaboró una encuesta para conocer cuál es el grado de satisfacción de dichos profesionales en dos vertientes: con los diferentes servicios o actividades que deben realizar a la firma de contrato y especialmente con las actividades que dependen expresamente de Enfermería. A través de la valoración de la encuesta desde el 2004 hasta la actualidad, se han ido introduciendo más intervenciones (encuesta personalizada para adaptar el puesto y oferta de seminarios), en respuesta a su demanda, para alcanzar los objetivos propuestos

RESULTADOS

Cada año es mayor el % de profesionales que tienen más 5 contratos en el Hospital al contratarlos en verano

El resultado más bajo se obtiene en oferta de seminarios de formación

Los ítems que hacen referencia al trato están muy bien valorados, al igual que la entrevista de adjudicación de puestos

CONCLUSIONES

El grado de satisfacción general tiene una tendencia alcista

Se está consiguiendo la fidelización de los profesionales

Las intervenciones relacionadas directamente con enfermería, ayudan a formar equipo desde el primer día

Comunicación ORAL *** Mesa 8

Nº Reg. **346**

TÍTULO. **EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LOS PROTOCOLOS DE INTERCAMBIO DE EQUIVALENTES TERAPÉUTICOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO**

Autores: HIDALGO SANZ S, CANTALAPIEDRA E, LARRODÉ-LECIÑENA I, ALONSO-TRIANA Y, HUARTE-LACUNZA R, CARCELÉN J, CAÑAMARES I, PERRINO-GARCÍA MJ

HIDALGO SANZ SARA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . FARMACIA (hisara88@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN:En 2010 entraron en vigor distintos Protocolos de Intercambio Terapéutico (PIT) aprobados por la Comisión de Evaluación del Medicamento de los Hospitales del Sistema Sanitario Público de Aragón (CEMA). Suponen la sustitución de determinados principios activos no incluidos en la Guía Farmacoterapéutica (GFT), por otro/s que se establecen como referente buscando establecer una GFT común en todo Aragón. Estos referentes se seleccionan según criterios de igualdad de eficacia a dosis equipotenciales, maximizando en lo posible la seguridad, experiencia de uso e indicaciones aprobadas y tratando de garantizar una mayor calidad en la asistencia sanitaria al menor coste posible.

OBJETIVO:Evaluar si la aceptación implícita de estas sustituciones por parte de los profesionales en el medio hospitalario supone su extensión a la prescripción al alta del paciente

METODOLOGÍA

Se analizaron las sustituciones realizadas en las unidades de Traumatología con sistema de distribución en dosis unitarias, de febrero a mayo de 2011. Se registró: medicación al ingreso y al alta, prescripción en la Orden Médica (OM) y sustitución según el PIT. La información se recogió del programa de registro de intervenciones farmacéuticas Isofar®, de la OM y del programa de recetas Farmasalud

RESULTADOS

De 37 sustituciones realizadas, 33 eran de antihipertensivos (la mayoría ARA II) 2 de AINES y 1 de antiulcerosos; y todas menos 1 eran prescripciones que el paciente ya llevaba al ingreso y durante su estancia se sustituyeron por los principios activos de referencia.

La sustitución realizada por Farmacia mediante un impreso específico, era aceptada en la práctica pero no quedaba reflejada en la OM como cambio de tratamiento. En el informe de alta, solamente en 1 de los casos se recogía el cambio sugerido, en 33 se pautaba el mismo tratamiento que al ingreso y 3 fueron exitus

CONCLUSIONES

El esfuerzo que supone la implantación de los PIT en el medio hospitalario no se traduce en la prescripción al alta y tampoco en una implicación de los profesionales en el cambio.

Sería necesario realizar un estudio comparativo en otras áreas, con más experiencia en el manejo de estos fármacos teniendo en cuenta que la mayoría de las sustituciones eran de antihipertensivos, y el estudio se realizó en servicios de neurorehabilitación y traumatología.

Como aspecto positivo, los PIT contribuyen a mejorar los procesos de logística al disminuir el número de presentaciones diferentes necesarias

Comunicación ORAL *** Mesa 8

Nº Reg. **303**

TÍTULO. **LA CERTIFICACIÓN UNE EN ISO 9001: 2008 EN UN CENTRO DE SALUD RURAL: ¿QUÉ HA CAMBIADO?**

Autores: HIJOS LARRAZ LA, GRIMAL-ALIACAR F, GOMEZ-BARRENA V, ANDRES-SOLER MJ, ABADIA-CORVINOS I, CAMPOS-AVELLANAS C, BROTO-BERNUES R, ARA-LAUNA D

HIJOS LARRAZ LUIS ALFONSO . CS GRAÑEN . CS GRAÑEN (lhijos@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Desde el año 2003, en el EAP de Grañen (Huesca) se han realizado actividades dentro de la mejora continua de Calidad. Desde el año 2007 estas actividades se encaminaron a la certificación UNE EN ISO 9001: 2008.

Los miembros del EAP han participado activamente en la realización del mapa de procesos genérico de nuestra organización, incluyendo la descripción detallada de cada uno de ellos.

Entre las ultimas actividades llevadas a cabo destacar: la formación del EAP sobre la normativa, la revisión de la documentación necesaria y nombramiento de un propietario de cada proceso, el informe de revisión por la Dirección y las auditorias interna y externa.

Como objetivo se propone objetivar los cambios que han sido producidos y/o inducidos por el desarrollo de la certificación ISO en las distintas facetas de este EAP

METODOLOGÍA

Se ha realizado una comparación de las diferencias encontradas entre los años 2007-2010 en las diversas áreas y actividades que realizan los distintos miembros del EAP relacionadas con el objetivo final de la certificación UNE EN ISO.

Para lo cual se ha procedido a realizar las mediante un análisis de las causas (Ishikawa) que han influido en dicho objetivo

RESULTADOS

-Cambios en los profesionales: Conocimiento del vocabulario especifico de la normativa ISO, mayor consistencia interna de los miembros del EAP (a pesar de la existencia de resistencias al cambio),

-Cambios organizativos: Trabajo en grupo (creación de un grupo de trabajo especifico en el EAP), adecuada difusión dela información, control adecuado de las caducidades, consensuacion y protocolización de las actividades sanitarias (esterilización, atención urgente/indemorable...), administrativas (Visado de recetas, gestionar la tarjeta sanitaria individual, gestionar la citación...) y de otro tipo (convocatoria de reuniones, gestión de almacen...)mediante las instrucciones de trabajo correspondientes.

-Cambios Estructurales: Mantenimiento preventivo de las instalaciones,rotulación de las dependencias, Colocación de cerraduras en las puertas de las consultas, orden de lsa distintos almacenes, realización de Stock de los almacenes y de las demás dependencias (consultas, despachos..)....

-Otros cambios: Uniformidad con el resto de EAP, de la dirección, uso de la web para accesibilidad de la documentación

CONCLUSIONES

Los cambios que ha supuesto la certificación la normativa ISO en el centro de salud de Grañen han supuesto mejoras en distintas dimensiones de la calidad: efectividad, accesibilidad, seguridad del paciente, respeto, experiencia asistencial al paciente, elección/disponibilidad de información, continuidad....

Comunicación ORAL *** Mesa 8

Nº Reg. **266**

TÍTULO. **REDUCCIÓN DE LA ESTÁNCIA MEDIA HOSPITALARIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET**

Autores: JOSE GUTIERREZ Y, PUIG-FERRER F, CATALAN-SESMA T, HORNO-OCTAVIO M, MOROLLON-LORIZ I, ALEGRE-VILLARIZ A, DEL TIEMPO-MARQUES P, RUÍZ-CONDE MA

JOSE GUTIERREZ YASMINA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . GINECOLOGIA (yjosegu@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El crecimiento de la demanda asistencial y la preocupación por la calidad justifica la búsqueda de la eficiencia mediante la posible corrección del uso inadecuado de la hospitalización.
Una de las causas de los ingresos prematuros es la de garantizar la ubicación de las pacientes dentro del calendario quirúrgico y la realización de preparativos para la cirugía que pueden realizarse ambulatoriamente. Planificando de forma adecuada, la mayor parte de estos ingresos pueden reducirse sin consecuencias negativas para las pacientes.
Nuestra estrategia consistirá en ingresar a las pacientes el mismo día de la intervención, si es posible, y no los días previos como suele realizarse en la actualidad, disminuyendo la estancia media hospitalaria.
Objetivos:
•Reducir la estancia media hospitalaria de las pacientes quirúrgicas.
•Reducir los costes económicos asociados a este tipo de ingresos.
•Mejorar la asistencia global y la calidad asistencial a las pacientes con patología ginecológica subsidiarias de la realización del tratamiento quirúrgico.
•Mejora de la eficiencia hospitalaria evitando estancias hospitalarias inadecuadas.
•Mejorar la comodidad de nuestras pacientes y sus familiares que pueden permanecer en su domicilio hasta el mismo día de la cirugía.
•Potenciar, en los casos susceptibles de ello, la cirugía mayor ambulatoria (CMA).
•Incrementar la rotación de pacientes por cama hospitalaria, gracias a las mejoras en la estancia media

METODOLOGÍA

1- Valoración de todas las pacientes quirúrgicas en una consulta específica de ginecología y anestesia el jueves anterior a la cirugía, para confirmar el ingreso y detectar potenciales incidencias.
2- Si es preciso realizar preparación intestinal, desde la consulta se le explicará el modo de hacerlo para que la lleven a cabo en su domicilio.
4- Se remitirá a la paciente a una consulta externa hospitalaria específica de hematología, para poder efectuar el ajuste del tratamiento anticoagulante si es preciso.
5- Se proporcionará a la paciente por escrito el día, hora y lugar donde debe acudir para realizar el ingreso.
6- Se ingresará a las pacientes que van a ser intervenidas en horario de mañana el mismo día de la cirugía, a las 8,00 de la mañana en la planta de hospitalización de Ginecología
7-En los casos en los que sea posible, se dará el alta el mismo día de la cirugía, fomentando la CMA

RESULTADOS

Pendientes, al ser proyecto recién aprobado

CONCLUSIONES

El ingreso el miso día de la cirugía permitirá una mejora de la eficiencia sin prejuicio en la calidad asistencial ofertada a nuestras pacientes

Comunicación ORAL *** Mesa 8

Nº Reg. **318**

TÍTULO. **IMPLANTACIÓN DE LA HISTERECTOMÍA POR VÍA LAPAROSCÓPICA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET**

Autores: JOSÉ GUTIÉRREZ Y, RUÍZ-CONDE MA, LANZÓN-LAGA, A, BOLEA-TOBAJAS, R, RUBIO-CUESTA, P, GALVE-AGUDO, B, LAMARCA-BALLESTERO M, PUIG-FERRER F

JOSÉ GUTIÉRREZ YASMINA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . GINECOLOGIA (yjosegu@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más realizados en ginecología representando uno de los GRDs más frecuentes. La laparoscopia permite realizar esta cirugía de forma mínimamente invasiva con numerosas ventajas tanto para las pacientes como a nivel de la eficiencia del sistema sanitario. Pretendemos implantar y difundir esta técnica quirúrgica en nuestro Servicio mejorando la calidad asistencial ofertada a nuestras pacientes.

Nuestros objetivos son:

•Incrementar de forma progresiva el número de histerectomías realizadas por vía endoscópica en el servicio de ginecología.
•Superar con éxito la curva de aprendizaje requerida para la realización de esta técnica de forma segura, por los facultativos del servicio de ginecología.
•Disminuir el gasto económico asociado al procedimiento fundamentalmente a expensas de la disminución de la estancia media de las pacientes.
•Mejorar la asistencia global y la calidad asistencial a las pacientes con patología uterina subsidiaria de la realización de esta técnica quirúrgica

METODOLOGÍA

1.- Coordinar y adecuar las curvas de prendizaje de los feas de la plantilla.
2.- Diseñar un programa específico de formación en cirugía laparoscópica ginecológica para los médicos residentes en rotación por nuestro servicio, con participación y responsabilidad progresiva en las cirugías programadas.
3.- Desarrollar vías clínicas, protocolos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento específicos para estas pacientes.
4.-Realización de sesiones de entrenamiento en esta técnica mediante la utilización de pelvitrainer (ya disponible en el servicio).
5.-Realización de sesiones periódicas de visualización de videos de cirugía endoscópica
6.-Crear bases de datos para investigación, informes y control interno y externo
7.- Creación de una sesión clínica en la participen los miembros del servicio, con la finalidad de evaluar todas las pacientes que van a ser intervenidas mediante esta técnica. en ella se confirmará la correcta indicación de la cirugía así como otros aspectos que se consideren oportunos, todo ello con la finalidad de aumentar la seguridad de las pacientes

RESULTADOS

Desde su puesta en marcha en febrero del 2011, más de 30 pacientes han sido intervenidas mediante esta técnica sin presentar complicaciones asociadas y con una reducción de la estancia media hospitalaria de 2,5 días

CONCLUSIONES

Esta técnica nos permitirá mejorar la calidad asistencial ofertada a nuestras pacientes así como mejorar la eficiencia del procedimiento

Comunicación ORAL *** Mesa 8 Nº Reg. **93**

TÍTULO. **MEJORAR EL PROCESO ASISTENCIAL EN EL TRATAMIENTO DEL ENFERMO PORTADOR DE HERIDAS CRÓNICAS. REDUCCIÓN DE TIEMPOS Y COSTES. TRATAMIENTO Y REGISTRO ADECUADO**

Autores: ECHEVERRI OYAGA AI, JUAREZ VELA, R, TORCAL PEIRO, I., GIMENEZ BESCOS, AS., ABADIA PARDO, MP, BIERGE VALERO, AO, SARASA AQUILUE, S, VIDAL FERNANDEZ, A.

ECHEVERRI OYAGA ANA ISABEL . CS SADABA . ATENCION PRIMARIA (rjuarezv@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

1. Mejora de la calidad asistencial, disminuyendo la tasa de incidencia de heridas crónicas en la zona básica de salud.
2. Unificar criterios de tratamiento, que permitan disminuir costes sanitarios innecesarios.
3. Formular un protocolo de prevención y de tratamiento, haciendo especial hincapié en las características intrínsecas de la zona de salud, como puede ser la dispersión de la población.
4. Iniciar un sistema de información que recoja resultados sensibles que nos permitan obtener estándares de calidad y grado de satisfacción del usuario de los servicios sanitarios.

DEFINICIÓN DE CRITERIOS/ INDICADORES:

CRITERIO 1 : Definición: Reducción de pacientes portadores de heridas crónicas / unidad de tiempo.
CRITERIO 2 : Definición: Reducción de gasto en material / unidad de coste.
CRITERIO 3 : Definición: Numero talleres realizados y formación recibida.
CRITERIO 4. Definición: Aumento de la satisfacción percibida. / nº de encuestas realizadas.
CRITERIO 5. Definición: Correcto Registro en OMI AP

METODOLOGÍA

Se realizan dos reuniones en el primer semestre de 2010 con el equipo encargado del proyecto, con el objetivo de explicar lo que se pretende conseguir y los datos obtenidos y enviados por el CAU. En esta primera reunión se observa que hay problemas con la codificación de los CIAPS, pues hay heridas agudas que están codificadas con el CIAP S97 y viceversa, heridas crónicas con el CIAP S18. Se llega al consenso por parte del equipo de utilizar el CIAP S18 ante heridas agudas y el CIAP S97 ante heridas crónicas, entendiendo por éstas " aquellas que aplicando el tratamiento adecuado no muestran signos de mejoría en el plazo de 2 semanas". Se pasa un listado de los pacientes a cada cupo, y se indica que se realicen las correcciones pertinentes.
Se mantiene una entrevista con la responsable del pedido de "Apósitos y Material de Curas" y piden los datos de los pedidos realizados a Almacén y Suministros
Durante el segundo semestre se realizan dos sesiones formativas, dadas por el coordinador del Proyecto, sobre "el nuevo enfoque de las heridas infectadas "y "las pautas generales del tratamiento de las úlceras y heridas".
Asisten más de la mitad de los miembros del equipo, incluido el personal de Refuerzo en Atención Primaria.
Se presenta un esquema de las medidas generales del tratamiento para las heridas crónicas y se explica el material del que se dispone en el centro de salud. Se consensúa por parte del equipo el usar el esquema como protocolo de actuación en el tratamiento de las heridas crónicas. (Criterio 3)

RESULTADOS

Durante el mes de Noviembre se realiza una reevaluación del Proyecto, y se vuelven a pedir datos documentales al CAU.
Se observa la disminución de un 70 % de los CIAPS S97, Heridas Crónicas, en la población adscrita al Centro de Salud y un mantenimiento del CIAP S18. (Criterio 1)
Se constata documentalmente, que ha disminuido el pedido de apósitos y se mantiene el mismo remanente de éstos al finalizar el proyecto, sin realizar ningún

Autores: ECHEVERRI OYAGA AI, JUAREZ VELA, R, TORCAL PEIRO, I., GIMENEZ BESCOS, AS., ABADIA PARDO, MP, BIERGE VALERO, AO, SARASA AQUILUE, S, VIDAL FERNANDEZ, A.

ECHEVERRI OYAGA ANA ISABEL . CS SADABA . ATENCION PRIMARIA (rjuarezv@salud.aragon.es)

pedido adicional. (Criterio 2)
Así mismo, también se constata el correcto registro en OMI AOP (Criterio 5) No se realiza el Criterio 4, debido a que tampoco se constata la situación de partida de los pacientes

CONCLUSIONES
Las heridas crónicas representan un importante problema por sus repercusiones en la salud de quien las padece y desde una perspectiva económica suponen un elevado consumo de recursos.
Con el presente proyecto de calidad, se consiguió la reducción de un 70 % de los CIAPS S97 a los 11 meses de andadura del proyecto.
Se constata la disminución de pedido en material de curas reducciéndose éste a más de un 40 % frente a la media anual.
Se logra un 90 % de registro correcto en OMI haciendo una distinción entre los CIAPS S97 y S18

Comunicación ORAL *** Mesa 8

Nº Reg. **286**

TÍTULO. **RADIOTERAPIA HIPOFRACCIONADA EN CA MAMA: MEJORA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PACIENTES Y EN EL APROVECHAMIENTO DEL ALE**

Autores: LANZUELA VALERO M, MÉNDEZ-VILLAMÓN A, IBÁÑEZ-CARRERAS R, VÁZQUEZ-SANCHO C, CUARTERO-CONEJERO E, TEJEDOR-GUTIÉRREZ M

LANZUELA VALERO MANUELA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . ONCOLOGIA RADIOTERAPICA (mlanzuela@gmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

INTRODUCCION

El cáncer de mama es el más frecuente en la mujer. El empleo cada vez mayor de cirugía conservadora hace que sea uno de los más frecuentemente tratados en un servicio de radioterapia lo que supone una importante ocupación de las máquinas de tratamiento. La reducción del número de sesiones de radioterapia empleando hipofraccionamiento permite una disminución del tiempo total de tratamiento sin empeorar el control de la enfermedad ni la toxicidad, optimizando la utilización del ALE y contribuyendo a la mejora en la calidad de vida de las pacientes.

OBJETIVO

Evaluar el empleo de la radioterapia hipofraccionada en pacientes con cáncer de mama

METODOLOGÍA

Entre enero de 2010 y marzo de 2011 han sido tratadas en nuestro servicio 30 pacientes con cáncer de mama mediante radioterapia hipofraccionada. La dosis total administrada ha sido de 4256cGy a ritmo de 266cGy/día, 5 sesiones a la semana con técnicas de IGRT, total 16 sesiones. El número de sesiones estándar en estos casos hubiera sido de al menos 25

RESULTADOS

Tras un seguimiento medio de 6 meses la toxicidad cutánea aguda ha sido G1-2 de la RTOG en 29 de 30 pacientes, con sólo un caso de toxicidad aguda G3. La toxicidad aguda cardiaca y respiratoria ha sido inexistente en todos los casos.

La satisfacción de las pacientes ha sido muy alta sobre todo en aquellas cuyo lugar de residencia está fuera de la ubicación de nuestro centro. Estamos en fase de elaboración de una encuesta de valoración de la satisfacción de las pacientes, lo que nos permitirá cuantificar de forma medible la mejora en la calidad de vida de las pacientes

CONCLUSIONES

La radioterapia hipofraccionada es una técnica eficaz en el tratamiento del cáncer de mama, con una toxicidad aguda similar a la producida con el empleo de fraccionamiento habitual. No obstante, aún necesitamos un periodo de seguimiento más largo para poder evaluar toxicidad tardía y control de la enfermedad. Además, supone una mejora en el empleo del ALE y de la calidad de vida de las pacientes al acortar el tiempo total de tratamiento

Comunicación ORAL *** Mesa 8 Nº Reg. **361**

TÍTULO. **CALIDAD PERCIBIDA POR LOS USUARIOS DE UNA UNIDAD DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES EXTERNOS. RESULTADOS 2007-2010**

Autores: LARRODE LECIÑENA I, NAVARRO H, ABAD MR, DE LA LLAMA N, REAL JM, VARELA I, ALONSO Y, URIARTE M

LARRODE LECIÑENA ITZIAR . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . FARMACIA (itziarlarrode22@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Conocer el grado de satisfacción del paciente que va a la unidad de pacientes externos y comparar los resultados de 2 encuestas realizadas en los años 2007-2010. Identificar los puntos débiles y áreas de mejora.

METODOLOGÍA

Se realizaron 2 encuestas con una separación de 3 años. La encuesta recogía: datos demográficos, servicio clínico prescriptor, opinión sobre aspectos estructurales, tiempo de espera, atención y trato recibido, satisfacción general y preferencias del lugar de dispensación. Incluía una pregunta abierta para señalar observaciones y proponer sugerencias. Se entregó la encuesta a todos los usuarios atendidos, excluyendo aquellos con deterioro cognitivo y desconocimiento del idioma.

RESULTADOS

En 2007, se dispensó medicación a 3.820 usuarios distintos con un total de 22.785 visitas; en 2010, 5.078 pacientes y 30.062 visitas. El número de pacientes atendidos al día fue de 92 y 122. Respondieron a la encuesta un 32.5% (326) vs 48.8% (240), del total de pacientes a los que se entregó la misma en dichos periodos (517 vs 491). Los datos demográficos obtenidos en ambos periodos: mujeres 58% vs 52%, edad media 48 vs 46 años, estudios primarios 38% vs 30%, bachiller 34% vs 36%, universitarios 26% vs 30%, sin estudios 2% vs 4%. Sobre aspectos estructurales; consideran regular, malo o muy malo: lugar donde se encuentra la farmacia en un 33% vs 60%, comodidad de la sala de espera en un 54% vs 73%, horario de las dispensaciones 36% vs 47%, tiempo de espera lo consideran regular, excesivo o muy excesivo un 45% vs 75%. Opinan que es buena o muy buena la información dada un 97% vs 83%, comunicación y trato con los profesionales 98% vs 93%. En general están satisfechos con la atención recibida un 92% vs 82%. Respecto a la posibilidad de recoger la medicación en la oficina de farmacia o la del hospital, un 71% prefirieron el hospital en 2007 frente a un 45% en 2010. En la pregunta abierta sobre observaciones o sugerencias en los 2 años, coinciden en la solicitud de una sala de espera mayor, ampliación de horario y mayor confidencialidad.

CONCLUSIONES

Durante los 3 años el número de pacientes distintos y el número medio de pacientes/día aumentaron un 33%. La satisfacción global es favorable, 82% en 2010, pero desciende en 10 puntos, debido al importante incremento de la demanda asistencial en estos años. Aspectos positivos en los 2 años, trato y atención; negativos, confortabilidad de la sala y tiempo de espera. Plan de mejora propuesto, traslado del área y ampliación del horario.

IX JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD EN SALUD

Zaragoza, 21 y 22 de junio de 2011

Mesa 9 * 22 Miércoles-09:30 h.

Reg	Apellidos y Nombre	Título de la Comunicación
277	BALLABRIGA CLAVERIA, JAVIER	TÉCNICA DE ENFERMERÍA ADECUADA EN LA EXTRACCIÓN E INOCULACIÓN DE FRASCOS DE HEMOCULTIVOS EN URGENCIAS
107	LAVIÑA CASTAN, ANA BELEN	PROYECTO INVESTIGACIÓN RELACIÓN PRACTICAS DEL PARTO Y DEPRESION POSPARTO
381	LOPEZ VELEZ, LINA	HIPERPARATOROIDISMO PRIMARIO: ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN DE LAS SOLICITUDES DE GAMMAGRAFÍA PARATIROIDEA
258	LOZANO ORTIZ, ROBERTO	ANALISIS CUANTITATIVO DE LOS FACTORES GENETICOS IMPLICADOS EN EL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE CON
334	LUESMA CASAÑOLA, MARIA CARMEN	MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL A LOS PACIENTES QUE RECIBEN ASISTENCIA EN EL CSS SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
273	MARRON TUNDIDOR, RAFAEL	ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA DEL SISTEMA DE SALUD DE
225	MARTIN CARPI, MARIA TERESA	RESOLUCIÓN DE LAS DEMORAS DIAGNÓSTICAS EN EL SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS)
159	MARTINEZ TOMEY, CARMEN	IMPACTO DEL CAMBIO DE UBICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DE LA PRUEBA DE SUEÑO EN LA OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS EN UN
56	MELUS PALAZON, ELENA	FORMACIÓN Y DIFUSIÓN DE PROTOCOLOS GRACIAS UNA HERRAMIENTA SECOND LIFE
324	MENDEZ VILLAMON, AGUSTINA	RADIOTERAPIA HIPOFRACCIONADA EN CÁNCER DE PRÓSTATA. MEJORA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES Y
288	MORERA LIANEZ, LETICIA ANGELA	PROGRAMA DE EJERCICIOS EN LAS EMBARAZADAS CON INMOVILIZACIÓN PROLONGADA. REPERCUSIONES FÍSICAS Y EMOCIONALES

Comunicación ORAL *** Mesa 9

Nº Reg. **277**

TÍTULO. **TÉCNICA DE ENFERMERÍA ADECUADA EN LA EXTRACCIÓN E INOCULACIÓN DE FRASCOS DE HEMOCULTIVOS EN URGENCIAS**

Autores: MARCOS IÑIGUEZ A, CORTÉS-GRACIA MA, BALLABRIGA-CLAVERÍA J, ANDRÉS-PARICIO F, ANADÓN-LÁZARO E

MARCOS IÑIGUEZ ALMUDENA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . URGENCIAS (jballabriga@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

PROCEDIMIENTOS DE MEJORA DE LA COMISIÓN DE CALIDAD DE URGENCIAS DEL HUMS PARA LA OBTENCIÓN DE MUESTRA DE SANGRE PARA ESTUDIO MICROBIOLÓGICO CON EL FIN DE ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE LAS BACTERIEMIAS Y DISMINUIR EL GRADO DE CONTAMINACIÓN EN LA TÉCNICA DE ENFERMERÍA.

METODOLOGÍA

TRAS LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE CON ESTA PRUEBA PAUTADA POR PRESCRIPCIÓN FACULTATIVA, PROCEDEREMOS A LAVADO DE MANOS Y RETIRADA DE TAPONES EXTERNOS DE LOS FRASCOS DE HEMOCULTIVOS Y DESINFECTAR LOS TAPONES DE GOMA CON ALCOHOL ISOPROPÍLICO AL 70%. A CONTINUACIÓN CON EL USO DE GUANTES SELECCIONAMOS ZONA VENOPUNCIÓN QUE DESINFECTAREMOS CON CLORHEXIDINA ALCOHÓLICA AL 2%. PASADOS 30 SEG. REALIZAREMOS LA EXTRACCIÓN. SI ÉSTA SE REALIZA CON JERINGA, 1º DEBEMOS INOCULAR EL VIAL ANAEROBIO (AMARILLO) PARA EVITAR ENTRADA DE AIRE. Y SI LA REALIZAMOS CON VACUTAINER (MÉTODO RECOMENDADO) COMENZAREMOS INOCULANDO EL VIAL AEROBIO (AZUL).

LA CANTIDAD DE SANGRE SERÍA DE 8 A 10 ML.

TRAS INOCULAR LOS FRASCOS SE INVERTIRÁN SUAVEMENTE VARIAS VECES PARA EVITAR LA COAGULACIÓN Y FAVORECER LA MEZCLA CON EL MEDIO DE CULTIVO; Y POR ÚLTIMO DEBEN SER TRANSPORTADOS AL LABORATORIO LO ANTES POSIBLE.

LA EXTRACCIÓN SE REALIZARÁ CON PICO FEBRIL Y/O SÍNTOMAS DE BACTERIEMIA

RESULTADOS

SE PRETENDE DISMINUIR EL ESTANDAR DE ERROR ACTUAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL 7,5-8% AL 3%, QUE SERÍA EL IDEAL.

ESTA MEJORA DE CALIDAD ESTÁ ACTUALMENTE EN PROCESO DESDE EL 26/5/2011

CONCLUSIONES

CON LA REALIZACIÓN DE UNA ADECUADA TÉCNICA EN LA EXTRACCIÓN E INOCULACIÓN DE FRASCOS DE HEMOCULTIVOS SE CREE DISMINUIRÁ EL GRADO DE CONTAMINACIÓN Y POR TANTO MEJORARÁ EL ESTANDAR DE ERROR

Comunicación ORAL *** Mesa 9

Nº Reg. **107**

TÍTULO. **PROYECTO INVESTIGACIÓN RELACIÓN PRACTICAS DEL PARTO Y DEPRESION POSPARTO**

Autores: LAVIÑA CASTAN AB, ESPINOSA DE LOS MONTEROS BANEGAS L, AMAYAS LORAO R, HERNANDEZ PEREZ J, GARCIA MARTINEZ M, SANCHEZ MENA M, GOTOR COLAS S, GOTOR COLAS ML

LAVIÑA CASTAN ANA BELEN . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . OBSTETRICIA/PARITORIOS (asanabelenlavina@gmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

-Determinar la prevalencia de depresión puerperal entre la 6ª y 8ª semana posparto mediante el test de Edimburgo en las madres a quienes se les realizó en su parto prácticas clínicas recomendadas en la estrategia de atención al parto normal en relación con aquellas en las que no se realizarón.

-Derivación precoz a salud mental de las madres con depresión posparto

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica en bases de datos: pubmed, Embase, Cochrane Library sobre prácticas del parto y su relación con depresión posparto

RESULTADOS

El nacimiento es un acontecimiento biopsicosocial que implica adaptarse a la nueva situación que supone la crianza, observando:

-Relación depresión postparto y falta de apoyo socio-familar antecedentes psiquiátricos personales o familiares, depresión durante la gestación y melancolía puerperal.

La bibliografía muestra relación entre ciertas prácticas del parto y depresión posparto, por ello debemos seguir las recomendaciones de la Estrategia de atención al parto normal debido a la relación entre depresión posparto y:

1-Percepción negativa del nacimiento.
2-ingreso del recién nacido
3-Trauma perineal.
4-La experiencia del dolor del parto.
5-No percibir la madre un apoyo continuo en el parto
6-Acompañamiento en el parto por la persona elegida por la madre.
7-Intervenciones obstétricas
8-cesárea
9-Ausencia de contacto precoz piel con piel.
10-Falta de una primera toma de pecho satisfactoria.

Se realiza una encuesta con las 10 prácticas del parto nombradas, prácticas sobre las que más puede influir la matrona mejorándolas y que se consideran más relevantes de alterar el estado emocional de la madre

DETECCION DEPRESIÓN POSTPARTO

Test de depresión postnatal de Edimburgo(EPDS)entre la 6ª-8ª semana postparto. Se considera este periodo de tiempo el adecuado debido a que la duración de depresión postparto es de 4-6 semanas y el test EPDS hace referencia al estado de ánimo en los 7 días anteriores a su realización

CONCLUSIONES

Comunicación ORAL *** Mesa 9

Nº Reg. **107**

TÍTULO. **PROYECTO INVESTIGACIÓN RELACIÓN PRACTICAS DEL PARTO Y DEPRESION POSPARTO**

Autores: LAVIÑA CASTAN AB, ESPINOSA DE LOS MONTEROS BANEGAS L, AMAYAS LORAO R, HERNANDEZ PEREZ J, GARCIA MARTINEZ M, SANCHEZ MENA M, GOTOR COLAS S, GOTOR COLAS ML

LAVIÑA CASTAN ANA BELEN . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . OBSTETRICIA/PARITORIOS (asanabelenlavina@gmail.com)

Las matronas debemos realizar en el parto las prácticas recomendadas según la evidencia científica para conseguir una experiencia positiva del parto y evitar aquellas que se realizan de forma sistemática e interfieren en el proceso fisiológico del parto normal.
Es necesario detectar precozmente factores de riesgo de depresión posparto y conseguir la coordinación entre matrona hospitalaria y de atención primaria y salud mental

Comunicación ORAL *** Mesa 9

Nº Reg. **381**

TÍTULO. **HIPERPARATOROIDISMO PRIMARIO: ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN DE LAS SOLICITUDES DE GAMMAGRAFÍA PARATIROIDEA**

Autores: LOPEZ VELEZ LM, GONZALEZ M, NAVARRO P, ALVAREZ S, SANGROS MJ, LIEVANO P, ESPEJO J, BARINGO T

LOPEZ VELEZ LINA MARIA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . MEDICINA NUCLEAR (linalopezvelez@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Valorar el rendimiento diagnóstico de la gammagrafía paratiroides (GP) con 99Tc-MIBI en pacientes con HPP según la adecuación de la indicación
-Comprobar si hay relación entre los hallazgos gammagráficos, los niveles de paratohormona (PTHi) y la solicitud apropiada o inapropiada.
-Conocer si los resultados obtenidos han tenido consecuencias en el manejo de los pacientes

METODOLOGÍA

- Se revisaron 158 pacientes consecutivos (desde julio de 2008 hasta diciembre de 2010) a los que realizamos GP por diagnóstico de HPP en la solicitud.
- Se revisó la historia clínica electrónica de los pacientes, para ver tratamiento seguido y como fueron los valores de PTHi y calcio en sangre cuando se realizó la gammagrafía.

Consideramos petición apropiada:

1. Diagnóstico bioquímico (valores elevados de calcio y PTHi) con indicación quirúrgica sentada.
2. Pacientes con hiperparatiroidismo primario persistente o recurrente.
3. Pacientes con hipercalcemia sintomática.

Consideramos petición inapropiada:

1. Cuando no se cumplen criterios bioquímicos de hiperparatiroidismo (valores elevados de PTH y calcio)
2. Pacientes con hiperparatiroidismo primario bioquímico, que no cumplen criterios para cirugía.
3. Pacientes con hipercalcemia asintomática.
4. Pacientes sin determinación de calcio en suero.

- Se valoraron los niveles de PTHi obtenidos en la fecha más cercana a la de realización de la GP y se estratificaron en 3 grupos:

1.Grupo 0: valores normales 15-88 pg/ml.
2.Grupo I: ligeramente elevado 89-125 pg/ml.
3.Grupo II: elevado > 126 pg/ml.

- Los hallazgos gammagráficos se clasificaron en:

1. Normal.
2. Adenoma.
3. Hiperplasia.
4. No concluyente

RESULTADOS

Comunicación ORAL *** Mesa 9 Nº Reg. **381**

TÍTULO. **HIPERPARATOROIDISMO PRIMARIO: ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN DE LAS SOLICITUDES DE GAMMAGRAFÍA PARATIROIDEA**

Autores: LOPEZ VELEZ LM, GONZALEZ M, NAVARRO P, ALVAREZ S, SANGROS MJ, LIEVANO P, ESPEJO J, BARINGO T

LOPEZ VELEZ LINA MARIA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . MEDICINA NUCLEAR (linalopezvelez@hotmail.com)

- El 9,3% (3/32) de los pacientes del grupo 0 (PTHi normal), tuvo diagnóstico gammagráfico (DG) de adenoma, de ellos 2 se intervinieron quirúrgicamente confirmándose el diagnóstico.
- El 45,6% (21/46) de los pacientes del grupo I (PTHi ligeramente elevada), tuvieron diagnóstico de adenoma y 10 de ellos fueron intervenidos.
- El 57,5 % (46/80) de los pacientes del grupo II (PTHi elevada) tuvieron diagnóstico de adenoma. Está pendiente la valoración de la actitud terapéutica
- En el 23,4% (37/158) de los pacientes, no se encontraron determinaciones analíticas de calcio en sangre. Está pendiente la valoración de la actitud terapéutica
- Del total de peticiones, el 43% (68/158) presentaron diagnóstico de adenoma.
- Analizando el tratamiento seguido en los pacientes del grupo 0 y 1, fueron intervenidos el 15 %. (12/78). Solo el 50 % (12/24) de los pacientes con diagnóstico de adenoma fueron operados

CONCLUSIONES

- Aunque estos resultados son preliminares, consideramos que el número de solicitudes de GP inapropiadas es elevado, debido a la falta de diagnóstico bioquímico concluyente y de intención terapéutica quirúrgica, por lo que debemos poner en marcha acciones correctoras que mejoren la adecuación de las solicitudes, con vistas a aumentar el rendimiento de la prueba

Comunicación ORAL *** Mesa 9 Nº Reg. **258**

TÍTULO. **ANALISIS CUANTITATIVO DE LOS FACTORES GENETICOS IMPLICADOS EN EL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE CON ACENOCUMAROL**

Autores: LOZANO ORTIZ R, FRANCO-GARCIA ME, ANDRES-ARRIBAS I, LOPEZ-GOMEZ L, PEREZ-LAYO MA, MONEVA-JORDAN JJ, CARRASCO-BARAJA V, REBOLLAR-TORRES E

LOZANO ORTIZ ROBERTO . HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA . FARMACIA (rlozano@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Valorar la influencia de las variables genéticas CYP2C9, VKORC1 y CYP2C19 en la respuesta anticoagulante interindividual

METODOLOGÍA

Estudio realizado sobre 120 pacientes en régimen de anticoagulación crónica, sexo: 48% mujeres, edad 75.5 +/-1 0.2 años, dosis acenocumarol 10.6 +/- 6.3 mg/semana, diagnostico de Flutter auricular 58% (ACxFA), prótesis valvular 11%, Fibrilación auricular (FA) 10%, y TEP, TVP y Síndrome protrombótico el resto.Se consideraron las variables: INR, dosis semanal y dosis ajustada al INR de acuerdo a la fórmula de conversión: [INR1 + 1] / [INR2 + 1] = 2 exp [(Dosis1/ Dosis2)-1]. El análisis poblacional de INR y dosis corregida por INR se realizo mediante el test de Parzen.

El análisis genético se realizó mediante el test Cumachip.

Todos los datos se expresan como media +/- desviación estándar.

El análisis genético se realizó mediante el test Cumachip.

Todos los datos se expresan como media +/- desviación estándar

RESULTADOS

CYP2C9 (%)	VKORC1 (%)	CYP2C19 (%)
*1/*1 (30)	A/A (30)	*1/*1 (80)
*1/*2 (30)	A/G (60)	*1/*2 (10)
*1/*3 (20)	G/G (10)	*1/*8 (10)
*3/*3 (20)		

La dosis media de acenocumarol fue de 10.6 +/- 6.3 y el INR correspondiente de 2.47+/- 0.69 , posteriormente se calcularon las dosis de anticoagulante ajustada al INR promedio.

A todas la series de datos de dosis, ajustadas por INR y/o edad , se les aplico el método de Parzen para análisis poblacional, obteniendo como resultado tres poblaciones distintas (t student $p<0.05$) relativas a la edad y la presencia o ausencia de alelos CYP2C9 *2 y/o *3 y G1173A VKORC1, la 1ª (36.4% pacientes) dosis media de 14.10 +/- 3.8 mg , la segunda (51.6 % pacientes) 6.4 +/- 1.9 y la tercera (12% pacientes) 3.2 +/-1.2 mg

CONCLUSIONES

1. Con el análisis genético de CYP2C9 y VKORC1 se aumenta el control posológico en el TAO, disminuyendo el número de ajustes por paciente, el nº total de pacientes que en algún momento no tienen el INR dentro del rango terapéutico deseado y por tanto, la posibilidad de eventos tromboembólicos o hemorrágicos, aumentando la seguridad del paciente y la eficacia del fármaco.
2. Para la predicción de dosis de acenocumarol se propone la siguiente relación:

3,47/[INR+1] = 2 exp[(10,6 / dosis)-1]

siendo la dosis 4 veces superior al valor normal, si están presentes CYP2C9 *3 / VKORC1 A, CYP2C9 *3/*3 ó VKORC1 A/A, y 2 veces superior al valor normal si lo

Comunicación ORAL *** Mesa 9 Nº Reg. **258**

TÍTULO. **ANALISIS CUANTITATIVO DE LOS FACTORES GENETICOS IMPLICADOS EN EL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE CON ACENOCUMAROL**

Autores: LOZANO ORTIZ R, FRANCO-GARCIA ME, ANDRES-ARRIBAS I, LOPEZ-GOMEZ L, PEREZ-LAYO MA, MONEVA-JORDAN JJ, CARRASCO-BARAJA V, REBOLLAR-TORRES E
LOZANO ORTIZ ROBERTO . HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA . FARMACIA (rlozano@salud.aragon.es)

están CYP2C9 *3/- ó VKORC1 A/-).
3. El CYP 2C19 no parece afectar en gran medida a la variabilidad nosológica observada, de acuerdo a nuestros resultados

Comunicación ORAL *** Mesa 9

Nº Reg. **334**

TÍTULO. **MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL A LOS PACIENTES QUE RECIBEN ASISTENCIA EN EL CSS SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS DE HUESCA: PROPORCIONAR FORMACIÓN AL CUIDADOR TRAS EL ALTA**

Autores: LUESMA CASAÑOLA MC, PUEYO-ARTIEDA, A, BALLABRIGA, MS, ROMERO-GRANADO, MA, ASENJO, MA, LERA-DEL AMO, J, MARTIN-GROS, L, LACAMBRA, E

LUESMA CASAÑOLA MARIA CARMEN . CSS HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA . DIRECCION (mcluesma@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Proporcionar formación e información a familiares y/o cuidadores de pacientes con distinto grado de dependencia que van a ser dados de alta en el servicio de geriatría del hospital
- Mejorar la continuidad de cuidados entre la estancia hospitalaria y el domicilio en estos pacientes
- Facilitar la actividad formativa a alumnos de enfermería y de auxiliar de enfermería que hacen prácticas en el hospital

METODOLOGÍA

Se organizan una serie de talleres (8 en el año 2010) impartidos por personal de enfermería, fisioterapeutas, logopedas y terapeuta ocupacional. Los talleres se dirigen especialmente a cuidadores de pacientes del centro, pero se abren a centros educativos y a Asociaciones de usuarios.

Los temas tratados son:

- Alimentación (hidratación, disfagia, alimentación por sonda o peg, suplementos
- Higiene
- Piel/prevención de úlceras
- Sueño
- Movilización y ergonomía
- Seguridad
- Prevención síndrome del cuidador

Al final de cada taller se realizó encuesta de satisfacción a los participantes

RESULTADOS

Participaron en los talleres un total de 138 personas, mayoritariamente mujeres

Los resultados de la encuesta mostraron un elevado nivel de satisfacción tanto en aspectos docentes como prácticos, valorándose muy positivamente la utilidad de la actividad formativa

CONCLUSIONES

El taller ha sido muy satisfactorio como demuestra la encuesta realizada

El tema de la movilización ha resultado ser el que más interés a despertado en los participantes, haciendo necesario alargar el tiempo previsto para esta parte

Se ha elaborado un documento con recomendaciones y consejos a un nivel comprensible para los usuarios en general, como recordatorio del contenido del taller que ayudará a familiares y cuidadores cuando el paciente es dado de alta a domicilio

Comunicación ORAL *** Mesa 9

Nº Reg. **273**

TÍTULO. **ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA DEL SISTEMA DE SALUD DE ARAGÓN**

Autores: MARRON TUNDIDOR R, PAMPLONA, ANA CRISTINA, CISNEROS, ASUNCIÓN, LOU, MARÍA LUZ, TELLO MARÍA REYES, CARRASCO, JOSÉ MIGUEL, AMORÍN, MARÍA JOSÉ

MARRON TUNDIDOR RAFAEL . CGIPC . CGIPC (rmarron@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Implementar en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) del Sistema de Salud de Aragón un programa integral de atención a la mujer víctima de VG.

METODOLOGÍA

Los servicios de urgencia hospitalarios son uno de los principales puntos de atención donde acuden las mujeres víctimas de violencia de género (VG), en especial ante lesiones físicas graves o intentos de suicidio. La presión asistencial y la complejidad de estos casos hacen que la actuación protocolizada sea especialmente útil, favoreciendo una atención equitativa, efectiva e integral. Un equipo de trabajo multidisciplinar ha adaptado el protocolo común para la actuación sanitaria ante la VG del Sistema Nacional de Salud (SNS) y la guía de atención a la mujer víctima de violencia doméstica de Aragón al ámbito de la atención en urgencias; se ha diseñado un nuevo parte de lesiones, validado con la unidad de VG de la Delegación del Gobierno. La formación del personal de los SUH se ha organizado en: formación de formadores y en sesiones clínica acreditadas. A partir de los indicadores de VG aprobados en el SNS se ha creado un sistema de información de VG en urgencias. Se ha trabajado en colaboración con el Instituto Aragonés de la Mujer (IAM), y con la Policía Judicial y Delegación de Gobierno en la incorporación de medidas de seguridad.

RESULTADOS

Se dispone de un protocolo específico en la historia clínica digitalizada de urgencias (PCH) para la atención a la mujer víctima de VG común para todo Aragón. Se ha creado una red de formadores que actúan de transmisores de formación y capacitación de sus compañeros. Se dispone de un material teórico específico para la formación; incluido material práctico basado en casos reales que facilitan la asimilación de conceptos y el manejo de la herramienta. Se ha definido un sistema de información que aporta una visión biopsicosocial de la atención prestada. Finalmente, se han implementado un flag de alertas ante situaciones de riesgo, aconsejando al profesional sobre la actuación a seguir, y un proceso automatizado de notificación a la Policía Judicial de los casos atendidos con emisión de parte de lesiones.

CONCLUSIONES

El protocolo ha sido muy bien acogido por los profesionales que lo consideran útil y necesario. Los formadores han asumido con gran interés y dedicación su tarea de formación, consiguiendo formar prácticamente al 100% de los profesionales sanitarios de urgencias de los centros hospitalarios de Aragón. El proceso de notificación y la colaboración con el IAM ofrece un apoyo y seguridad a los profesionales del que carecían.

Comunicación ORAL *** Mesa 9

Nº Reg. **225**

TÍTULO. **RESOLUCIÓN DE LAS DEMORAS DIAGNÓSTICAS EN EL SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS)**

Autores: MARTIN CARPI MT, FORCEN CASADO T, MARTINEZ TOMEY C, SANTOLARIA MA, GOTOR LAZARO Mª A, GARCIA GOMARA MªJ, ARRUEBO E, JIMENO A

MARTIN CARPI MARIA TERESA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . NEUMOLOGIA (tmartinc@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La demora diagnóstica del Síndrome de Apnea-Hipopnea del Sueño (SAHS) es una realidad, tal como han evidenciado los estudios llevados a cabo por las diferentes Sociedades Científicas. El mayor conocimiento de la enfermedad y la escasez de recursos son las principales causas. El Hospital Ernest Lluch, Calatayud (Zaragoza), comarcal que atiende a una población dispersa de 60.000 habitantes, no es ajeno a esta realidad.

OBJETIVOS: Análisis de la situación tras la implementación de una serie de recursos disponibles en nuestro hospital. Entre ello figuran un Facultativo Especialista de Neumología, una Consulta de Neumología, un Polígrafo Respiratorio (Stardust II Respironics®), una cama hospitalaria destinada al estudio y personal cualificado que aplica y descarga la información del Polígrafo

METODOLOGÍA

La apertura en Junio de 2008 de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) ha permitido la utilización con carácter nocturno de dicha habitación. El DUE Supervisor aplica el polígrafo y descarga los datos que son evaluados por el Facultativo. En esos momentos existía una lista de espera para el diagnóstico de 145 pacientes

RESULTADOS

Desde Junio de 2008 hasta Junio de 2010 se han visitado (para reevaluar y evaluar según casos) un número de 360 pacientes, 269 hombres (74,86%) y 91 mujeres (25,14%). Se han realizado 339 estudios llegando a desaparecer la demora para el diagnóstico:

- 29 (8,55%) solicitados en el año 2005: demora (media ± desviación estándar): 1077 días ± 134; (rango 961-1356)
- 33 (9,73%) en 2006: demora: 887 días ±136 (rango 648-1191).
- 52 (15,34%) en 2007: demora 458 días ± 167 (rango 176-775).
- 63 (18,58%) en 2008: demora 108 días ± 113 (rango 0-532).
- 102 (30%) en 2009: demora 48 días ± 40 (rango 8-173).
- 60 (17,7%) hasta esa fecha de 2010: demora 19 días ± 15 (rango 2-65)

CONCLUSIONES

La implementación de los recursos disponibles en nuestro hospital ha permitido disminuir la demora diagnóstica hasta niveles recomendables. Nuestra capacidad diagnóstica permite reevaluar a los pacientes en caso de ausencia de validez de la prueba, mala tolerancia al tratamiento o mejoría de la sintomatología. La titulación de las presiones se puede beneficiar de un nuevo protocolo diagnóstico

Comunicación ORAL *** Mesa 9

Nº Reg. **159**

TÍTULO. **IMPACTO DEL CAMBIO DE UBICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DE LA PRUEBA DE SUEÑO EN LA OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS EN UN HOSPITAL COMARCAL**

Autores: MARTINEZ TOMEY C, CASANOVA-CARTIÉ N, MARTÍN-CARPÍ MT, FORCEN-CASADO T, SANMIGUEL –VICIOSO R, ANDRÉS-RUBIO JA

MARTINEZ TOMEY CARMEN . HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD . ENDOSCOPIAS (cmartinezt@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Elaborar un nuevo circuito para realizar la Prueba de sueño en el Hospital Ernest Lluch.
- Disminuir la lista de espera para la realización de dicha prueba.
- Disminuir el número de averías del polígrafo

METODOLOGÍA

Hasta junio de 2008 la prueba se realizaba en cualquiera de las cuatro unidades de hospitalización. Esto suponía la ocupación de dos camas y un gran número de personal de enfermería realizando la prueba, no siempre familiarizado con el uso y mantenimiento correcto del polígrafo. Como consecuencia de la no disponibilidad de camas, de las frecuentes averías del polígrafo y de la repetición de pruebas no válidas, la lista de espera y la demora para la realización de la prueba aumentaron considerablemente. Esto hizo plantearse la posibilidad de cambiar la ubicación a una unidad que no fuese de hospitalización y, por lo tanto, que no incidiese en el índice de ocupación del Hospital, aumentando así la disponibilidad de camas. En la actualidad, la prueba se realiza en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Por otro lado, la realización por el Supervisor de noches hizo que se redujese a dos personas el número de personal implicado y así, se diese un uso correcto del polígrafo, disminuyendo el número de averías del mismo y la repetición de pruebas no válidas

RESULTADOS

Se analizaron el número de pruebas de sueño realizadas y las averías sufridas por el polígrafo desde julio de 2006 a julio de 2010, en dos periodos de tiempo equivalentes. El primer periodo correspondía a las pruebas realizadas en las unidades de hospitalización y el segundo a las realizadas en la Unidad de CMA. Durante el primer periodo se realizaron 98 pruebas y hubo 4 averías, lo que supone un porcentaje del 4,08% de averías en relación al número de pruebas realizadas. En el segundo periodo, se llevaron a cabo 339 pruebas y el polígrafo sufrió 3 averías, lo que supone un 0,88% en el índice de averías

CONCLUSIONES

El cambio de ubicación de la realización de la Prueba de sueño a la unidad de CMA y la realización de la misma por personal de enfermería adiestrado, supuso eliminar la lista de espera, disminuir el tiempo de demora para la realización de la prueba, disminuir el número de averías sufridas por el polígrafo, disminuir la repetición de pruebas no válidas, y aumentar la disponibilidad de camas de hospitalización

Comunicación ORAL *** Mesa 9 Nº Reg. **56**

TÍTULO. **FORMACIÓN Y DIFUSIÓN DE PROTOCOLOS GRACIAS UNA HERRAMIENTA SECOND LIFE**

Autores: MELÚS PALAZÓN E, BARTOLOMÉ-MORENO CB, GARCIA GARCIA I, LAFUENTE LAFUENTE A, OLIETE HERRERO C, ARIÑO S, ALONSO C, MARTIN SOLA MC

MELÚS PALAZÓN ELENA . DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA . UD MFYC SECTOR ZARAGOZA I (udomfyc.s1@gmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Se pretende promover la realización de sesiones clínicas y otras actividades formativas sin la barrera de la dispersión ni la presión asistencial y sin necesidad de desplazamientos en todo el sector I.

Difusión de protocolos y Guías para sanitarios y pacientes.

Facilitar dialogo entre profesionales de atención primaria y atención hospitalaria

METODOLOGÍA

Taller para conocer el programa, saber crear avatar, conocer la isla de la salud, saber tanto participar como asistente a una sesión clínica y contar con los recursos necesarios para dar una sesión clínica en Second Life. El taller se impartirá en la Unidad Docente.

Sesiones clínicas conjuntas en Second Life. Participarán todos los CS del sector que se hayan formado y el Hospital de referencia, se elaborará un calendario conjunto de sesiones clínicas.

Difusión de Guías, protocolos.

Encuesta antes de iniciar la actividad formativa y encuesta de satisfacción después del período formativo y de la actividad propuesta (sesiones clínicas)

RESULTADOS

Indicador de proceso: numero de sesiones clínicas realizadas en los centros: 17 sesiones clínicas conjuntas de enero a junio de 2011.

Número de Guías o protocolos difundidos a través de esta herramienta: 4 guías (PAPPS, ASMA, EPOC, Tratamiento tabaquismo), 1 protocolo: Código ictus, Mediante esta herramienta, Second Life, se logró la difusión de un nuevo programa desde Neurología del Hospital de referencia a todos los CS del sector en una sola sesión clínica y facilitando el dialogo entre todos, sin necesidad de desplazamientos.

Cuestionario tras sesiones acreditadas: Acceso a SL: 2 no pudieron acceder. Problemas de sonido: en 0% (0/10). Problemas de imagen 0% (0/10). Chat de voz/escrito: usado en 100% (10/10). 0 Incidentes.

Les gusta como herramienta al 100% (10/10), Puntos fuertes de este método: 70%(7/10) consideran que evitar desplazamientos, 50%(5/10) la accesibilidad y 20%(2/10) la rentabilidad de recursos formativos. Debilidades: 80%(8/10) problemas técnicos y 10%(1/10) frialdad y poca interacción. Lo consideran superior a otros medios no presenciales el 65,79% y a presenciales el 38,16%

CONCLUSIONES

SL es una herramienta que favorece el desarrollo de actividades formativas entre varios centros dispersos, evitando desplazamientos, rentabilizando recursos formativos

Comunicación ORAL *** Mesa 9

Nº Reg. **324**

TÍTULO. **RADIOTERAPIA HIPOFRACCIONADA EN CÁNCER DE PRÓSTATA. MEJORA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES Y RENDIMIENTO DEL ALE**

Autores: MENDEZ VILLAMON A, MENDEZ A, LANZUELA M, IBAÑEZ R, VAZQUEZ C, MONGE M, PUEYO A, TEJEDOR M

MENDEZ VILLAMON AGUSTINA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . ONCOLOGIA RADIOTERAPICA (amendez@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El considerable desarrollo y avance tecnológico en la última década en el mundo de la radioterapia ha conseguido aumentar la precisión en la administración de las radiaciones ionizantes mediante el uso de IMRT-IGRT.

El desarrollo de estas nuevas tecnologías nos ha permitido utilizar el hipofraccionamiento en los tratamientos dando una mayor dosis por fracción en el volumen a tratar, permitiéndonos acortar el número de sesiones por paciente. Del mismo modo según los modelos radiobiológicos el cáncer de próstata tendría un cociente a/ß=1,5 inferior al de los tejidos sanos adyacentes de respuesta lenta.

Valorar la satisfación de los paciente acortando tiempos de tratamiento.

Analizar la toxicidad aguda genito- urinaria y gastro-intestinal inducida por la radioterapia en el tratamiento del cáncer de próstata mediante esquemas de hipofraccionamiento

METODOLOGÍA

Desde Junio de 2010 a Marzo de 2011 se ha recogido una muestra de 59 pacientes diagnosticados de cáncer de próstata de riesgo intermedio/alto/ muy alto. La dosis administrada ha sido de 60 Gy a ritmo de 300cGy/día, 5 sesiones a la semana con técnicas de IGRT. El 80% de los pacientes habían recibido tratamiento con análogos LH y antiandrógenos durante un mínimo de 3 meses previo a la radioterapia.

RESULTADOS

Con un seguimiento medio de 6 meses la toxicidad aguda genitourinaria ha sido GI-GII según escala de la RTOG, detectando un solo caso GIII y ningún paciente toxicidad G-IV. La toxicidad gastrointestinal detectada ha sido GI-II según RTOG. Preguntado el paciente, presenta una mayor satisfacción al realizar un tratamiento en 4 semanas frente a 8 semanas con el fraccionamiento estándar

CONCLUSIONES

Nuestros resultados sugieren que el esquema de hipofraccionamiento utilizado en el cáncer de próstata es un tratamiento seguro y no genera mayor toxicidad aguda genito-urinaria ni gastro-intestinal que el fraccionamiento estándar utilizado hasta la fecha.

Permitiéndonos mejorar la satisfación del paciente y aumentar el rendimiento del ALE

Es preciso realizar estudios con seguimientos a más largo plazo para poder analizar toxicidad tardía y control de la enfermedad.

Comunicación ORAL *** Mesa 9

Nº Reg. **288**

TÍTULO. **PROGRAMA DE EJERCICIOS EN LAS EMBARAZADAS CON INMOVILIZACIÓN PROLONGADA. REPERCUSIONES FÍSICAS Y EMOCIONALES**

Autores: LAVIÑA CASTAN AB, ANDRÉS-OROS P, SANGÜESA-GIMÉNEZ R, LAVIÑA-CASTAN AB, MORERA-LIÁNEZ LA, RODRIGUEZ-MARQUEZ A, AZCUTIA MARCO E

LAVIÑA CASTAN ANA BELEN . CASAR DEL PIRINEO (JACA) . PARITORIOS (leticiamorera@yahoo.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El objetivo principal fue la realización y desarrollo de una tabla de ejercicios para mejorar el bienestar físico y emocional de las pacientes ingresadas. Objetivos secundarios: mayor toma de conciencia del personal sanitario responsable.

METODOLOGÍA

Estudio prospectivo, descriptivo, realizado en el Hospital Universitario Miguel Servet desde Abril de 2010 a Mayo de 2011. Se implementó un programa de ejercicios de mantenimiento del tono muscular realizado por el Servicio de Obstetricia (facultativos y enfermería), Rehabilitación y Fisioterapia para las pacientes, que requieren reposo prolongado, con diagnóstico de: rotura prematura de membranas, fisura de bolsa amniótica y amenaza de parto prematuro.

El personal sanitario instruyó a las pacientes en su realización. Para la valoración de los resultados se diseñó una hoja de seguimiento. Al alta se les entregó una encuesta de valoración

RESULTADOS

El 83% fueron mujeres de 19 a 35 años. Caucásicas, Españolas, el 89%. El texto les pareció muy comprensible al 72% vs 1 paciente a la que le pareció poco comprensible. La mayoría (83%) comentó que se le había informado sobre los beneficios del tratamiento “bien”.

Destacaron que es a nivel físico en el campo en el que creen mejorar, algo menos a nivel psicológico y en la situación de estrés. El 61% opinaron que les beneficiara tras su ingreso.

La mayoría los realizó todos los días pero sólo una vez al día, (94%) y no 2 ó 3 cómo se les indicó. Muchas gestantes nos hablaron sobre su miedo a que su práctica desencadenase un empeoramiento de su situación

CONCLUSIONES

Es costoso realizar los ejercicios diariamente por la desidia y rutina durante el ingreso. También por miedo, cuestión que se debe solventar entre todo el personal, especialmente, médico.

Tendríamos que reforzar la cuestión psicológica, por ahora las gestantes opinan que los ejercicios no les ayudan en gran manera a afrontar su situación y a llevar mejor el estrés que produce la estancia prolongada.

Deberíamos fomentar entre el personal de la planta un clima más favorecedor para la realización de los ejercicios

IX JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD EN SALUD

Zaragoza, 21 y 22 de junio de 2011

Mesa 10 * 22 Miércoles-09:30 h.

Reg	Apellidos y Nombre	Título de la Comunicación
419	CASTRO FIGUEROA, LENA DEL PILAR	FIBRILACION AURICULAR Y ANTICOAGULACION: ¿QUE TAL LO HACEMOS EN LA PRACTICA CLINICA DE URGENCIAS?
359	MINCHOLE LAPUENTE, ELISA	ECOBRONCOSCOPIA EN EL ESTUDIO DE ADENOPATÍAS MEDIASTÍNICAS: RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA Y COSTE-BENEFICIO FRENTE
345	MONGE NIETO, MARIANA	IDENTIFICACION DEL PACIENTE Y LESIONES EN RADIOTERAPIA SUPERFICIAL (RTS) MEDIANTE EL USO DE LA CARPETA DE
181	MONTERO BAJO, SOLEDAD	APORTACIÓN DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN A LA GESTIÓN DEL CUIDADO ENFERMERO
78	MORATA TUDELA, MARIA CARMEN	MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PROCESO TRANSFUSIONAL
164	NAVARRO AZNAREZ, GLORIA	DIABÉTICOS TIPO 2 EN TRATAMIENTO A LARGO PLAZO CON METFORMINA Y DÉFICIT DE VITAMINA B12
44	NOYA CASTRO, CARMEN	CONTRIBUCIÓN DE LÍDERES DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL EN EL DESARROLLO DEL PLAN ESTRATÉGICO DEL
321	NUÑO MORER, FELIPE	"DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA RADIOLOGICA A LA ENTREVISTA TELEFONICA INFORMATIVA”
165	OREA CASTELLANO, ENRIQUE	IMPLANTACIÓN DE CONTROL TELEMÁTICO DE MARCAPASOS DEFINITIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
103	OÑATE CALVO, CARMEN	AGUA,LIMÓN Y PARACETAMOL,TRIAJE TELEFÓNICO DURANTE PANDEMIA DE GRIPE,NOVEDOSA OFERTA DE CUIDADOS
296	PALACIAN RUIZ, MARIA PILAR	PROYECTO DE MEJORA EN EL DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO DE LA INFECCIÓN FÚNGICA INVASORA EN EL PACIENTE

Comunicación ORAL *** Mesa 10

Nº Reg. **419**

TÍTULO. **FIBRILACION AURICULAR Y ANTICOAGULACION: ¿QUE TAL LO HACEMOS EN LA PRACTICA CLINICA DE URGENCIAS?**

Autores: MORANDEIRA RIVAS C, CASTRO FIGUEROA LP, MONTOYA ARENAS JJ, MATAJIRA CHIA TM, VELAZQUEZ LUPIAÑEZ L, GARCIA NOAIN JA, LACAMBRA BLASCO I

MORANDEIRA RIVAS CLARA . HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA . CARDIOLOGIA (lenna_castro@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

INTRODUCCION: La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardiaca sostenida más frecuente y su principal complicación es el accidente cerebrovascular (ACV). La mayoría de los pacientes con FA necesitan anticoagulación. Las recientes guías de la Sociedad Europea de Cardiología sobre FA recomiendan valorar el riesgo de ACV y hemorrágico mediante el uso de escalas como CHADS2vasc Y HASBLED, para definir quienes deben ser anticoagulados. La FA suele verse por primera vez en urgencias, siendo el lugar para aplicar escalas de riesgo e iniciar la anticoagulación.

OBJETIVO: Determinar las tasas de anticoagulación al alta, por fibrilación auricular en el área de Urgencias del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (HCULB), según las nuevas escalas de riesgo tromboembólico y hemorrágico.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo, mediante la revisión de los registros informatizados del servicio de urgencias del HCULB con diagnóstico de FA del 1/03/2010 al 31/03/2011.

RESULTADOS

Se encontraron 481 pacientes, siendo 46,4% hombres y 53,6% mujeres, siendo mayores de 75 años el 46,2%, de 60–75 años el 34,9% y 18,9% menores de 60 años.
La valoración del riesgo tromboembólico, mediante la aplicación de la escala CHADS2vasc fue bajo en 133 pacientes (27,7%), intermedio en 12 (2,5%) y alto en 336 (69,9 %). El riesgo hemorrágico, según la aplicación de HASBLED fue bajo en 422 pacientes (87.7%) y alto en 59 (12,3%).
Los pacientes con alto riesgo tromboembólico y bajo riesgo hemorrágico representaron el 58,65 % (282) de los casos, de los cuales el 62,1% fueron dados de alta con anticoagulación oral (ACO) y 37,9 % (107) no la recibieron al alta. Los pacientes con bajo riesgo tromboembólico y alto riesgo hemorrágico representaron el 1,03% (5), de los cuales el 100% fueron dados de alta con ACO.

CONCLUSIONES

1. El grupo de alto riesgo tromboembólico con bajo riesgo hemorrágico recibió ACO en el 58,65% de los casos.
2. El 100% de los pacientes con riesgo tromboembólico bajo y hemorrágico alto se anticoagularon.
3. Las escalas de riesgo tromboembólico y hemorrágico pueden facilitar la toma de decisiones en urgencias optimizando la indicación de ACO y reduciendo las complicaciones.

Comunicación ORAL *** Mesa 10

Nº Reg. **359**

TÍTULO. **ECOBRONCOSCOPIA EN EL ESTUDIO DE ADENOPATÍAS MEDIASTÍNICAS: RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA Y COSTE-BENEFICIO FRENTE A MEDIASTINOSCOPIA**

Autores: MINCHOLE LAPUENTE E, VERA E, FORCEN E, MOYA V, FANDOS S, NIETO D, CHACON E, BELLO S

MINCHOLE LAPUENTE ELISA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . NEUMOLOGIA (eminchole@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Las estrategias de tratamiento contra el cáncer de pulmón requieren una estadificación exacta, en la que se emplean métodos no invasivos, mínimamente invasivos e invasivos. En la última década, numerosas publicaciones han establecido la PAAF guiada por Ecobroncoscopia (EBUS) de los ganglios linfáticos mediastínicos como una herramienta muy útil en el diagnóstico y estadiaje de esta enfermedad. La Mediastinoscopia, considerada de elección para la evaluación histológica del mediastino, es una técnica quirúrgica, no exenta de complicaciones, que requiere quirófano y la necesidad de estancia hospitalaria.
El objetivo de este estudio fue valorar la rentabilidad de la EBUS y su coste-beneficio frente a la Mediastinoscopia.

METODOLOGÍA

Se hizo un estudio retrospectivo de los primeros 128 EBUS realizados en el Servicio de Neumoloíga del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) de Zaragoza. Se recogieron variables epidemiológicas, centros de referencia de los pacientes y diagnósticos confirmados histológicamente. Se examinó la sensibilidad, especificidad y valores predictivos positivo y negativo de la EBUS. Finalmente, se compararon los costes de esta técnica frente a la Mediastinoscopia en el estudio de las adenopatías mediastínicas en el cáncer de pulmón.

RESULTADOS

El 67% de los pacientes en los que se realizó EBUS procedían del HUMS. Esta técnica mostró una sensibilidad del 91%, especificidad del 100% y un valor predictivo negativo del 84% para el diagnóstico y/o estadiaje en el cáncer de pulmón.
Se evitaron un 74% de Mediastinoscopias. El empleo de la EBUS supuso un ahorro de casi 1000 euros por paciente frente a la Mediastinoscopia, debido fundamentalmente a los gastos derivados del ingreso hospitalario

CONCLUSIONES

La EBUS es una técnica segura, mínimamente invasiva, realizada con sedación.
Permite realizar la punción ganglionar y el posterior diagnóstico histológico en el mismo acto.
Es una prueba que puede realizarse ambulatoriamente, evitando la hospitalización y sus costes derivados.
Esta técnica evita un gran número de mediastinoscopias.

Comunicación ORAL *** Mesa 10

Nº Reg. **345**

TÍTULO. **IDENTIFICACION DEL PACIENTE Y LESIONES EN RADIOTERAPIA SUPERFICIAL (RTS) MEDIANTE EL USO DE LA CARPETA DE TRATAMIENTO**

Autores: MONGE NIETO M, CUARTERO-CONEJERO E, VAZQUEZ-SANCHO C, FERNANDEZ-DEL RIO I, HERRERO A, IBAÑEZ CARRERAS R, LANZUELA VALERO M, MENDEZ VILLAMON A

MONGE NIETO MARIANA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . RADIOTERAPIA (mong_15@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Asegurar la correcta identificación del paciente y de las lesiones a tratar.
- Conseguir la implantación de un sistema de identificación inequívoca de todos los pacientes en tratamiento

METODOLOGÍA

La identificación del paciente de forma verbal y la descripción escrita de la lesión a tratar, no es suficiente en los tratamientos con RTS, en numerosas ocasiones se trata de pacientes de avanzada edad que pueden estar desorientados o con pérdida de atención;y ademas las lesiones pueden no ser muy evidentes o estar próximas a tratamientos anteriores, lo que nos puede llevar errores perjudiciales para el paciente.

La elaboración de la carpeta de tratamiento ha supuesto el elemento mas adecuado para los procesos de verificación de identidad del paciente y del tratamiento a realizar en RTS.

Se trata de una carpeta flexible con la portada transparente donde adjuntamos una hoja de identificación del paciente, en la que aparecen datos personales y una foto de identificación.

Al abrir la carpeta encontramos distintas fotos que indican la posición correcta para el tratamiento, la necesidad o no de protección plomada y su diseño, además de otras indicaciones necesarias para tratamiento (uso de apoyos adicionales o inmovilizadores…) y por último la ficha de tratamiento propiamente dicha.

La enfermera que atiende al paciente el primer día de consulta es la responsable de elaborar detenidamente la carpeta, identificando físicamente tanto al paciente como a las lesiones a tratar y realizando las fotos y anotaciones necesarias.

Las demás enfermeras que intervienen en el tratamiento serán los responsables de realizar las comprobaciones previas antes de administrar cada sesión.

El paciente será informado del uso y finalidad de esta medida de seguridad, solicitando su participación activa

RESULTADOS

Actualmente existe un turno rotatorio de personal de enfermería para realizar los tratamientos. Hemos observado que este sistema de identificación ha permitido por un lado asegurar la correcta administración del mismo con independencia del profesional que atiende al paciente y por otro una disminución en el tiempo empleado en la colocación y preparación de cada paciente, ya que nos aporta de forma rápida y segura toda la información necesaria

CONCLUSIONES

Es necesario promover un sistema de identificación adecuadode los pacientes en todos los servicios hospitalarios, así como realizar un seguimiento de su cumplimentación para proporcionar una atención más segura y con menos errores

Comunicación ORAL *** Mesa 10

Nº Reg. **181**

TÍTULO. **APORTACIÓN DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN A LA GESTIÓN DEL CUIDADO ENFERMERO**

Autores: MONTERO BAJO S, BAMBA I, CARBONELL P, HOSPITAL ML, VICENTE J, LAMAS DE LEON MJ, ROY C, NOYA C

MONTERO BAJO SOLEDAD . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . ONCOPEDIATRIA HOSPITAL MATERNO INFANTIL (msmonterob@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

En el año 2010 la Dirección de Enfermería del H.U.M.S. prioriza la implantación del Aplicativo Gacela Care, en las unidades de pediatría, buscando la eficacia y la eficiencia del proceso enfermero tanto en la toma de decisiones clínicas, la elección y desarrollo de las intervenciones basadas en argumentos científicos como en la utilización de un lenguaje y registros estandarizados que constituyen la base de la disciplina enfermera.

El objetivo de la implantación es:

- Facilitar la gestión de los cuidados mediante la normalización de la metodología y lenguaje enfermero.
- Facilitar unos registros estandarizados eficientes en las unidades de pediatría

METODOLOGÍA

Ámbito de aplicación:

En mayo del 2010, apostando por el desarrollo de las tecnologías de la información, se implantó el programa informático de cuidados en cuatro unidades de Pediatría de forma progresiva.

Instrumentalización:

Para gestionar y afrontar el cambio se establecieron varias líneas de trabajo complementarias

a) Se llevaron a cabo reuniones desde la subdirección de enfermería con todo el personal que iba a estar implicado en el cambio.

b) Se planificó la formación desde el punto de vista de la herramienta informática y de la metodología de cuidados como base conceptual de la misma.

c) Se estableció el soporte informático: gacela care, y la estructura necesaria para su aplicación

RESULTADOS

El aplicativo informático forma parte ya del trabajo diario en las unidades de hospitalización pediátrica, mediante la normalización de la metodología, lenguaje enfermero y registros

Se recoge y organiza de forma precisa y más eficiente toda la información y actuaciones enfermera durante el proceso del niño hospitalizado

CONCLUSIONES

Las TIC implican una forma de optimizar la práctica asistencial disponiendo la información exacta y actualizada en todo el momento del proceso de salud del niño.

Posibilita desarrollar un cuidado enfermero integral personalizado.

Incorporar las tecnologías a la práctica habitual, será un proceso largo, que supondrá un cambio cultural importante en el colectivo de enfermería. Sin embargo, confiamos en que progresivamente nuestro colectivo vaya impregnándose de los conocimientos y habilidades necesarias para ir transformando e innovando su práctica asistencial

Comunicación ORAL *** Mesa 10 Nº Reg. **78**

TÍTULO. **MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PROCESO TRANSFUSIONAL**

Autores: MORATA TUDELA MC, MORATA MC., LOPEZ M., BERROZPE P., VILELA C., PIQUERAS MJ, GRACIA M., ESTEVA E.

MORATA TUDELA MARIA CARMEN . HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA . LAB HEMATOLOGIA UNIDAD DE TRANSFUSION (cmorata@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Difundir el Protocolo Normalizado del trabajo

- Formar a las Enfermeras en cumplimentación , conservación y transfusión de los hemoderivados
- Cumplimentación correcta en los apartados que debe rellenar Enfermería
- Adecuada conservación y transfusión de los hemoderivados

METODOLOGÍA

Se ha diseñado un estudio prospectivo durante los años 2008 y 2009 (antes de intervención) y 2010 (después de intervención) de las solicitudes de hemoderivados en la Unidad de Transfusiones del Hospital "Lozano Blesa" de Zaragoza. A lo largo de los años 2008 y 2009 se recogieron datos de la cumplimentación de las solicitudes de hemoderivados en la unidad de Transfusiones, se analizaron los fallos y las causas de la mala cumplimentación, lo cual se utilizó para elaborar el contenido de la formación. Durante los primeros meses de 2010 se realizó la formación. Posteriormente se procedió a una segunda medición de las solicitudes durante los seis meses últimos de 2010

RESULTADOS

Se ha formado al 55.10% de los profesionales que utilizan estas solicitudes y ya se ha pasado de un grado de cumplimentación de los datos correspondientes a Enfermería en las solicitudes de hemoderivados de 77.37 a 92.74. Además colateralmente se ha conseguido otros resultados como el aumento de devolución de la hoja transfusional, y una mejor comunicación entre este Servicio y el resto de Unidades

CONCLUSIONES

La implantación de los planes de formación continuada ha demostrado la mejora de la trazablidad del proceso transfusional

- Para que los beneficios obtenidos no bajen en eficacia es necesario seguir con la realización de dicha formación y difusión de información
- La colaboración de los profesionales (convirtiéndose en formador de formadores) es esencial para que los procesos sigan vivos

Comunicación ORAL *** Mesa 10

Nº Reg. **164**

TÍTULO. **DIABÉTICOS TIPO 2 EN TRATAMIENTO A LARGO PLAZO CON METFORMINA Y DÉFICIT DE VITAMINA B12**

Autores: NAVARRO AZNAREZ G, NAVARRO M, JIMENEZ C, PEREZ M, ESTEBAN C, ARBUES R, NAVARRO M, ANDRES C

NAVARRO AZNAREZ GLORIA . CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA) . ATENCION PRIMARIA (mgnavarro@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Conocer la incidencia de Diabetes Mellitus en el C.Salud así como el grado de solicitud de vitamina B12 en diabéticos que toman metformina a largo plazo y su corrección en caso de déficit.

METODOLOGÍA

Para el estudio de la incidencia se recogieron todos los pacientes registrados en OMI- AP con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 a fecha 01/02/2010. Para conocer los otros objetivos se incluyeron los pacientes en tratamiento con metformina durante = 2 años. Se solicitó a la Inspección de Farmacia del SALUD el listado de usuarios con algún consumo de metformina en el primer y último trimestre del periodo estudiado (01/01/2008 a 01/03/2010). Se dividió el estudio en tres etapas: situación basal (previa a 01/02/2010), periodo entre el 01/02/2010 a 01/06/2010 y periodo del 01/06/2010 a 31/12/2010. Datos recogidos: edad, sexo, dosis y duración del tratamiento con metformina, uso concomitante de IBPs =2 años, solicitud de B12, existencia de déficit de ésta (< 180 pg/ml), prescripción de suplemento, dosis y vía del mismo, fecha de control del déficit (a partir del tercer mes del tratamiento) y corrección o no del mismo. Se realizaron sesiones informativas tanto al inicio del estudio como durante el mismo y se protocolizó el tratamiento del déficit.

RESULTADOS

Población atendida: 20.574 usuarios, diabéticos: 876 (4.25%). En tratamiento prolongado con metformina 299 pacientes (39%). Se analizaron 221 pacientes (63%), 53% hombres y 47% mujeres, edad media: 71 años. Solicitud de vitamina B12 en un 12,4% de pacientes en la situación basal, un 29% en el segundo periodo y un 40% en el tercero. Tenían déficit 26%, 33% y 30% en los respectivos periodos, llevando suplemento el 86%, el 81% y el 88% respectivamente. Suplemento por vía parenteral: 67% en la situación basal, 65% y 88% en los otros dos periodos, corrigiéndose el déficit según las etapas del estudio en el 33%, 78% y 78%. A pesar de llevar tratamiento hubo un 50% a los que no se les pidió control del déficit en la situación basal y tampoco en el 29% y el 64% en los otros dos periodos. Un total de 84 pacientes (39%) tomaban concomitantemente IBPs y de éstos, un 34% tenían déficit de vitamina B12.

CONCLUSIONES

Más de la cuarta parte de los pacientes tienen un déficit de vitamina B12. La determinación de ésta pasa de un 12% previo al estudio a un 70% durante el mismo. Existe un alto porcentaje (80%) de normalización de las cifras tras el suplemento. Cuando el paciente toma además un IBP el déficit de B12 aumenta hasta el 34%.

Comunicación ORAL *** Mesa 10 Nº Reg. **44**

TÍTULO. **CONTRIBUCIÓN DE LÍDERES DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL EN EL DESARROLLO DEL PLAN ESTRATÉGICO DEL SECTOR ZARAGOZA II**

Autores: NOYA CASTRO C, ABADIA J, BRUNA M, GRACIA G, GUALLART R, IZQUIERDO A, LATORRE A, ARELLANO C

NOYA CASTRO CARMEN . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . SUBDIRECCION DE ENFERMERIA HMI (cnoya@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Identificar la contribución de los líderes de enfermería del Hospital Materno Infantil(HMI)de Zaragoza en el desarrollo del Plan Estratégico en el Sector Zaragoza II

METODOLOGÍA

Realizamos un análisis descriptivo del proceso de cambio llevado a cabo por las gestoras de enfermería en el HMI.

Planteamos la necesidad de que los lideres de enfermería, como agentes de cambio que son, inicien un proceso influyente y participativo que libere la creatividad de sus colaboradores y permita hacer efectivo el plan estratégico definido para nuestro sector para el periodo 2009-2011.

Para ello iniciamos el proceso mediante la realización de un DAFO para conocer la situación real de nuestro hospital, así como conocer riesgos y oportunidades que nos brinda nuestro sistema sanitario.

Tras el DAFO definimos objetivos a trabajar, que están integrados dentro del marco institucional de dirección estratégica de nuestra organización

RESULTADOS

Los objetivos operativos se han integrado en 7 líneas estratégicas:

1. “Desarrollo del modelo de liderazgo”:
   - Formación en gestión.
   - Participación en jornadas y congresos.
2. “Desarrollo de la gestión clínica”:
   - Colaborar en la implantación de la gestión por procesos.
   - Implementación del proceso cuidado de enfermería.
   - Mejorar la continuidad asistencial.
3. “El personal como activo básico”:
   - Formación en tecnología, innovación, cuidados…
   - Focuss.
   - Sesiones de enfermería.
   - Programas de mejora de calidad.
4. “Desarrollo de los sistemas de información”:
   - PCH, Triaje, gacela y cribado neonatal.
5. “Adecuación de infraestructuras, tecnología”:
   - Pactos en las unidades
6. “Satisfacer los derechos básicos y expectativas de los usuarios”:
   - Humanización del Hospital Materno Infantil

Comunicación ORAL *** Mesa 10 Nº Reg. **44**

TÍTULO. **CONTRIBUCIÓN DE LÍDERES DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL EN EL DESARROLLO DEL PLAN ESTRATÉGICO DEL SECTOR**

Autores: NOYA CASTRO C, ABADIA J, BRUNA M, GRACIA G, GUALLART R, IZQUIERDO A, LATORRE A, ARELLANO C

NOYA CASTRO CARMEN . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . SUBDIRECCION DE ENFERMERIA HMI (cnoya@salud.aragon.es)

7. "Impacto en la sociedad":
   - Participación en foros externos y medios de Comunicación.
   - Incrementar la Participación del Voluntariado

CONCLUSIONES

El afianzamiento del equipo de líderes de enfermería nos ha permitido participar en el desarrollo del plan estratégico de nuestra organización. Los logros obtenidos son los resultados del esfuerzo combinado de cada uno de ellos

Comunicación ORAL *** Mesa 10 Nº Reg. **321**

TÍTULO. **"DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA RADIOLOGICA A LA ENTREVISTA TELEFONICA INFORMATIVA"**

Autores: NUÑO MORER F, MIRAVETE-VALIENTE MJ, FRIAS-CORREDOR A, ALASTRUEY-LAIRLA E, MONGE-MIRALLAS J, TORRES-PALACIN MA, ALALASTRUEY-LASOBRAS MP, GARCIA-CERNUDA V
NUÑO MORER FELIPE . HOSPITAL SAN JORGE . SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO (fenumo@yahoo.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS
Definir qué es una Consulta de Enfermería Radiológica
Incrementar el nivel de información sobre la prueba radiológica que se le va a realizar para disminuir dudas y temores
Aumentar la seguridad de los pacientes que van a recibir la administración de un contraste yodado (Detección de alergias previas y de pacientes que toman metformina)
Reducir tiempos de espera en las salas (pacientes colaboradores al conocer la prueba)
Disminuir el número de citas anuladas (al no acudir los pacientes por temor a la prueba)
Facilitar los medios para la preparación previa e informar sobre su administración
Evitar la repetición de pruebas radiológicas por acudir con una mala preparación
Aumentar el nivel de satisfacción del usuario y la Calidad Asistencial

METODOLOGÍA
Creación de 4 grupos de trabajo que han definido aspectos específicos
Se ha confeccionado una "Hoja de Valoración e Información de Enfermería para pruebas con contrastes yodados"
Se han realizado 154 entrevistas telefónicas informativas, a pacientes que tenían que realizarse una Urografía
Se han realizado 116 encuestas de valoración
Presentación del proyecto al Jefe de Servicio y Dirección de Enfermería
Se elaboró un modelo de Entrevista Telefónica Informativa, así como el
correspondiente protocolo de realización de dicha entrevista

RESULTADOS
Se ha incrementado el nivel de información y seguridad de pacientes que iban a realizarse una urografía
Se han distribuido carteles informativos sobre la alerta de metformina
Se ha incorporado al documento informativo de preparación previa, a pruebas que precisen la administración de contrastes yodados, el aviso de suspender la toma de metformina 2 días antes y 2 después de la prueba
Se han detectado 15 pacientes DM2 que tomaban metformina, a los cuales se avisó previamente para suspender su toma 2 días antes de la urografía

CONCLUSIONES
Quedan sentadas las bases para la puesta en funcionamiento de la Consulta de Enfermería Radiológica cuando se crea necesario
La entrevista Telefónica Informativa ha demostrado ser una herramienta informativa válida pero insuficiente, comparada con los datos que podría aportar la Hoja de Valoración en Consulta
Las encuestas de valoración han demostrado una gran satisfacción con la información recibida a través de una entrevista telefónica, previa a la realización de una urografía

Comunicación ORAL *** Mesa 10

Nº Reg. **165**

TÍTULO. **IMPLANTACIÓN DE CONTROL TELEMÁTICO DE MARCAPASOS DEFINITIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL**

Autores: OREA CASTELLANO E, MONTON DITO JM, GATO LEON M, CONEJOS JERICO L, PEREZ MARTINEZ MC

OREA CASTELLANO ENRIQUE . HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL . MARCAPASOS (eorea@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Mejoría en el seguimiento de los pacientes portadores de marcapasos definitivo.
- Acortar los tiempos de respuesta ante los episodios de malfuncionamiento
- Evitar traslados de pacientes a la consulta presencial de marcapasos

METODOLOGÍA

A través de un transmisor conectado a una línea telefónica domiciliaria, se realiza una transmisión de diversos datos médicos y técnicos sobre el funcionamiento del marcapasos, que se registran en un servidor web. El equipo de la unidad de marcapasos puede acceder con una clave a dicha información.

Existen 2 modelos de trabajo: monitorización diaria con envío de alarmas de malfuncionamiento del marcapasos y monitorización clínica o seguimiento del marcapasos sin necesidad del traslado del paciente. Por motivos de seguridad, no pueden modificarse los parámetros del marcapasos

RESULTADOS

Durante el año 2010, se han incluido en el programa 22 pacientes, con una edad media de 77 años y con una distancia a la consulta mayor de 1 hora en el 77% de los pacientes.

La monitorización domiciliaria ha supuesto durante el año 2010 una evidente mejora en la disminución del tiempo de respuesta, se han detectado agotamientos de batería y se han acortado los tiempos de revisión a 6 meses. Se han revisado todos los casos de comunicación de alarmas a través de fax. Ha mejorado el seguimiento de los pacientes con monitorización más estrecha de las impedancias y los umbrales; así como el seguimiento de las arritmias.

Por último se han evitado traslados en pacientes dependientes y domicilios con > 1 hora de viaje a la consulta

Indicadores de proceso:

- Se han incluido el 85% de los pacientes que por edad, dependencia o lejanía cumplían los criterios de inclusión (han existido negativas del pacientes y estamos limitados por presupuesto en el número de dispositivos)
- El número de pacientes que han firmado el consentimiento informado ha sido del 100%
- Se han revisado el 100% de los avisos de alarma en menos de 72 horas

CONCLUSIONES

- Sistema sencillo
- Mejora de gestión de la consulta
- Control de dispositivos al final de su vida útil
- Gestión de alertas del dispositivo
- Comodidad y ahorro de desplazamiento
- Seguimiento en cualquier lugar
- Tranquilidad del paciente y familiares

Comunicación ORAL *** Mesa 10

Nº Reg. **165**

TÍTULO. **IMPLANTACIÓN DE CONTROL TELEMÁTICO DE MARCAPASOS DEFINITIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL**

Autores: OREA CASTELLANO E, MONTON DITO JM, GATO LEON M, CONEJOS JERICO L, PEREZ MARTINEZ MC

OREA CASTELLANO ENRIQUE . HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL . MARCAPASOS (eorea@salud.aragon.es)

- Mejora de la imagen del hospital

Comunicación ORAL *** Mesa 10 Nº Reg. **103**

TÍTULO. **AGUA,LIMÓN Y PARACETAMOL,TRIAJE TELEFÓNICO DURANTE PANDEMIA DE GRIPE,NOVEDOSA OFERTA DE CUIDADOS ENFERMEROS**

Autores: OÑATE CALVO C, TERUEL MAICAS, DIEZ ROMERO AI, MARTINEZ MARCO A, MATEO BERNAL T, PALLARES SISAMON F

OÑATE CALVO CARMEN . CS VALDESPARTERA . A PRIMARIA (mconnate@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Dentro de las actividades del plan ejecutivo de respuesta a la pandemia de gripe en Aragón se contempla la creación de un Grupo de Triaje Sanitario(GTS) telefónico con los objetivos de facilitar respuestas sobre gripe a la población, clasificarla por gravedad de síntomas, proporcionar información sobre autocuidados en casos leves para contener la demanda y reconducir al nivel asistencial apropiado los casos que precisaban asistencia sanitaria. Objetivos:

1. Describir la experiencia de los profesionales sanitarios del GTS
2. Evaluar la utilización del aplicativo web creado ad hoc para el triaje de las llamadas telefónicas en relación con la pandemia.
3. Evaluar la percepción de la comunidad respecto a este servicio

METODOLOGÍA

1. Descripción de la población atendida.
2. Registro de incidencias sobre las preguntas del algoritmo de triaje y propuestas de mejora sobre la aplicación.
3. Revisión de los registros personales de las entrevistas telefónicas por parte de los profesionales del GTS entre 1/11/2009 y 23/12/2009.
4. Encuesta telefónica de satisfacción de la población atendida por el GTS

RESULTADOS

Total de pacientes atendidos: 3627. El 56,5% mujeres.
Tramos de edad: 0-19 años 31,2%, 20-40 años 29,8%, 40-60 años 24,1%, >60 años 14,9%.
Picos horarios de llamadas: 8h a11h y 17h a 21hs.
El algoritmo de preguntas fue reorganizado conforme se utilizó; ante sintomatología leve, se obviaron preguntas de investigación de gravedad. Se introdujeron preguntas nuevas que matizaban los casos. Se rellamó al 3% de los atendidos con una acogida satisfactoria, reforzando la imagen de un servicio no presencial novedoso. Los registros personales reflejan que los pacientes solicitaban información y cuidados para varios miembros de la familia. Al preguntar por convivientes de casos, los profesionales anticipaban cuidados para la familia en su conjunto en caso de inicio de síntomas.
Se encuestó a un total de 174 pacientes. El servicio les resultó novedoso porque se resolvían sus problemas de salud por teléfono, les atendía un profesional de enfermería, se recomendaban medidas farmacológicas y no farmacológicas y se les dedicaba el tiempo necesario

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES:
El servicio ofertado por el GTS ha sido valorado como adecuado en el 91.4% con una respuesta rápida y satisfactoria. Los profesionales perciben que el servicio ha sido una oportunidad para la educación sanitaria, promocionando el autocuidado, las medidas no farmacológicas y la responsabilidad del paciente sobre su salud. La experiencia del GTS genera una nueva oferta de servicio por parte de los profesionales de enfermería a la sociedad

Comunicación ORAL *** Mesa 10

Nº Reg. **296**

TÍTULO. **PROYECTO DE MEJORA EN EL DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO DE LA INFECCIÓN FÚNGICA INVASORA EN EL PACIENTE NEUTROPÉNICO**

Autores: PALACIÁN RUIZ MP, PALACIAN MP, ROC L, DELGADO MP, GODOY A, GARCÍA ZUECO JC, REZUSTA A, REVILLO MJ

PALACIÁN RUIZ Mª PILAR . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . MICROBIOLOGIA (ppalacian@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Las infecciones fúngicas invasivas presentan un aumento constante de su incidencia entre los pacientes hematológicos y poseen una elevada mortalidad. La sintomatología es inespecífica, por lo que es necesario conocer las herramientas diagnósticas para alcanzar diagnósticos precoces. La rápidez en el diagnóstico es determinada por el trabajo en equipo de hematológos, microbiológos y radiológos.

El objetivo de la línea de mejora ha sido mejorar el proceso diagnóstico de la infección fúngica invasora en el paciente hematológico

METODOLOGÍA

- Estudio monitorizado del antígeno de galactomanano como indicador precoz de la infección por Aspergillus.
- Realización de cultivo y visión directa de muestra respiratoria
- Introducción de la detección de antígeno de galactomanano en lavado broncoalveolar (BAL)

RESULTADOS

En el año 2010, se ha realizado la detección de galactomanano en un total de 940 sueros correspondientes a 164 pacientes. Fueron positivas 31, pertenecientes a 23 pacientes. El porcentaje de positividad de la prueba respecto al total de pacientes es del 18.9% .

Se han procesado un total de 141 muestras respiratorias. En 14 muestras, pertenecientes a 10 pacientes, el cultivo fue positivo. La visión directa fue positiva en seis. Los hongos aislados fueron: Aspergillus fumigati, Aspergillus fumigatus, Aspergirllus nidulans, Aspergillus flavus, Aspergillus terreus, Aspergillus spp y un hongo filamentoso pediente de tipación.

En el año 2010, se ha introducido la detección de antígeno de galactomanano en BAL. Se han procesado un total de 35 BAL correspondientes a 24 pacientes, de los cuales 3 han sido positivos para detección de galactomanano, pertencientes a 2 pacientes. El porcentaje de positividad de la prueba ha sido del 12,5 %

CONCLUSIONES

1. Monitorización adecuada de los pacientes hematológicos mediante detección de galactomanano y visión directa de la muestra.
2. Adelanto de los tiempos diagnósticos: mediante visión directa y detección de galactomanano.
3. Implementación precoz del tratamiento como consecuencia del adelanto en el diagnóstico

IX JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD EN SALUD

Zaragoza, 21 y 22 de junio de 2011

Mesa 11 * 22 Miércoles-15:45 h.

Reg	Apellidos y Nombre	Título de la Comunicación
353	ACHA AIBAR, BEATRIZ	¿NOS VACUNAMOS DE LA HEPATITIS B LOS PROFESIONALES DE LA SALUD?
194	ALONSO AYERBE, LAURA	MEJORA DE LA CALIDAD EN EL PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE INTERVENIDO DE PTR
338	CISNEROS IZQUIERDO, ASUNCION	APORTANDO VALOR …, GANANDO EN FORMACIÓN. FORMACIÓN DE FORMADORES EN EL MANEJO DE HISTORIA CLÍNICA
358	FRANCO GARCIA, MARIA ESTHER	PROGRAMA HOSPITALARIO DE AUTOCONTROL (A) DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (TAO) “ATAO”. DOCE MESES DE
360	FRANCO GARCIA, MARIA ESTHER	DURACIÓN DE TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (TAO) EN ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA (ETE). AJUSTE A LA EVIDENCIA
184	GRAU SALAMERO, LAURA	ENFERMERÍA Y VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN UCI
185	GRAU SALAMERO, LAURA	PREVALENCIA DE FLEBITIS POSTCATETERIZACIÓN EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
283	GUALLAR PADILLA, VERONICA	EXPECTATIVAS DE LOS PACIENTES/ FAMILIARES EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO EN HOSPITAL DE DÍA (HDD) DE BARBASTRO
319	MUÑOZ DIESTRE, MARIA	PREVENCIÓN DE ALGIAS DEL PERSONAL DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
420	SANAGUSTIN GARCES, CARMEN	ALTERACIONES CUTANEAS EN UCI SECUNDARIAS A LA MONITORIZACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA. CUIDADOS EN ENFERMERIA.
441	UBIERGO MUMBIELA, MARIA JOSE	MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN ENFERMERA AL PACIENTE OSTOMIZADO

Comunicación ORAL *** Mesa 11

Nº Reg. **353**

TÍTULO. **¿NOS VACUNAMOS DE LA HEPATITIS B LOS PROFESIONALES DE LA SALUD?**

Autores: ACHA AIBAR B, AGUILAR J, ARIPES P, FELIX M, PUEYO N, SANTAMARIA L, SANTAMARTA MD

ACHA AIBAR BEATRIZ . HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA . UNIDAD BASICA PREVENCION RIESGOS LABOARALES (bacha@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Evaluar la adherencia y cumplimiento del programa de vacunación frente al VHB que se implementó a los trabajadores del sector Zaragoza III.

METODOLOGÍA

Durante el periodo comprendido entre el 1 de marzo 2009 y el 1 marzo 2010, todos aquellos trabajadores que acudían a realizarse vigilancia de la salud a la Unidad Básica de Prevención de Riesgos Laborales y no tenían marcadores serológicos de contacto previo con el VHB fueron invitados a ser vacunados.

Los que aceptaron la vacuna firmaron un consentimiento informado y recibieron el calendario de vacunación con las fechas en que debían administrarse las siguientes dosis y la fecha de extracción sanguínea para determinar la respuesta inmunogénica.

La vacunación completa, supone la administración de tres dosis (0,1 y 6 meses) y la constatación del nivel de seroconversión conseguido a los dos meses de la tercera dosis.

La no adherencia se consideró cuando los sujetos susceptibles no aceptaron la vacuna y el abandono o mal cumplimiento cuando después de haber iniciado la vacunación no se completó

RESULTADOS

Durante el periodo estudiado se consideraron candidatos a la vacunación 99 trabajadores aconsejando iniciar el programa de vacunación, de ellos 3 (3,03%) decidieron renunciar a la vacunación.

Fueron 9 (9,4%) los trabajadores que abandonaron la vacunación no administrándose la segunda dosis y 13 (13,4%) antes de administrarse la tercera.

La cobertura vacunal global fue de un 77,1% y la tasa de abandono fue de 22,9%.

No acudieron a realizarse el control postvacunal 22 trabajadores (29,7%) que si que había completado la pauta vacunal.

De los profesionales que aceptaron la vacunación un 50% eran auxiliares de enfermería, un 21,90 % celadores, un 12,50 % fueron otros profesionales de la salud, un 9,40% enfermeras y un 6,2% FEA-MIR.

Fueron las enfermeras el colectivo que tuvo un mejor cumplimiento del programa completo de vacunación (88,90 %) y los FEA los que solo lo completaron en el 50% de los casos

CONCLUSIONES

El conocimiento de los riesgos de la infección por VHB derivados de la actividad profesional y la gravedad de la misma, no son un elemento de motivación suficiente para conseguir coberturas mas altas en los trabajadores.

Solamente tres cuartas partes de los trabajadores que iniciaron la vacunación la completaron.

Casi un tercio de aquellos trabajadores que habían completado la vacunación no se realizaron el control de anticuerpos postvacunales (AntiHBs).

Comunicación ORAL *** Mesa 11

Nº Reg. **194**

TÍTULO. **MEJORA DE LA CALIDAD EN EL PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE INTERVENIDO DE PTR**

Autores: ALONSO AYERBE L, ALONSO AYERBE L

ALONSO AYERBE LAURA . HOSPITAL DE BARBASTRO . TRAUMA, GINECOLOGIA Y UROLOGIA (lalonsoa@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

DESCRIBIR EL PROCESO DE MEJORA, ADAPTACIÓN Y CUALIFICACIÓN DE LA ENFERMERA DE LA UNIDAD DE TRAUMATOLOGÍA ANTE EL INCREMENTO SIGNIFICATIVO DE PACIENTES INTERVENIDOS DE PTR

METODOLOGÍA

1. Revisión bibliográfica.
2. Estudio descriptivo de los pacientes intervenidos de PTR en el último trimestre del año 2010.
3. Diseño de un plan de cuidados.
4. Revisión de criterios de realización del Informe de Continuidad de Cuidados Enfermeros (ICCE).
5. Propuesta de talleres de formación continuada.
6. Elaboración de programa educativo y encuesta de satisfacción para pacientes

RESULTADOS

1. Se han estudiado de 54 pacientes intervenidos de PTR (el 57.4% de ellos mujeres). La edad media es de 74.19 años (IC 95%: 67.81-75.16) y la estancia media de 7.02 días (IC 95% 6.24-7.81).
2. Se ha implementado un plan de cuidados estandarizado. Su cumplimentación en el primer trimestre ha sido del 100%.
3. Todos los pacientes intervenidos de PTR precisan de un ICCE. Nuestro porcentaje de cumplimentación es de 78%.
4. El 100% de las enfermeras asistieron al taller de Analgesia Post-Quirúrgica: epidural y plexo nervioso y el 92% al taller de recuperadores de sangre.
5. Se ha implementado un tríptico educativo y diseñado una encuesta de satisfacción para pacientes intervenidos de PTR

CONCLUSIONES

El personal de enfermería de la unidad, ha actualizado sus conocimientos y ha adecuado y estandarizado el proceso de atención de enfermería, para responder a las necesidades de este nuevo paciente, mejorando la calidad de los cuidados administrados a estos pacientes.

Es necesario mejorar el indicador del ICCE para alcanzar una cobertura del 100% y garantizar la continuidad asistencial entre los distintos niveles.

Conocer las características del paciente y de su proceso quirúrgico, permite adecuar recursos y herramientas educativas a sus necesidades reales y expectativas. La satisfacción percibida mediante encuestas añadirá valor en este proceso y servirá como evalucación de la calidad de nuestros cuidados

Comunicación ORAL *** Mesa 11

Nº Reg. **338**

TÍTULO. **APORTANDO VALOR …, GANANDO EN FORMACIÓN. FORMACIÓN DE FORMADORES EN EL MANEJO DE HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA (PCH) Y VIOLENCIA DE GÉNERO(VG)**

Autores: CISNEROS IZQUIERDO A, ALLOZA E, ANDRES F, LAHOZ ME, PALAZON P, RICARTE E, DIEZ A, GARCIA C

CISNEROS IZQUIERDO ASUNCION . DIRECCION DE COORDINACION ASISTENCIAL . ATENCION PRIMARIA (acisneros@aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Implementar en los servicios de urgencia de los hospitales del Sistema de Salud de Aragón un programa de formación que permita sensibilizar y capacitar a los profesionales para poder ofrecer una atención integral y equitativa a las mujeres víctimas de VG .

METODOLOGÍA

A partir de un grupo de trabajo multidisciplinar se establecen tres fases en la formación:

1 Creación de una red de formadores en VG para los servicios de urgencia hospitalarios. Se contacta con aquellos profesionales de urgencias con formación en VG y se trasladó la petición a los jefes de servicio. Por cada servicio debía haber un profesional médico y otro de enfermería; en los grandes hospitales debían ser 4 profesionales.

2. Se diseña un plan de formación para los formadores y un material bibliográfico específico de soporte.

3. formación de los profesionales médicos y de enfermería en sesiones clínicas.acreditadas.

Finalmente, se diseñó una metodología de evaluación de la formación y capacitación realizada,
así como de su impacto en la práctica clínica, a través de dos cuestionarios específicos: uno para formadores y otro para profesionales

RESULTADOS

Todos los hospitales disponen de al menos dos profesionales (médico/a y enfermero/a) que forman parte de la red de formadores en VG. En todos los servicios de urgencia se han realizado sesiones clínicas: 41 sesiones clínicas formandose a 394 profesionales (86 hombres y 308 mujeres) para la sensibilización y capacitación de los profesionales de dichos servicios, llegando a formar en la mayoría de ellos al 100%.

En la evaluación tipo, se ha obtenido una alta valoración en todos los aspectos analizados relacionados con los docentes y con la valoración global del curso (entre 8,5 y 10 puntos en una escala del 0 al 10).

En la evaluación específica a los profesionales formados con las encuestas hasta el momento (52%) se ha estimado que el 72% de los encuestados han atendido algún caso sospechoso de VG. Respecto a la formación, entre el 75% y el 85% considera que ha mejorado la capacidad para identificar estos casos, que resulta útil para afrontar la entrevista con la mujer, ayuda a evaluar su seguridad y refuerza la sensibilización hacia este problema, así como facilita la decisión
sobre la derivación de la mujer hacia otros dispositivos y, en conjunto, mejora la atención integral a la mujer víctima de VG. Sin embargo, la mitad de los encuestados consideran que el tiempo dedicado a la formación no ha sido suficiente

CONCLUSIONES

La formación de formadores ha aportado valores, motivando y cohesionando el grupo de formación, resolviendo problemas, ha aumentado la seguridad de las actuaciones con las mujeres que sufren VG, ha hecho sentirse bien en el proceso de formación a formadores y a asistentes en las sesiones,han mejorado los resultados y la realización de sesiones clínicas acreditadas ha iniciado una nueva línea de formación acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las profesiones sanitarias

Comunicación ORAL *** Mesa 11 Nº Reg. **358**

TÍTULO. **PROGRAMA HOSPITALARIO DE AUTOCONTROL (A) DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (TAO) "ATAO". DOCE MESES DE SEGUIMENTO**

Autores: FRANCO GARCIA ME, PEREZ-LAYO A, MARCO-MARTIN E, MENENDEZ-JANDULA B, LOPEZ-GOMEZ L, CARRASCO-BARAJA V, LOPEZ-CORONADO-PEREZ JL, MONEVA-JORDAN JJ

FRANCO GARCIA MARIA ESTHER . HOSPITAL ROYO VILLANOVA . HEMATOLOGIA (mefrancog@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La evidencia muestra que el ATAO supone un control más riguroso y una mejora de la calidad en salud, pero precisa una formación específica. SALUD incorporó en 2009 el ATAO como prestación sanitaria.

Para mejorar la asistencia en TAO se inició en los hospitales del Sector I un programa de formación y seguimiento de ATAO

METODOLOGÍA

El proyecto no supuso aumento de recursos humanos.

Abril 10: creación grupo profesional ATAO (1 hematólogo, 5 DUEs de hospital) formado por SALUD.

Mayo 10: inicio selección pacientes candidatos. Criterios inicio ATAO: causa médica y/o social; a petición del paciente, del CS o del hematólogo. Incluimos pacientes de otros sectores sanitarios.

Junio 10: inicio cursos en hospitales Sector I de pacientes y profesionales; cursos avalados por SALUD (suministra material didáctico). Inicio consulta telefónica DUE de incidencias en pacientes formados/controlados por nosotros; y consulta hematológica médica a demanda de incidencias no solucionables por enfermería.

Noviembre 10: inicio consulta semestral hematológica en pacientes formados (por SALUD o por nosotros) en ATAO. Diseño fichas seguimiento (reduce sesgos valoración); pregunta (entre otras) si está o no satisfecho con el programa y si ha tenido problemas con la consulta telefónica.

Los datos de los controles de INR están siendo descargados en un servidor informático centralizado en SALUD

RESULTADOS

Abril 10/mayo 11: hemos formado 4 hematólogos, 3 DUEs de hospital, 1 médico familia, 39 pacientes (se ofertó formación a 44).

Pacientes remitidos de otro sector: 7/39.

Cursos realizados: 7; 3-8 pacientes/curso.

Tiempo seguimiento: 6-12 meses.

Características 39 pacientes formados: edad media 61,72 años (rango 31-89); 28 varones, 11 mujeres; 22 ACxFA, 10 prótesis cardiacas, 7 ETEV; ACO: acenocumarol 35, warfarina 4.

Consulta semestral Hematología: 47 pacientes (8 formados por SALUD enviados del CS); nº visitas: 61 (1,30 visitas/paciente; rango 1-2).

Consulta hematológica a demanda: 4 (0,09 consultas/paciente; rango 0-2).

Incidencias (47 pacientes): 1 muerte (neumonía), 0 ETE, 2 hematurias (lesión urológica), 1 cese voluntario (inseguridad propia), 2 ceses temporales (vasculitis, LES); 0 casos INR > 7.

Satisfacción: 100% pacientes revisados satisfechos.

Consulta telefónica: 32 (0,68 consultas/paciente; rango 0-7); con 1 intento no viable

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia, el ATAO origina escaso número de eventos adversos y es una opción útil y satisfactoria de control del TAO

Comunicación ORAL *** Mesa 11 Nº Reg. **360**

TÍTULO. **DURACIÓN DE TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (TAO) EN ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA (ETE). AJUSTE A LA EVIDENCIA CIENTÍFICA**

Autores: FRANCO GARCIA ME, PEREZ-LAYO A, MARCO-MARTIN E, LAIN-AGUDO M, LOPEZ-GOMEZ L, CARRASCO-BARAJA V, LOPEZ-CORONADO-PEREZ JL, MONEVA-JORDAN JJ

FRANCO GARCIA Mª ESTHER . HOSPITAL ROYO VILLANOVA . HEMATOLOGIA (mefrancog@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Adecuar a la evidencia científica la duración del TAO en pacientes con ETE, una vez pasado 1 año de su inicio.

METODOLOGÍA

Seleccionar (2009) de las bases de datos de TAO hospitalarias del Sector I SALUD 50 casos al azar de TAO por ETE, con tratamiento de duración superior a 1 año y en cuya ficha no conste la indicación indefinida, ni presencia de otra causa que pudiera aconsejar TAO indefinido.
Se revisaron (2009) las historias clínicas de los 50 pacientes; si en ellas no constaba causa que pudiera aconsejar TAO indefinido, el paciente era revisado por el hematólogo que controlaba su TAO, solicitándole informes médicos previos y tratamientos en curso.
Se revisó la documentación aportada y se valoró, de forma escalonada (2009-2010): peso y altura, TA y pulso, historia clínica de ETE, enfermedad cardiovascular o hemorragia, auscultación cardiaca, exploración de insuficiencia venosa o arterial en EEII.
Si se detectaban datos de sospecha de patologías no previamente conocidas o no valoradas en los últimos años en relación con su anticoagulación, se remitía al paciente al especialista correspondiente.
Si no se detectaban datos de estas patologías, se procedía a solicitar todas o alguna de las siguientes: D-Dímero, estudio de hipercoagulabilidad o interconsulta con otra especialidad.
Tras la valoración global, y si se aconsejó supresión o modificación del INR terapéutico, se realizó informe al servicio que sentó la indicación del TAO.
Este trabajo contó con el soporte de los proyectos de Mejora de Calidad de SALUD de 2009 y 2010

RESULTADOS

Las historias clínicas hospitalarias de los 50 pacientes fueron revisadas por el mismo hematólogo. En 24 de las 50 historias clínicas se encontraron datos suficientes para valorar al paciente; los otros 26 fueron revisados por el hematólogo.
Del total de los 50 pacientes: en 34 se aconsejó mantener igual el TAO (17 ACxFA, 7 ETE de repetición, 6 TEP severos y 4 presencia de síndrome postflebítico severo); en 5 se valoró modificar a la baja el INR terapéutico; en 2 se valoró modificar al alta el INR terapéutico; y en 9 casos se valoró la retirada del TAO.
A todos los pacientes en los que se aconsejó la retirada del TAO, se aconsejó profilaxis de ETEV de alto riesgo si aparición de factor predisponente para ETE

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia, en un porcentaje importante de pacientes con TAO de larga duración por ETE se puede reajustar / retirar este tratamiento, adecuándolo a las características individuales del paciente, lo que disminuye los riesgos hemorrágico y trombótico.

Comunicación ORAL *** Mesa 11

Nº Reg. **184**

TÍTULO. **ENFERMERÍA Y VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN UCI**

Autores: GRAU SALAMERO L, GRAU-SALAMERO L, GARCIA-CLAU S, MENDIARA-BERBIELA Y, GRASA LANAU JA, GARCÍA-CERNUDA V, OTTO-NOGUERO P, CORONAS-FUMANAL C

GRAU SALAMERO LAURA . HOSPITAL DE BARBASTRO . UCI (lauragrau01@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Principal:

- Establecer un protocolo de actuación y un programa específico de actualización en la técnica y cuidados a administrar al paciente con VMNI en UCI, que ofreciera mayor seguridad al profesional, contribuyendo a mejorar (claramente) la calidad asistencial.

Secundarios:

- Profundizar en los conocimientos sobre la VMNI: técnica, funcionamiento, indicaciones y contraindicaciones, así como las complicaciones más habituales y el modo de solucionarlas.
- Crear un plan específico de cuidados de enfermería en la aplicación de la VMNI.
- Establecer un plan formativo hacia el resto del personal de nuestro hospital para la posterior aplicación de esta técnica en las diferentes unidades asistenciales

METODOLOGÍA

1ª FASE: Se programan e imparten tres cursos de actualización en ventilación mecánica no invasiva.

2ª FASE: Se elabora protocolo de preparación y puesta en marcha del ventilador utilizado en nuestra UCI.

3ª FASE: Se imparten cursos de actualización de conocimientos y manejo de problemas de enfermería más frecuentes. Se incluye la puesta en práctica del protocolo como entrenamiento y simulación de situaciones clínicas posibles

RESULTADOS

1. Protocolo

Se ha creado un protocolo de actuación y un programa específico de actualización en la técnica y cuidados a administrar al paciente con VMNI en UCI, cuyos puntos principales paso a enumerar a continuación…

2. Mejora de la Calidad Asistencial

Mediante este proceso formativo, se han adquirido y consolidado conocimientos de la técnica, de la preparación de paciente así como de las principales complicaciones y el modo de solucionarlas.

Este dominio de la técnica por parte de los profesionales enfermeros lleva a la optimización de los cuidados y a una mejora de la calidad asistencial.

3. Acciones Formativas

Se ha creado un programa formativo dirigido al resto del personal del hospital, para la posterior implantación de esta técnica en las diferentes unidades asistenciales. Este proceso comenzó la semana pasada y se esta llevando a cabo en los servicios de Urgencias y Medicina Interna

CONCLUSIONES

-Este proceso ha contribuido a la adquisición, consolidación y actualización de conocimientos relacionados con la VMNI, una técnica fundamental en la aplicación de cuidados críticos.

-Mayor seguridad del personal durante la aplicación de la VMNI, lo que se traduce en una mejora de la calidad de los cuidados.

-Elaboración de un programa de formación sobre VMNI para el resto del personal que permita la posterior aplicación de esta técnica en el resto de Unidades

Comunicación ORAL *** Mesa 11

Nº Reg. **184**

TÍTULO. **ENFERMERÍA Y VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN UCI**

Autores: GRAU SALAMERO L, GRAU-SALAMERO L, GARCIA-CLAU S, MENDIARA-BERBIELA Y, GRASA LANAU JA, GARCÍA-CERNUDA V, OTTO-NOGUERO P, CORONAS-FUMANAL C

GRAU SALAMERO LAURA . HOSPITAL DE BARBASTRO . UCI (lauragrau01@hotmail.com)

asistenciales

Comunicación ORAL *** Mesa 11

Nº Reg. **185**

TÍTULO. **PREVALENCIA DE FLEBITIS POSTCATETERIZACIÓN EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO**

Autores: GRAU SALAMERO L, GRAU-SALAMERO L, GARCIA-MOYANO L, BARRIO N, ARREZOLA O, PORQUET-GRACIA H, VALDOVINOS-FERNANDEZ N, AGUAVIVA-BASCUÑANA J

GRAU SALAMERO LAURA . HOSPITAL DE BARBASTRO . UCI (lauragrau01@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Principal:

-Conocer la prevalencia de flebitis postcateterización en el Hospital de Barbastro.

Específicos:

-Evaluar los factores que se asocian a un riesgo aumentado de sufrir flebitis.

-Conocer la influencia del sexo y la edad en la prevalencia de flebitis postcateterización

METODOLOGÍA

Se llevo a cabo un estudio observacional descriptivo.

Se seleccionó como población estudio a todos los pacientes hospitalizados en el Hospital de Barbastro portadores de uno o varios catéteres periféricos durante un periodo superior a veinticuatro horas. El periodo de tiempo fue entre el 15 de Diciembre de 2010 y el 15 de Marzo de 2011

RESULTADOS

-El 30% de las vías periféricas canalizadas en el Hospital de Barbastro presentaban signos o síntomas de flebitis en el momento de su retirada.

-No han podido relacionarse con la aparición de signos y síntomas de flebitis las siguientes variables: tipo de catéter, tapón antirreflujo, rasurado previo y desinfección previa, ya que en todos los casos mas del 93% de la muestra tenía las mismas características

-Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas relacionando la aparición de signos y síntomas de flebitis con la edad y el tipo de brazo.

-No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas sobre el sexo de los pacientes, Nº de catéter, Tipo de antiséptico utilizado, Tipo de infusión y estado de la vía

CONCLUSIONES

-La elevada prevalencia de flebitis,evidencia la necesidad de la creación de un protocolo de actuación común para la canalización de catéteres venosos perifericos..

-Un mayor tamaño de la muestra daría lugar a una mejor valoración sobre la relación de aparición o no de signos /síntomas de flebitis con la zona anatómica de punción y los días de permanencia del catéter periférico.

-La sobrecarga asistencial junto con la falta de motivación del personal de enfermería de algunas unidades asistenciales ha hecho que el tamaño de la muestra sea menor de lo esperado

Comunicación ORAL *** Mesa 11

Nº Reg. **283**

TÍTULO. **EXPECTATIVAS DE LOS PACIENTES/ FAMILIARES EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO EN HOSPITAL DE DÍA (HDD) DE BARBASTRO**

Autores: GUALLAR PADILLA V, GUALLAR-PADILLA V, VALERO-ASCASO E, PUYUELO-BLECUA C

GUALLAR PADILLA VERONICA . HOSPITAL DE BARBASTRO . ONCOLOGIA (veronica_guallar@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Existe numerosa documentación científica sobre la efectividad del tratamiento del cáncer y los efectos físicos de la quimioterapia; detectamos escasos documentos con respecto a la necesidad de los pacientes Expectativas de los pacientes / familiares en tratamiento oncológico en Hospital de Día de Barbastro y el impacto emocional que produce la enfermedad. Sin embargo, es importante hacer visible que las percepciones y puntos de vista de los pacientes pueden mejorar las prácticas sanitarias.

En el HDD de Barbastro las instalaciones son de reciente creación, por ello se ha realizado un estudio recogiendo la opinión de los usuarios con el fin de valorar el grado de satisfacción sobre dichas instalaciones, la atención recibida durante todo el proceso del tratamiento y reflejar las expectativas que pacientes/familiares esperan de la atención sanitaria en esa fase de la enfermedad

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica.

Elaboramos una encuesta anónima, escala analógica verbal y al final de cada grupo de preguntas:una abierta.

Entregada a los pacientes y a un familiar durante el mes de agosto.

Incluye: Datos sociosanitarios, instalaciones, temas administrativos, enfermedad, atención médica, atención enfermera (consulta de enfermería, HDD), atención psicológica, expectativas del tratamiento, modificaciones y consecuencias asociadas a la quimioterapia.

Control/registro diario de los resultados

Análisis estadístico de los datos SPSS

RESULTADOS

Reclaman:

Salas de espera (8 %)

Presente un acompañante (79 %)

Música ambiental/TV (26 %)

Baños mayores (17 %)

Mayor temperatura ambiental (33 %)

Intimidad (18 %).

Ampliar los horarios de atención/reducir los tiempos de espera (21%)

Mayor coordinación entre los niveles asistenciales para reducir los trámites burocrático (18 %)

CONCLUSIONES

La presión asistencial como factor que dificulta una correcta comunicación oncólogo/paciente: información pero no comunicación (11%)

La familia adopta una postura crítica hacia la atención sanitaria recibida y se siente al margen del proceso terapéutico, demandan más información/conocimientos de como cuidar los aspectos psicológicos/físicos asociados a la enfermedad (13 %)

El 47% desconocían la existencia del psicooncólogo.

Comunicación ORAL *** Mesa 11

Nº Reg. **283**

TÍTULO. **EXPECTATIVAS DE LOS PACIENTES/ FAMILIARES EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO EN HOSPITAL DE DÍA (HDD) DE BARBASTRO**

Autores: GUALLAR PADILLA V, GUALLAR-PADILLA V, VALERO-ASCASO E, PUYUELO-BLECUA C

GUALLAR PADILLA VERONICA . HOSPITAL DE BARBASTRO . ONCOLOGIA (veronica_guallar@hotmail.com)

Reclaman más intimidad/ayuda económica para los desplazamientos/ TV “se hace largo el tratamiento”/educación para las curas postquirúrgicas.
Mejorar la calidad de los cuidados, no se puede conseguir exclusivamente con el aumento de los conocimientos sino que requiere un cambio de actitudes y conductas.
Estos cambios deben propiciarse desde el interior de los equipos y proporcionando “reclamando” las herramientas para facilitar su incorporación a la práctica cotidiana

Comunicación ORAL *** Mesa 11

Nº Reg. **319**

TÍTULO. **PREVENCIÓN DE ALGIAS DEL PERSONAL DEL HOSPITAL DE BARBASTRO**

Autores: MUÑOZ DIESTRE MM, FERNANDEZ-SANCHEZ R

MUÑOZ DIESTRE MARIA MUÑOZ . HOSPITAL DE BARBASTRO . REHABILITACION (mmunnozd@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

-Prevenir la aparición de algias en el personal del Hospital de Barbastro.
-Disminuir la demanda al servicio de Salud Laboral por parte de los trabajadores.
-Aumentar el grado de satisfacción del personal laboral

METODOLOGÍA

1- Recogida de datos:
Nº de trabajadores que acuden al servicio de Salud Laboral.
Distribución de una encuesta de opinión sobre la posibilidad de realizar talleres de ejercicios de carácter preventivo.
2- Elaboración de un folleto de normas de higiene postural.
3- Exposición y difusión del proyecto de mejora de la calidad en el salón de actos del hospital
4- Distribución por los distintos servicios del hospital de hojas de inscripción para realizar los talleres
5- Realización de talleres de ejercicios con carácter preventivo.

RESULTADOS

La monitorización del proyecto, se realiza sobre una muestra de 46 personas sobre el total de las inscritas, 163, la muestra corresponde al periodo entre el 18-10-2010 fecha de comienzo de los talleres y 20-03-2011, fecha en que se solicita la ampliación del Proyecto de Mejora de la Calidad. Los indicadores de medida seleccionados fueron:

Nº prof incluidos en el proyecto (46)/ x 100 = 6,76%
Nº prof q trabajan en el hospital (680)

Nº prof apuntados a los talleres (163) / x 100 = 100%
Nº profesionales incluidos en el proyecto (163)

Nº prof a los que se entrega el folleto (46)/ x 100 = 100%
Nº de profesionales incluidos en el proyecto(46)

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en esta monitorización aunque son óptimos, no son concluyentes, ya que son, sobre una muestra relativamente pequeña. Estos datos, se cumplimentarán en el mes de junio del 2012, a la finalización de los talleres. Además para valorar la satifacción del personal, se tendrán en cuenta las encuestas recogidas. Se finalizará con las conclusiones obtenidas.

Comunicación ORAL *** Mesa 11

Nº Reg. **420**

TÍTULO. **ALTERACIONES CUTANEAS EN UCI SECUNDARIAS A LA MONITORIZACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA. CUIDADOS EN ENFERMERIA. PROFILAXIS**

Autores: SANAGUSTIN GARCES C, AGUAVIVA-BASCUÑANA JJ, FRANCO-MONTES PILAR, MORLAN-POCIELLO SARA, LABORDA-TOMÁS AB

SANAGUSTIN GARCES CARMEN . HOSPITAL DE BARBASTRO . UCI (mcsanagustin@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

1.- Determinar la prevalencia de lesiones cutáneas causadas por la monitorización electrocardiográfica.
2.- Valorar posibles estrategias por el personal de enfermería para disminuir la prevalencia de este tipo de patología.
3.- Valorar si estado nutricional, medido por las proteínas totales en sangre, influye directamente en la génesis de estas lesiones

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, transversal, de tipo observacional, en el que se recogen las lesiones cutáneas iatrogénicas causadas por los parches de monitorización ECG. Se trata de observar si la probabilidad de tener una lesión epitelial es diferente según el tipo de electrodo utilizado durante su estancia en UCI, determinando además el nivel proteico en sangre. Se realiza el test de Ji-cuadrado para el análisis de las tablas de contingencia 2x2.

La muestra analizada es de 20 pacientes tratados en la UCI de Barbastro durante los meses de Mayo y Junio de 2011, de diferente edad y variada patología que motivó su ingreso en UCI. Se han utilizado 2 tipos de parches de monitorización: tipo 1: tamaño 72x68mm, de cloruro de plata, con gel líquido, que combina materiales adhesivos de acción instantánea y prolongada. Almohadillado central. Tipo2: tamaño 32x45mm, de similar composición. Almohadillado central y periférico. En el hemicuerpo derecho se colocaron electrodos tipo 1 y en el izquierdo los de tipo 2.

Los cuidados de enfermería aplicados han sido los mismos en los 20 pacientes

RESULTADOS

Se valora una mayor incidencia de lesiones grado (eritema) con el uso de electrodos 1.

Sin embargo, se produce con mayor frecuencia la desmonitorización del paciente con 2, debido a la menos área de contacto con la superficie corporal.

No se aprecian resultados estadísticamente significativos que sugieran una influencia del estado nutricional en la génesis de este tipo de lesiones

CONCLUSIONES

Desde la apertura de la UCI se observó la aparición de lesiones cutáneas secundarias a la monitorización electrocardiográfica.

La monitorización con el electrodo 2 reduce el riesgo de lesión, aumentando el gasto sanitario causado por el reemplazo continuo motivado por una menor adhesión a la piel.

Igualmente genera un gasto secundario traducido en una necesidad de mayor atención sanitario y aun aumento del disconfort del paciente y/o familiares (preocupación, desconfianza…)

Sería recomendable utilizar unos parches lo más pequeños posibles con un almohadillado total que permita su correcta adhesión a la piel. Posiblemente el idóneo sería el tipo 2 de un tamaño algo mayor

Comunicación ORAL *** Mesa 11

Nº Reg. **441**

TÍTULO. **MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN ENFERMERA AL PACIENTE OSTOMIZADO**

Autores: UBIERGO MUMBIELA MJ, OTO P, ALCUBIERRE S, LOPEZ S, CLAVERIA G, SALAMERO G, HERNÁNDEZ R, SEIRA P

UBIERGO MUMBIELA MARIA JOSE . HOSPITAL DE BARBASTRO . HOSPITALIZACION CIRUGIA (mjubiergo@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Describir el proceso de mejora continua realizado en la unidad de Cirugía, dirigido a fomentar el auto cuidado del paciente portador de una ostomía y garantizar la continuidad asistencial

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica

- Descripción del paciente ostomizado en nuestra unidad en 2010.
- Diseño de un plan de cuidados estandarizado.
- Diseño de registros enfermeros posquirúrgicos
- Elaboración de un tríptico informativo.
- Revisión del formato del Informe de Continuidad de Cuidados Enfermeros (ICCE).
- Comunicación y evaluación del proyecto

RESULTADOS

1. El paciente ostomizado en nuestro centro tiene una media de edad de 71.19 años. El 50% es sometido a la intervención de forma urgente y su estancia media en el hospital es de 9,4 días. El número de casos es semejante por sexos y en un 60%, son dados de alta a domicilio.
2. Se ha implementado un plan de cuidados estandarizado para el paciente con ostomía digestiva, así como una hoja de seguimiento post-quirúrgico del estoma y del proceso de educación sanitaria.
3. Se ha implementado un tríptico informativo para el paciente, familia y/o cuidador y diseñado una encuesta de satisfacción.
4. Se ha adaptado el ICCE para la introducción de imágenes del estoma y se ha elaborado un documento de autorización. El 90% de los pacientes ostomizados tiene ICCE.
5. Se ha comunicado el proyecto a las responsables de enfermería de los distintos centros de salud del Sector y se ha diseñado una encuesta de satisfacción pendiente de implementar

CONCLUSIONES

Conocer el perfil del paciente tipo ostomizado, permite adecuar el proceso educativo a sus expectativas y necesidades.
La persona ostomizada, debe participar como sujeto activo en el proceso de adaptación-aceptación de su enfermedad.
La información, el adecuado conocimiento de su enfermedad y el manejo en el autocuidado, ayudarán en gran medida a paliar la ansiedad generada por este tipo de intervención. Las encuestas de satisfacción aportarán información a este respecto
La estandarización y adecuación de registros enfermeros, evita la variabilidad en la práctica clínica y garantiza la calidad asistencial.
La comunicación y envió del ICCE facilitan la continuidad asistencial entre niveles. Debe mejorarse su cumplimentación y conocer el grado de satisfacción de los profesionales de atención primaria con el proyecto

IX JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD EN SALUD

Zaragoza, 21 y 22 de junio de 2011

Mesa 12 * 22 Miércoles-15:45 h.

Reg	Apellidos y Nombre	Título de la Comunicación
424	ARAGON SANZ, MARIA ANGELES	EVOLUCIÓN DEL CRIBADO POBLACIONAL DE CANCER DE CERVIX A LOS 6 AÑOS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DE
234	CRESPO MAINAR, MARIA CLEOFE	LA EDUCACION SANITARIA EN ATENCION PRIMARIA AUMENTA LA CALIDAD DE VIDA DEL NIÑO CON ASMA Y DE SU FAMILIA
106	MOREDA GABALDON, EVA MARIA	PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ENFERMERA EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO
477	OCHOA MONEO, PURIFICACION	INTERVENCIÓN DE EPS ANTE EL ESTRÉS, PARA PACIENTES EN AP
305	PALOMERA BERNAL, LUIS	ANALISIS PRELIMINAR DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA DE HEMATOLOGÍA DE ALTA RESOLUCIÓN O ACTO ÚNICO EN UN
447	PALOP ASUNCION, JORGE GUILLERMO	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE TELE-ENTREVISTA CLINICA CON EL ALERTANTE EN ACCIDENTES DE MONTAÑA
431	PAREDES ALVARADO, ILEANA	IMPULSO DE LA GESTIÓN DE CALIDAD SEGÚN NORMAS ISO EN EL SECTOR ZARAGOZA II
65	PEREZ ARBEJ, JOSE ANTONIO	BENEFICIOS DE UN PROGRAMA DE CALIDAD PARA LA BIOPSIA DE PRÓSTATA CON ANESTESIA LOCAL Y AMBULATORIA
369	PEREZ VILLARROYA, JOSE CARLOS	ESTUDIO DE COBERTURA DEL CRIBADO DE LA RETINOPATÍA DIABÉTICA MEDIANTE RETINOGRAFÍA DIGITAL NO MIDRIÁTICA EN
347	PORTILLO BERNARD, BELEN	PUESTA EN PRACTICA DE CUENTA DE CORREO ELECTRONICO PARA MEJORAR ACCESO A CONSULTA DE PEDIATRIA DE ATENCION
287	PUEYO PODEROS, ANA MARIA	MEJORA EN LA GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO EN ALE

Comunicación ORAL *** Mesa 12

Nº Reg. **424**

TÍTULO. **EVOLUCIÓN DEL CRIBADO POBLACIONAL DE CANCER DE CERVIX A LOS 6 AÑOS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DE CALIDAD**

Autores: VALLÉS GÁLLEGO V, ARAGÓN-SANZ MA, VALLÉS-GÁLLEGO V, ONCINS-TORRES R, GUARDIA L, MILLANES-GALLINAT P, CLEMENTE-ROLDÁN E

VALLÉS GÁLLEGO VÍCTOR . HOSPITAL DE BARBASTRO . GINECOLOGIA (maaragon@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El Plan de Mejora del Cribado de Cáncer de cervix del Sector de Barbastro tiene como objetivos:
Aumentar la cobertura poblacional y detección de lesiones preinvasivas
Evitar la repetición de citologías innecesarias y la duplicidad de consultas en Atención Primaria (AP) y Especializada (AE), mediante una gestión eficiente de recursos y adecuada coordinación entre niveles
Reducir la variabilidad de la práctica clínica con criterios basados en la mejor evidencia científica disponible, asumiendo las tareas preventivas en AP
Mejorar la accesibilidad e información a las usuarias y disminuir el tiempo de obtención de resultados

METODOLOGÍA

Se han realizado las siguientes actividades en los 6 últimos años:
Reuniones periódicas para evaluar el cribado, unificar criterios y potenciar el papel de AP (captación, sesiones informativas)
Actualización del Protocolo de cribado y tríptico informativo
Monitorización y análisis de datos asistenciales de actividad y estudio retrospectivo de los cribados realizados a las mujeres del Sector en AP y AE (fuentes: Servicio de Documentación, Anatomía Patológica y OMI-AP)
Introducción en Contrato Programa del 2011 del Cribado como Proyecto Asistencial Prioritario

RESULTADOS

En 2010 se realizaron 4770 citologías, 80,9% solicitadas por AP. En 6 años han disminuido las citologías un 27,5%; en AE un 75,4% menos (5.604 consultas evitadas) y un aumento del 34,5% en matronas de AP (1980 visitas más que en 2005).
El número de lesiones preinvasivas fue 9 CIN III en 2005 y 16 en 2010, por la mejora en la captación de mujeres y evitar la repetición de citologías a las ya cribadas. La cobertura es 40.1% en abril 2011
En 2009 se implantó el test HPV en un Equipo de Atención Primaria (EAP) realizándose 185 detecciones, se han realizado 409 en 2010. El 72% de los test solicitados por AE en 2009, en 2010 bajó al 47,8%.
El impacto económico del Plan teniendo en cuenta las citologías y consultas evitadas en AE y el coste de visitas, citologías y test HPV en AP, supone un ahorro de al menos 322.771€

CONCLUSIONES

La aplicación de un protocolo conjunto y unificado permite disminuir las citologías, incrementar la actividad en AP sin disminuir la detección de lesiones. Determinados factores (sistemas de información, informatización lenta y ampliación de población diana) dificultan la valoración de la cobertura poblacional. El test HPV en el cribado de cáncer de cérvix aumenta la seguridad diagnóstica y su coste se compensa con la extensión a 5 años del intervalo de cribado, disminución del número de consultas y no realización de pruebas innecesarias

Comunicación ORAL *** Mesa 12

Nº Reg. **234**

TÍTULO. **LA EDUCACION SANITARIA EN ATENCION PRIMARIA AUMENTA LA CALIDAD DE VIDA DEL NIÑO CON ASMA Y DE SU FAMILIA**

Autores: CRESPO MAINAR MC, LAMBÁN-CASAMAYOR E, MARÍN-IBÁÑEZ P, FORES-CATALA MD, MARTINEZ-CRESPO P, TRASOBARES-GRACIA C, GARCIA-CATALAN N, GARCIA-ANTON A

CRESPO MAINAR MARIA CLEOFE . CS DELICIAS SUR (DRONDA) . PEDIATRIA (mccrespo@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La atención al niño con asma debe contemplar programas educativos dirigidos al autocuidado. Debido a que el asma es una de las enfermedades crónicas más prevalentes en la infancia, que genera disminución de la actividad del niño y repercute en la calidad de vida del niño y su familia.

Dar a conocer nuestra experiencia, relacionando las actividades educativas que hemos ido realizando con la teoría de la educación sanitaria en asma.

Transmitir la concordancia que existe entre nuestro propio aprendizaje en la educación sanitaria en este campo y el aprendizaje de los niños y familias

METODOLOGÍA

Los niños con asma atendidos en nuestros centros son incluidos en el Servicio de Atención al Niño Asmático, que contempla actividades de seguimiento, con intervenciones educativas programadas realizadas por el pediatra y la enfermera de referencia. En ellas se trabaja de forma individual los puntos claves como la mejora en conocimientos, la enseñanza, demostración y comprobación de sus habilidades y el abordaje de la actitud del niño y familia para asumir la toma de decisiones autónomas. Esta educación individual puede completarse con educación sanitaria realizada en grupos.

El programa contempla al niño y su familia como protagonistas de un proceso de aprendizaje activo y significativo, buscando la concordancia, reforzando sus capacidades todo ello utilizando recursos atrayentes y motivadores

RESULTADOS

Desde que se inicio la atención al niño con asma de forma estructurada hemos aumentado la captación de asmáticos, unificando las intervenciones e integrando las revisiones en el quehacer cotidiano. Los niños y familias se han implicado en el aprendizaje de cuidados. Se da también mayor y mejor información y demostración en las fases previas al diagnóstico ej.. en las primeras sibilancias, bronquitis..Los profesionales también hemos ido mejorando y sacando más rendimiento a los materiales educativos elaborados en Aragón como son el Documento de Salud del Asma en Pediatria y el CD para utilizar en consulta

CONCLUSIONES

Integrar la educación en la atención al niño con asma es la clave para conseguir la implicación de la familia y el niño en sus cuidados y que sean capaces de tomar decisiones autónomas en el control de la enfermedad dirigidas a mejorar su calidad de vida

Comunicación ORAL *** Mesa 12

Nº Reg. **106**

TÍTULO. **PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ENFERMERA EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO**

Autores: PUEYO ENRIQUE C, MOREDA-GABALDÓN EM, PUEYO-ENRIQUE C, MARTÍNEZ-FERIA M, BORREGA-PERINANEZ, AI, BENJUMEA-FERNÁNDEZ. F, CALZADA GRAU, L, ACOSTA BARRERA, CL

PUEYO ENRIQUE CONCEPCION . UME SABIÑANIGO . UME SABIÑANIGO (evamoreda@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Identificar la taxonomía enfermera aplicable al ámbito de urgencias extrahospitalarias.
- Identificar y seleccionar los diagnósticos enfermeros más útiles y aplicables para el ámbito de urgencias
- Identificar las intervenciones de enfermería más frecuentes y aplicables al ámbito de urgencias extrahospitalarias, en relación con los diagnósticos enfermeros seleccionados en la fase anterior.
- Clasificar las intervenciones seleccionadas entre aquellas que son propias de enfermería y aquellas derivadas de un problema de colaboración.
- Elaborar una nueva hoja de registro para enfermería en base a la valoración enfermera y taxonomía, diagnósticos e intervenciones seleccionados.
- Identificar los principales problemas de salud sobre los que trabajar y establecer protocolos/procedimientos de actuación.
- Establecer procedimientos/protocolos de actuación para las situaciones seleccionados, especialmente para los relacionados con la identificación de problemas de colaboración en ausencia del médico.
- Elaborar un procedimiento de activación de recursos que contemple la valoración enfermera en unidades intermedias

METODOLOGÍA

Este trabajo surge fruto de un proyecto de mejora de calidad del SALUD iniciado en 2010 y continuado en 2011.
Dicho proyecto se basa también en el mapa de competencias de enfermería de urgencias 061 elaborado por el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS) para la acreditación del nivel de competencia profesional.
Para el desarrollo del mismo, se identificaron las diferentes fases de trabajo a desarrollar y los diferentes grupos de trabajo para cada fase. Posteriormente se dividió el trabajo de forma individual fase a fase, entre los diferentes colaboradores del proyecto.
Periódicamente se fijan reuniones conjuntas para la discusión de dudas, trabajo realizado y generación de conclusiones

RESULTADOS

- Se ha seleccionado la taxonomía enfermera a seguir y utilizar.
- Se ha elaborado un listado con los diagnósticos enfermeros NANDA aplicables al ámbito de urgencias extrahospitalarias.
- Se ha elaborado un listado con las intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y aplicables al ámbito de urgencias extrahospitalarias.
- Se está realizando una clasificación de las intervenciones identificadas en base a su nivel de frecuencia, importancia y área de aplicación

CONCLUSIONES

- La elaboración de un proceso de actuación de enfermería en el medio extrahospitalario implica la utilización de una taxonomía enfermera y hace imprescindible la elaboración de una hoja de registro adecuada a la misma y al mapa de competencias de enfermería 061 elaborado por el IACS para la acreditación del nivel de competencia profesional. De esta manera, los enfermeros/as de urgencias, podremos reflejar y justificar nuestro trabajo diario en el medio extrahospitalario.
- Este proceso de actuación debe abordar aquellas situaciones excepcionales en las que un enfermero/a pueda encontrarse fuera de su forma-procedimiento habitual de trabajo

Comunicación ORAL *** Mesa 12

Nº Reg. **477**

TÍTULO. **INTERVENCIÓN DE EPS ANTE EL ESTRÉS, PARA PACIENTES EN AP**

Autores: OCHOA MONEO P, I JORDAN, P CASAS, JL CANTALAPIEDRA

OCHOA MONEO PURA . CS DELICIAS SUR (DRONDA) . ATENCION PRIMARIA (pochoa@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Reflexión y toma de conciencia de las situaciones de estrés, de las repercusiones sobre la forma de vivirnos y sobre la salud.
Toma de contacto con técnicas cognitivo-conductuales y de relajación para afrontar el estrés.
Planificación de los cambios a aplicar en nuestra vida tras el curso.

METODOLOGÍA

8-10 sesiones de 2 horas de duración, 1 vez por semana, utilizando métodos cognitivos-conductuales y técnicas de relajación, visualización....

RESULTADOS

Desde el 2009 se han llevado a cabo 4 grupos de Atención al Estrés, con participación mayoritaria de mujeres. En el 1º grupo captadas por los profesionales del CS Delicias Sur y cuidadoras, en los demás la captación ha sido realizada en colaboración con la Asociación de Vecinos Manuel Viola y pertenecientes a todos los Centros de salud del área. La media de pacientes por grupo es de 12 a 16 personas. La edad entre 45-75 años.

RESULTADOS SOBRE 35 PUNTOS MAXIMOS: Encuesta tras los grupos

1.- Los temas trabajados: 33
2.- La forma de trabajo:34
3.- Los profesionales: 34
4.- Adecuación a tus necesidades: 33
5.- Utilidad para tu vida: 33
6.- Tu implicación en el grupo: 30
7.- Grado de satisfacción: 34

CONCLUSIONES

Satisfacción sobre el aprendizaje de las técnicas de relajación, aunque se ve dificultad en su práctica personal a nivel individual. Se continua careciendo de un espacio y tiempo para lo personal. El espacio grupal permite disponer de un tiempo para lo personal. En este espacio se practica la relajación, la reflexión personal, el encuentro con uno mismo, además de la comunicación con los demás.
Todas las personas han manifestado que han puesto en práctica alguna estrategia de afrontamiento del estrés ante situaciones que para ellas eran muy problemáticas: saber decir No ante demandas, poner límites en su entorno familiar o laboral, resolver conflictos con compañeros de trabajo, buscar ayuda e implicación de otros miembros de la familia, poner distancia ante situaciones que no se pueden resolver tratando de relajarse, ser capaz de verbalizar sus sentimientos y opiniones ante situaciones conflictivas.
Observamos indicios de más autocontrol sobre sus vidas, de aumento de su autoestima, de ganas de disfrutar y de ocuparse de si mismas. Son conscientes de la importancia de encontrar otros espacios de relación fuera de su rutina cotidiana que les gratifique. Les gustaría continuar con la experiencia grupal.

Comunicación ORAL *** Mesa 12

Nº Reg. **477**

TÍTULO. **INTERVENCIÓN DE EPS ANTE EL ESTRÉS, PARA PACIENTES EN AP**

Autores: OCHOA MONEO P, I JORDAN, P CASAS, JL CANTALAPIEDRA

OCHOA MONEO PURA . CS DELICIAS SUR (DRONDA) . ATENCION PRIMARIA (pochoa@salud.aragon.es)

Para los educadores sigue estando pendiente poder tener un encuadre grupal que permita evaluar y desarrollar estas experiencias iniciales de intervención y su articulación con el trabajo asistencial cotidiano. La experiencia personal y profesional compensa el esfuerzo realizado y se verifica que la intervención grupal aborda problemáticas y reflexiones difíciles de conseguir en la relación habitual de la consulta individual

Comunicación ORAL *** Mesa 12 Nº Reg. **305**

TÍTULO. **ANALISIS PRELIMINAR DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA DE HEMATOLOGÍA DE ALTA RESOLUCIÓN O ACTO ÚNICO EN UN HOSPITAL TERCIARIO**

Autores: PALOMERA BERNAL L, DOMINGO JM, DOURDIL V, PARICIO M, GONZALEZ C, DIEZ R, PAUL P, BONAFONTE E

PALOMERA BERNAL LUIS . HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA . HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA (lpalomera@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La demanda de consulta a Hematología está aumentando últimamente, habiendo pasado de 1292 pacientes/año en 2006 a 1580 en 2009. Así mismo han aumentado las consultas sucesivas. Esto ha hecho que la demora media prospectiva haya pasado de 15 días en 2006 a 56 días en 2010. Por ello, y después de revisar los motivos de consulta, creímos que se podrían solucionar muchas de ellas remitiendo un informe al paciente y al médico solicitante, tras realizar una revisión de la clínica, grado de complejidad de la consulta, y de las analíticas del histórico disponible, de manera única o ampliando algún estudio, sin necesidad de que el paciente acuda a consultas de nuestro servicio.

Objetivo: Evaluar los resultados obtenidos por una consulta hematológica de alta resolución (CHAR) o de acto único que de manera no presencial sea resolutiva

METODOLOGÍA

Material y métodos: Hemos realizado un estudio observacional retrospectivo desde el 21 de febrero al 23 de mayo de 2011. Se han revisado los motivos de las peticiones consulta, y se dividieron según necesidad en:

-Presenciales: Requiere consulta normal.

-No presenciales: Se pueden solucionar sin la presencia del paciente.

Las presenciales eran citadas al hematólogo correspondiente y las de CHAR tras ser analizadas,se emitía un informe que quedaba reflejado en en sistema informático del hospital e historia clínica , enviando una copia al paciente y otra al médico consultor

RESULTADOS

Hemos atendido a 343 pacientes (78 % de Atención Primaria y 22 % de especializada), de los cuales se solucionaron por CHAR 168 (49.9%). Se exponen en la tabla los resultados por grupo de patología más frecuente por los que se pide consulta, y los que se solucionaron por alta resolución.

Motivo de consulta	% del remitido a CHAR de168 pacientes	% del total de 343 pacientes
Elevación Ferritinemia	22.6	14.6
GMSI	12.5	8.0
Alteración Fórmula	10.7	8.0
Anemia ferropénica	10.1	6.6
Trombocitopenia	8.3	10.4
Alteración Hemostasia	6.5	23.0
Anemia no ferropénica	5,3	7.3
Poliglobulia	3.5	3.5
Leucocitosis	4,7	3.1
Otras	15,8	15.5

Comunicación ORAL *** Mesa 12 Nº Reg. **305**

TÍTULO. **ANALISIS PRELIMINAR DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA DE HEMATOLOGÍA DE ALTA RESOLUCIÓN O ACTO ÚNICO EN UN HOSPITAL**

Autores: PALOMERA BERNAL L, DOMINGO JM, DOURDIL V, PARICIO M, GONZALEZ C, DIEZ R, PAUL P, BONAFONTE E

PALOMERA BERNAL LUIS . HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA . HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA (lpalomera@salud.aragon.es)

Las patologías más solucionables mediante CHAR fueron: GMSI (91,3%), elevación ferritinemia (90%), Anemia ferropénica (89%), leucocitosis (88,8%),trombocitosis (83,3%) y alteración fórmula (78,2%)

CONCLUSIONES

Los datos preliminares del primer trimestre de implantación han sido satisfactorios. Un 48,9% de las consultas se han podido solucionar de manera no presencial, evitando el consumo de recursos de especializada que genera, mayor rapidez de respuesta y comodidad para el paciente.

Cuando alcanzemos un número más significativo el objetivo es diseñar un plan formativo de derivación para Atención Primaria de las patologías más consultadas

Comunicación ORAL *** Mesa 12

Nº Reg. **447**

TÍTULO. **ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE TELE-ENTREVISTA CLINICA CON EL ALERTANTE EN ACCIDENTES DE MONTAÑA**

Autores: PALOP ASUNCION JG, ABELLA S., GARCIA-LUENGO M., BATISTA S., CABALLO I., LOPEZ-SANVICENTE M., PEREZ-NIEVA J., BENJUMEA F.

PALOP ASUNCION JORGE GUILLERMO . UME ZARAGOZA . GERENCIA URGENCIAS 061 (jpalop284@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Disponer de un Protocolo que permita sistematizar el intercambio de información clínica entre el alertante y el sanitario, así como optimizar la gestión de la llamada del alertante por las distintas centrales implicadas, 112, 061 y Guardia Civil de Montaña

METODOLOGÍA

- Desarrollo de un adecuado trabajo de Coordinación y elaboración de procedimientos operativos conjuntos entre las instituciones implicadas en la asistencia al accidentado en montaña.
- Desarrollo de una “Tarjeta de TELE-ENTREVISTA CLINICA EN MONTAÑA”, que permita al alertante una adecuada recogida y transmisión de datos clínicos a la central de emergencias

RESULTADOS

- Se han desarrollado las oportunas reuniones entre los responsables de la Central de Emergencias del 112, el Centro Coordinador de Urgencias del 061, el Centro Operativo de Servicios de la Guardia Civil y personal de la Unidad de Rescate en Montaña del 061 Aragón.
- Se ha elaborado la correspondiente “Tarjeta de TELE-ENTREVISTA CLINICA EN MONTAÑA”, que será presentada en la comunicación oral junto con el algoritmo de gestión de la llamada del alertante entre las centrales implicadas

CONCLUSIONES

- En la atención de un accidente de montaña es fundamental disponer de un procedimiento definido de intercambio de información que permita, por un lado que el sanitario conozca la situación clínica a la que se enfrenta y preparar adecuadamente los recursos sanitarios, y por otro transmitir al alertante el consejo médico pertinente hasta la llegada de la ayuda.
- La correcta gestión de la llamada del alertante entre las distintas centrales implicadas permite un ahorro de tiempo y fundamentalmente la elección del recurso sanitario adecuado a la situación clínica.
- La difusión entre los usuarios de la montaña de la “Tarjeta de TELE-ENTREVISTA CLINICA EN MONTAÑA”, permitirá que personal no sanitaria haga una correcta recogida de datos que resultan fundamentales para la mejor atención del accidentado

Comunicación ORAL *** Mesa 12

Nº Reg. **431**

TÍTULO. **IMPULSO DE LA GESTIÓN DE CALIDAD SEGÚN NORMAS ISO EN EL SECTOR ZARAGOZA II**

Autores: PAREDES ALBARADO I, BELKEBIR, S, VELA ML, COCA J, GARCÍA-MATA JR

PAREDES ALBARADO ILEANA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . UNIDAD DE CALIDAD ASISITENCIAL (mvelam@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Describir la metodología aplicada por la Unidad de Calidad Asistencial (UCA) del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS), en colaboración con los grupos de mejora de los Servicios y Equipos de Atención Primaria (EAP) para impulsar y apoyar en su implantación y desarrollo el sistema de gestión de calidad ISO en el Sector Zaragoza II.

METODOLOGÍA

Los Servicios y Equipos de Atención Primaria (EAP) disponen de un grupo de calidad que funciona en base a un reglamento, lo cual facilita la tarea de introducción del sistema ISO al resto del equipo.

La UCA actúa de catalizador de los proyectos con actividades de formación, apoyo metodológico y coordinación. Un miembro del equipo directivo armoniza, la marcha de los proyectos de certificación, sirviendo de escuela de aprendizaje y estímulo mutuo.

La UCA presta un apoyo y liderazgo con los proyectos institucionales comunes

RESULTADOS

De forma conjunta con el Salud y desde el 2006, se aborda la certificación de las centrales de esterilización (ISO 9001) y la acreditación (ISO 15189) en alcances parciales de los servicios de Hematología, Bioquímica y Microbiología conseguidas en el 2009. En el 2010 se han acreditados nuevos alcances en los laboratorios y el Equipo de Atención Primaria San Pablo ha conseguido su certificación.

A nivel de Sector, en el 2009 se obtuvo la certificación del Hospital de Día Hematológico y del Servicio de Electromedicina. Este último es el primer servicio en España en obtener además la certificación según la norma ISO 13486.

En 2011 han pasado la auditoria externa y han conseguido la certificación: Admisión, Comisión Docencia, Farmacia y Medicina Nuclear; se ha destacar que estos servicios han trabajado únicamente con el apoyo de la UCA.

Están en diferentes fases del proceso Oncología Radioterápica y Física

CONCLUSIONES

La implantación de sistemas de calidad basados en la norma ISO ha supuesto un revulsivo en la mejora de la calidad de diversos servicios del Sector.

Es imprescindible en este proceso contar con personas y estructuras, en nuestro caso la UCA, que den soporte próximo, estímulo y coordinación a los proyectos

Comunicación ORAL *** Mesa 12 Nº Reg. **65**

TÍTULO. **BENEFICIOS DE UN PROGRAMA DE CALIDAD PARA LA BIOPSIA DE PRÓSTATA CON ANESTESIA LOCAL Y AMBULATORIA**

Autores: PEREZ ARBEJ JA, Martín-Montañés, M, Capapé-Poves, V, Taberner-Llop, J, García-Magariño-Alonso, J, García-Calero, D, Elizalde-Benito, FJ, Valdivia-Uria, JG

PEREZ ARBEJ JOSE ANTONIO . HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA . UROLOGIA (japereza@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La realización de biopsia de próstata transrectal ecodirigida con A.General, creó gran LEQ y un complejo circuito a los pacientes. Ideamos un proyecto para realizarla con A.Local ambulatoria, con varios objetivos principales:

-Reducir la LEQ y acelerar el diagnóstico
-Evitar ingresos hospitalarios.
-Aumentar el confort de los pacientes.
-Reducir gastos y optimizar recursos.

METODOLOGÍA

Comenzó el 1/2/10 tras conseguir sonda ecográfica de menor calibre y sesiones remuneradas de tardes. En cada sesión participan 2 urólogos, 1 enfermera y 1 auxiliar de quirófanos, siendo este el procedimiento:

El paciente entra caminando al quirófano y se coloca en posición ginecológica.
Se realiza la ecografía transrectal e infiltración de la próstata con mepivacaina, tomandose 10 biopsias.
El paciente sale caminando de quirófano y retorna a su domicilio (estancia=60').
Se creó una base de datos para registrar a todos los pacientes

RESULTADOS

Hasta el 31/5/2011 realizamos 344 biopsias con este procedimiento.
El nivel de dolor (EVA) fue de 0-1/10 en el 90%. Los efectos adversos fueron irrelevantes. La satisfacción de los pacientes fue excelente.
La espera media trimestral es ahora 22 días.
Resultados secundarios:

-Hemos evitado 344 estudios preoperatorios/Anestesia (x103€=35.432€).
-Hemos ahorrado >516 estancias hospitalarias (1,5/enf.) (685€/día=353.460€).
-Hemos evitado 344 actos anestésicos y utilización de sala de reanimación.
-Hemos liberado 55 sesiones quirúrgicas matutinas para otros pacientes (2-3/sesión=110-165). Esto ha reducido la L.E.Q. general del Servicio.
-Hemos reducido la ansiedad de pacientes y familiares, molestias por viajes y pérdida de horas en desplazamientos, pruebas, consultas de anestesia, ingreso, intervención y alta.

CONCLUSIONES

Se han superado todos los objetivos planteados, con un altísimo grado de confort y satisfacción de pacientes y familiares.
Los resultados secundarios conseguidos han sido, desde un punto de vista económico y de optimización de recursos, tan importantes o mas que los objetivos principales.
La estrecha colaboración y entendimiento de la Dirección del Hospital con un grupo de profesionales con elevado entusiasmo y motivación permiten conseguir incluso

TÍTULO. **BENEFICIOS DE UN PROGRAMA DE CALIDAD PARA LA BIOPSIA DE PRÓSTATA CON ANESTESIA LOCAL Y AMBULATORIA**

Autores: PEREZ ARBEJ JA, Martín-Montañés, M, Capapé-Poves, V, Taberner-Llop, J, García-Magariño-Alonso, J, García-Calero, D, Elizalde-Benito, FJ, Valdivia-Uria, JG

PEREZ ARBEJ JOSE ANTONIO . HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA . UROLOGIA (japereza@salud.aragon.es)

metas no calculadas, superando las expectativas de los objetivos iniciales.

Comunicación ORAL *** Mesa 12

Nº Reg. **369**

TÍTULO. **ESTUDIO DE COBERTURA DEL CRIBADO DE LA RETINOPATÍA DIABÉTICA MEDIANTE RETINOGRAFÍA DIGITAL NO MIDRIÁTICA EN ZARAGOZA III E IDENTIFICACIÓN DE AREAS DE MEJORA**

Autores: PEREZ VILLARROYA JC, CASTAN S, FLORDELIS F, FERNANDEZ A, PEREZ-OBON JL, PEREZ-BOLEA L, LACARTA P, JORDAN I

PEREZ VILLARROYA JOSE CARLOS . CS DELICIAS SUR (DRONDA) . MEDICINA DE FAMILIA (jcperezv@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El sector Zaragoza III (Z3) tiene un servicio de cribado de retinopatía diabética mediante retinografía digital no midriática desde finales del año 2008.
El objetivo de cobertura se fijó en que el 50% de los diabéticos, susceptibles de utilizar este servicio, tuvieran realizada una retinografía en los dos primeros años de funcionamiento.
En el año 2009 la cobertura fue del 15% de la población diana registrada en la historia clínica informatizada y del 13% de la población diana según la prevalencia de diabetes en la población general.
Para mejorar la cobertura se pusieron en marcha una serie de medidas: sesión informativa a personas claves de los centros de salud (CS), sesiones informativas específicas en CS con más población asignada, citación telefónica desde el propio servicio.
El objetivo del trabajo es comparar la cobertura de retinografías del año 2010 en cada uno de los CS del Sector Z3, con las realizadas en el año 2009. También se mide y se compara el registro de diabéticos en la historia informatizada con el nº de diabéticos esperados. Todos los datos se miden en relación con el carácter rural o urbano de los CS

METODOLOGÍA

Se recogen los datos de registro de retinografías en la intranet del Hospital Lozano Blesa y la cobertura de diabetes en la historia informatizada en cada uno de los CS y en el global de todo el sector.

RESULTADOS

El porcentaje de las retinografías realizadas en 2010 sobre la DM registrada es del 24% en los CS urbanos y del 14% en los CS rurales.
En los CS rurales el porcentaje de diabéticos con una retinografía en los dos últimos años sería del 28%. En los CS urbanos el porcentaje de población diana con una retinografía en los dos últimos años sería del 40%.
En el sector III, en conjunto, el incremento de retinografías en 2010 fue del 56% y el porcentaje de población con una retinografía, en los dos últimos años, es del 35%

CONCLUSIONES

Es necesario aumentar la cobertura de la retinografía en todo el sector, pero especialmente en la zona rural.
Se proponen las siguientes acciones de mejora:
Rotar un retinógrafo por la zona rural.
Inclusión del servicio de retinografía en el contrato de gestión
Aumentar las citaciones utilizando diversas vías complementarias: petición oportunística de los profesionales, citación telefónica con listados de pacientes, citación con la base de datos de retinografías realizadas, petición de los endocrinólogos.
Colocación de los informes de las retinografías (y de las fotos si es posible) en la intranet del sector.

Comunicación ORAL *** Mesa 12 Nº Reg. **347**

TÍTULO. **PUESTA EN PRACTICA DE CUENTA DE CORREO ELECTRONICO PARA MEJORAR ACCESO A CONSULTA DE PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA**

Autores: PORTILLO BERNARD B, VILLANUEVA C, GARVI P, PORTILLO B

PORTILLO BERNARD BELEN . CS UTEBO . PEDIATRIA (cuore2009@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Mejorar la calidad asistencial prestada, aumentando el tiempo de comunicación con el usuario.Facilitar la accesibilidad a usuarios con dificultades horarias.Involucrar de forma mas activa al profesional de enfermería.Orientar el autocuidado ,consejos sobre salud a través de informaciones breves y de enlaces a páginas web.

METODOLOGÍA

Apertura de una cuenta de correo electrónico específica.Entrega en la consulta de una hoja informativa con normas de buen uso.Lectura de los correos electrónicos recibidos, todos los días de lunes a viernes y respuesta de los mismos en tiempo máximo de 48h, excepto fines de semana y vacaciones.Se sugiere abordar cuestiones sobre educación para la salud, consultas administrativas y consejos, recomendando excluir consulta sobre patología aguda.Diseño y puesta en marcha: Julio 2010. Periodo de divulgación: desde Julio 2010 y sigue abierto.Evaluación de resultados y posibles incidencias.Encuesta de satisfacción en Julio 2011. No hay fecha de finalización, dependerá de la evaluación satisfactoria o no.

RESULTADOS

69 consultas virtuales.Tiempo de respuesta < 48h en todos los casos , la mayoria en <24h, excepto fines de semana y festivos.Tiempo medio de gestión de la consulta virtual: 5-7 min.Los correos han sido respondidos por parte de médico o enfermería según motivo.Consultas realizadas: Burocráticas: Se incluyen solicitud o cambio de cita y resultados de pruebas complementarias. Constituyen el mayor grueso de correos electrónicos recibidos.EPS: La mayoría dudas sobre alimentación y vacunas.Consejo: En su mayor parte dudas sobre medicaciones prescritas o procesos crónicos, aunque también se han resuelto algunas cuestiones sobre procesos agudos.Incidencias: 1 spam, 1 mensaje en cadena y 2 correos no contestados, ya que el usuario acudió a consulta pocas horas después

CONCLUSIONES

Se trata de una herramienta que permite gestionar y facilitar el proceso asistencial, que puede ser utilizada por cada profesional y por el usuario, favoreciendo el flujo de información.Permite una pregunta mas meditada y una respuesta mas razonada.Integra a enfermería en el proceso asistencial.Ahorra tiempo y molestias a los padres.Inconvenientes: Posibles pérdidas de mensajes, virus informáticos, problemas técnicos y amenaza de la confidencialidad (contamos con antivirus y se pide la identificación completa del usuario). A expensas de realizar encuesta de satisfacción en Julio 2011 , de forma subjetiva se aprecia un buen grado de satisfacción por parte del usuario, así como de los profesionales.

Comunicación ORAL *** Mesa 12

Nº Reg. **287**

TÍTULO. **MEJORA EN LA GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO EN ALE**

Autores: PUEYO PODEROS AM, GARCIA-SERRANO E, AGUAVIVA-MORA P, ARANDA-JIMENEZ E, SANCHEZ-AGUDO AB, MENDEZ-VILLAMON A, HERRERO-ALONSO A

PUEYO PODEROS ANA MARIA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . RADIOTERAPIA (pueyo_ana@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Organizar los tratamientos de los pacientes según necesidades (marcapasos, ambulancias, ingresos, turno, lugar de residencia, etc).
- Prever con mayor antelación la fecha de finalización de tratamientos, para la citación de nuevos pacientes evitando posibles solapamientos o huecos de tratamiento sin usar.
- Compartir información entre turnos

METODOLOGÍA

- Documento Excel con varias hojas, que corresponden una a cada turno y otra a la hoja de notas.
- Cada hoja de turno (mañana y tarde) contiene filas y columnas con diferente información (horarios, fecha de inicio y fin de tratamiento, nombre del paciente, paciente nuevo, paciente en descanso y notas sobre el paciente).
- La hoja de notas informa a los técnicos de tratamiento de posibles modificaciones en el tratamiento diario de un paciente, al mismo tiempo que nos indica posibles cambios de horario o turno, a su vez es utilizada como vía de comunicación entre los TERT del ALE.

Esta hoja también contiene la leyenda de símbolos utilizada en las hojas de turnos y otra información de interés como teléfonos

RESULTADOS

- Se consigue organizar el flujo de trabajo de cada turno para el tratamiento de pacientes en el ALE.
- Informatizar los listados de pacientes quedando de esta forma registrados y evitando el uso de papel
- Visualizar de forma rápida la carga e información de trabajo de cada turno

CONCLUSIONES

- Se busca optimizar el uso de los huecos de tratamiento, aumentando así el rendimiento del ALE y garantizando la estabilidad a lo largo del tiempo del número de pacientes

IX JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD EN SALUD

Zaragoza, 21 y 22 de junio de 2011

Mesa 13 * 22 Miércoles-15:45 h.

Reg	Apellidos y Nombre	Título de la Comunicación
414	MARTINEZ ALVAREZ, ROSA MARIA	DIA DEL USO PRUDENTE DEL ANTIBIOTICO. ACTIVIDADES EN TORNO A LA CAMPAÑA EUROPEA
192	REBOLLAR TORRES, ELENA	MONITORIZACION DE DIGOXINA EN PACIENTES GERIATRICOS: MEJORA EN LA UTILIZACION DE UN FARMACO IMPRESCINDIBLE
352	REVILLO PINILLA, MARIA JOSE	MEJORA EN EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA COLONIZACIÓN-INFECCIÓN BRONCOPULMONAR EN EL PACIENTE CON FIBROSIS
323	RODRIGUEZ COGOLLO, RONALD	ALIANZA DE CIRUGÍA Y PREVENTIVA: PROGRAMA DE MEJORA DE INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA EN CANCER COLORRECTAL
371	RODRIGUEZ COGOLLO, RONALD	ANÁLISIS DE LAS RESISTENCIAS AL CAMBIO EN LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LA CIRUGÍA
51	ROS TEGEL, MARIA LUISA	CONTRIBUCIÓN DE LA ENFERMERA DE DIETÉTICA EN LA MEJORA DE LA RESTAURACIÓN HOSPITALARIA PEDIÁTRICA
307	ROSES MONFORT, ELENA	REVISION Y ACTUALIZACION DE DIAGNOSTICOS, INTERVENCIONES, ACTIVIDADES Y REGISTROS ENFERMEROS REALIZADOS EN EL
377	ROYO, PILAR	PLAN DE DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE HEMATOLOGÍA
263	SANCHEZ SANCHEZ, ELENA	DESNUTRICIÓN Y CICATRIZACIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA
392	SANMARTIN ALLUE, HECTOR	CÓDIGO ICTUS, ENFERMERÍA Y TRIAJE. EVALUADORES DE CALIDAD DEL S.E.T.
264	SERRANO VICENTE, MARIA CARMEN	MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS EN HOSPITAL DE DÍA: IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE

Comunicación ORAL *** Mesa 13

Nº Reg. **414**

TÍTULO. **DIA DEL USO PRUDENTE DEL ANTIBIOTICO. ACTIVIDADES EN TORNO A LA CAMPAÑA EUROPEA**

Autores: MARTINEZ ALVAREZ RM, ASPIROZ C, HORNA O, ANDRÉS J, DÍEZ J, EZPELETA A, STODUTO P, BERNAL MA

MARTINEZ ALVAREZ ROSA MARIA . HOSPITAL ROYO VILLANOVA . MEDICINA INTERNA/UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS (rmartineza@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Con motivo de la celebración del día europeo del uso prudente del antibiótico el H Royo Villanova realizó actividades a través de la Comisión de Infecciones, Profilaxis y Política Antibiótica.

METODOLOGÍA

Estudio de corte para hacer visibles diversos problemas del uso prudente del antibiótico:
En urgencias valorar l de los ingresos con patología infecciosa en cuantos se habían recogido muestras para microbiología en dos días consecutivos.
En medicina interna (MI) evaluar de los pacientes ingresados con patología infecciosa, cuantos llevaban tratamiento antibiótico parenteral, cuantos los llevaban más de 72 horas, y cuantos llevaban más de 10 días de antibiótico.
En intensivos (UCI) registrar de los pacientes con infección, cuantos tenían muestras microbiológicas y si se había ajustado el tratamiento a los resultados microbiológicos.
En los servicios quirúrgicos (SQ) a través de medicina preventiva valorar la profilaxis quirúrgica y su adecuación a los protocolos vigentes.
En farmacia analizar el consumo de antibióticos global y por servicios.
Microbiología revisar los datos de aislamientos en hemocultivos (2008 y 2009) y urocultivos (2006 y 2009) reseñando las resistencias

RESULTADOS

En urgencias se recogieron muestras en 20 y 50% de los casos.
En MI presentaban patología infecciosa (42.03%) de los ingresados, llevaban tratamiento iv de más de 3 días (51.61%) y tratamiento antibiótico más de 10 (19.35%).
En UCI solo hubo 5 pacientes ingresado con patología infecciosa en los días del corte y los datos no son representativos.
En los SQ: la profilaxis se consideró inadecuada en el 10,14 - 24,64% por: inicio: 4-8 casos (47,06-57,14%), indicación (uso no indicado del antibiótico): 1-7 casos (14,29-41,18%), duración: 1 caso (5,88-14,29%), elección: 1 caso (5,88-14,29%), 5,8% (4 casos) no se hizo constar hora de administración del antibiótico.
Farmacia comparó los datos de 2007,2099 y primer trimestre de 2010 comentando tendencias)
Microbiología: porcentaje de SAMR en hemocultivos (>30%), resistencia a quinolonas de E coli en sangre de 25% y en orina de 40% y tendencia a aumento de resistencias a amoxicilina clavulánico de E.Coli

CONCLUSIONES

El proyecto permitió identificar oportunidades de mejora como:
Incrementar la toma de muestras en urgencias
Mejorar la prescripción antibiótica y el uso de la terapia secuencial.
Optimizar el registro de quirófano y mejorar cumplimentación de la profilaxis
Planificar medidas de control de infecciones resistentes

Comunicación ORAL *** Mesa 13

Nº Reg. **192**

TÍTULO. **MONITORIZACION DE DIGOXINA EN PACIENTES GERIATRICOS: MEJORA EN LA UTILIZACION DE UN FARMACO IMPRESCINDIBLE**

Autores: REBOLLAR TORRES E, LOZANO R, CANOVAS C, GAMBOA B, HERNANDEZ A, GARCIA-ARILLA E, ANDRES I

REBOLLAR TORRES ELENA . HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA . FARMACIA (erebollar@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Mejorar la seguridad en el uso de la digoxina a través de su monitorización y de la elaboración de un informe farmacocinético.

METODOLOGÍA

Estudio de pacientes en tratamiento con digoxina en el Servicio de Geriatría a los que se solicitó su monitorización, entre abril de 2010 y enero de 2011.
Se utilizó el método de Jusko que calcula la dosis de mantenimiento de digoxina teniendo en cuenta el peso corporal, creatinina sérica, aclaramiento de creatinina, volumen de distribución, aclaramiento de digoxina y superficie corporal. Se introduce la concentración sérica deseada: 1 ng/dl para insuficiencia cardíaca (IC) y 1,5 ng/dl para fibrilación auricular (FA). El método considera interacciones con otros fármacos (IF).
Se elaboraba un primer informe al ingreso y se pedía la solicitud de niveles a los 5-7 días, o ante cualquier cambio en el tratamiento y/o patología

RESULTADOS

Se incluyeron 101 pacientes en tratamiento con digoxina (10% del total de ingresados): 71 mujeres (70,3%) y 30 varones (29,7%) con una edad media de 86 años.
La dosis media diaria inicial fue de 0,150 mcg, siendo la pauta diaria más habitual 0,125 mcg (44 pacientes, 43,56%), seguida de 0,25 mcg (20; 19,80%), 0,25 mcg excepto jueves y domingo (10; 9,90%) y 0,125 mcg excepto jueves y domingo (9; 8,91%).
La vía oral fue utilizada en 73 casos (72,28%), y en los 28 restantes (27,73%) la vía intravenosa.
En el 59,41% de los pacientes la indicación fue FA y en el 38,61% FA+IC.
En cuanto a la función renal, 95 pacientes (94,06%) presentaron un ClCr <75ml/min, 70 de ellos <50 ml/ min y 21 <20ml/min. Sólo en 5 casos (4,95%) la función renal era normal.
Se elaboraron 101 informes farmacocinéticos. En el 88,12% se propusieron cambios sobre la pauta inicial y/o consideraciones especiales debido a la función renal o por IF con otros fármacos (25,74%).
Las IF más comunes fueron: 9 diltiazem, 8 espironolactona y 8 estatinas

CONCLUSIONES

El paciente geriátrico requiere una monitorización exhaustiva de las concentraciones de digoxina.
La función renal y la polifarmacia, con las consiguientes IF, han de considerarse en la dosificación.
El informe farmacocinético ha aportado seguridad y calidad a la prescripción.
Los facultativos han incorporado el informe a su dinámica de prescripción

Comunicación ORAL *** Mesa 13 Nº Reg. **352**

TÍTULO. **MEJORA EN EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA COLONIZACIÓN-INFECCIÓN BRONCOPULMONAR EN EL PACIENTE CON FIBROSIS QUÍSTICA**

Autores: REVILLO PINILLA MJ, COLMENAREJO C, MOLES B, VILLUENDAS MC, PEYMAN-FARD N, HERRERO I, MARCO A, REVILLO MJ

REVILLO PINILLA MARIA JOSE . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA CLINICA (mjrevillo@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Conseguir la colaboración entre facultativos responsables del cuidado de los pacientes con F.Q., con el fin de elaborar una base de datos individualizada que sea útil para clínicos y microbiólogos, en el seguimiento y control de la colonización/infección broncopulmonar, reflejando la cronología de la infección respiratoria.

METODOLOGÍA

•Se realizaron reuniones inter e intra servicios con el fin de promover la colaboración y proponer los datos a incluir en la base.
•Se configuró la base de datos individualizada para cada uno de los pacientes con F.Q. atendidos en las consultas de Neumología (adultos) y unidad de F.Q (pacientes pediátricos), en el sistema Excel (paquete office).
•Retrospectivamente se incluyeron datos microbiológicos de los aislados procedentes de esputo y exudado faríngeo de los pacientes durante los últimos diez años y prospectivamente se comenzó a completar la base de datos realizada con los datos acordados tanto microbiológicos como clínicos

RESULTADOS

Diseño de la base de datos individualizada compuesta por los siguientes datos:
-Demográficos
-Microbiológicos y clínicos: Fecha.Tipo de muestra. Microorganismo aislado. Sensibilidad antibiótica destacable. Clínica ó motivo de consulta. Tratamiento antibiótico .
-Análisis de los datos recogidos retrospectivamente (30 pacientes/10 años de seguimiento) y definición de los patrones de colonización:

- En edades tempranas el porcentaje de aislamiento de H. influenzae y S. penumoniae fue elevado, siendo desplazado por S. aureus, patógeno más frecuente en pacientes menores de 20 años, según avanza la edad de los pacientes se hace P. aeruginosa en pacientes mayores de 20 años, siendo el morfotipo mucoso el predominante.

-En cuanto a porcentaje de microorganismos aislados el más frecuente en nuestra serie fue S. aureus junto a P. aeruginosa aislándose en un 86 y 76% de los pacientes, seguidos de diferentes del género Aspergillus, H. influenzae, S. penumoniae y BGNNF (especialmente S. maltophillia). En menor medida especies del género Nocardia, otros BGNNF, micobacterias y hongos del género Scedosporium

CONCLUSIONES

Durante los 10 años del estudio retrospectivo, se ha observado un patrón de colonización semejante a otras revisiones de nuestro entorno (Oliver et al, 2009).
Disponer de herramientas para el seguimiento de la cronoinfección de estos pacientes como está siendo la base de datos realizada, aportará una mejora en la valoración de los cambios de incidencia y prevalencia, en el conocimiento de la ecología y la respuesta al tratamiento de los pacientes con F.Q.

Comunicación ORAL *** Mesa 13

Nº Reg. **323**

TÍTULO. **ALIANZA DE CIRUGÍA Y PREVENTIVA: PROGRAMA DE MEJORA DE INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA EN CANCER COLORRECTAL**

Autores: RODRIGUEZ COGOLLO R, RODRIGUEZ-COGOLLO R, GIMENEZ-JULVEZ T, VALDERRAMA-RODRIGUEZ M, BORAO-MUÑOZ E, CALDERON-MEZA J, MONRROY-LOPEZ F, OBON-AZUARA B

RODRIGUEZ COGOLLO RONALD . HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA . MEDICINA PREVENTIVA (ronaldroco@gmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

A través de la vigilancia del procedimiento de cirugía en cáncer colorrectal se detectó un área de mejora en la prevención de infección de herida quirúrgica(IHQ). El objetivo fue diseñar una metodología de trabajo para implementar con efectividad estas mejoras mediante un programa específico

METODOLOGÍA

Para el diseño del programa nos basamos en la metodología empleada por Varkey(1) que adaptamos a nuestro ámbito que consiste en evaluar la disposición al cambio, establecer prioridades, desarrollar un plan de
ejecución, difundir el cambio, anclaje a la organización y favorecer la comunicación

RESULTADOS

Se creó un grupo de trabajo entre M.Preventiva, la Unidad de Coloproctología, con el apoyo de la Unidad de Calidad y la Dirección del Centro
Se detectaron los siguientes factores contribuyentes de IHQ, agrupados en 6 categorías: pacientes de edad avanzada y pluripatológicos, resistencia de cirujanos a la protocolización de sus actividades, falta de estandarización en la preparación y técnica quirúrgica, protocolos obsoletos y con dificultad para identificar criterios de inclusión a los mismos, variabilidad en el cumplimiento del protocolo de profilaxis antibiótica preoperatoria y problemas de comunicación entre cirujanos y enfermería de hospitalización y bloque quirúrgico.
Se priorizaron a través de grupo nominal, el diseño de un protocolo de rehabilitación multimodal en cirugía colorrectal y la sensibilización a los cirujanos para implementar dicho protocolo.
Mediante reuniones semanales del equipo y sesiones de análisis retrospectivo con el servicio se consiguió una mejora en la difusión y comunicación de la estrategia realizada

CONCLUSIONES

La vigilancia por procedimientos y establecer programas de las estrategias de mejora, permiten no sólo la detección de deficiencias si no un abordaje más eficaz y sólido de dichas estrategias, favoreciendo la implementación de protocolos que minimicen los riesgos de IHQ y la mejora de la calidad y la seguridad del paciente

(1) Prathibia Varkey, Kayla Antonio. Change management for effective quality improvement: A primer. American journal of Medical Quality 25(4) 268 - 273

Comunicación ORAL *** Mesa 13

Nº Reg. **371**

TÍTULO. **ANÁLISIS DE LAS RESISTENCIAS AL CAMBIO EN LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LA CIRUGÍA COLORRECTAL**

Autores: RODRIGUEZ COGOLLO R, GIMÉNEZ-JULVEZ T, AGUILAR-PALACIO I, RODRÍGUEZ-COGOLLO R, BORAO-MUÑOZ E, GUTIÉRREZ-CÍA I, PÉREZ-PÉREZ P

RODRIGUEZ COGOLLO RONALD . HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA . MEDICINA PREVENTIVA (rrodriguezc@aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La profilaxis antibiótica (PA) es una medida de eficacia probada para disminuir las infecciones de herida quirúrgica. Sin embargo, pese a ser de fácil aplicación, existen dificultades en su correcta cumplimentación, que pueden ser identificadas mediante el estudio de resistencias al cambio. Nuestro objetivo es detectar los fallos y las resistencias al cambio frente a la PA de la cirugía colorrectal en un servicio de cirugía general

METODOLOGÍA

Estudio cualitativo de los elementos que influyen en la PA mediante brainstorming y entrevistas semiestructuradas a 4 médicos y 3 enfermeras del servicio de cirugía general y 1 medico y 1 enfermera de M. Preventiva. Trabajaron como consultores durante el proceso 2 expertos en seguridad del paciente. Se detectaron las resistencias existentes y las principales áreas de mejora, que se priorizaron en diferentes categorías del 1 al 5 según su aplicabilidad, eficacia y factibilidad.

RESULTADOS

Los profesionales identificaron como principal área de mejora conseguir transmitir la importancia de un buen cumplimiento de los protocolos a través de las sesiones del servicio. Las actuaciones más factibles de abordar fueron la difusión de los cambios en los protocolos, la correcta cumplimentación de los registros en las órdenes de tratamiento (dosis, principio activo, vía, modo y hora de administración) y la potenciación del trabajo en equipo médico-enfermera. La principal limitación fue la falta de cultura de seguridad y la resistencia a los cambios de hábitos por parte de los profesionales, dificultada a su vez por la formación por parte de la industria farmacéutica.

CONCLUSIONES

Se han identificado elementos que dificultan la cumplimentación de la PA independientes de su eficacia. Por ello, es fundamental la detección y priorización de barreras en el desarrollo de estrategias para implantar una cultura de seguridad.

Comunicación ORAL *** Mesa 13 Nº Reg. **51**

TÍTULO. **CONTRIBUCIÓN DE LA ENFERMERA DE DIETÉTICA EN LA MEJORA DE LA RESTAURACIÓN HOSPITALARIA PEDIÁTRICA**

Autores: ROS TEGEL ML, GOTOR S, GOTOR ML, VILLANOVA C, ARELLANO C, RUIZ MJ, RUBIO C, NOYA C

ROS TEGEL MARIA LUISA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . DIETETICA HOSPITAL MATERNO INFANTIL (mlros@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

1. Analizar el papel de la enfermera de dietética de un Hospital Infantil dentro del proceso de alimentación y nutrición de los niños hospitalizados en los últimos 8 años.
2. Definir las áreas de mejora puestas en marcha tras los resultados obtenidos en las encuestas de satisfacción en un Hospital Pediátrico

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo, del papel de la enfermera de dietética en un Hospital Pediátrico.
Encuesta de satisfacción realizada anualmente desde el año 2003 a los pacientes con tres ó más días de ingreso en un Hospital pediátrico, que tomaron dieta basal y a la que han respondido niños y/o padres de forma anónima e individual

RESULTADOS

La enfermera del servicio de dietética se considera pieza clave en el seguimiento y la evaluación de la restauración hospitalaria por ser quien:

1. Participa dentro del equipo en la planificación de la confección de menús.
2. Vela por el correcto valor nutricional de las dietas.
3. Realiza encuestas que permiten valorar el grado de satisfacción así como detectar áreas de mejora
4. Recibe y canaliza quejas de usuarios.
5. Atiende consultas dietéticas a petición de los profesionales.

A lo largo de los últimos 8 años los resultados obtenidos en la encuesta muestran altos niveles de satisfacción respecto a las dietas basales de los niños hospitalizados, aunque en
El camino hacia la excelencia y teniendo en cuenta su opinión, se ha mejorado la presentación y la temperatura de las dietas y progresivamente se han adaptando los menús a los gustos actuales de los niños, teniendo en cuenta el valor nutricional, finalizando el proceso con la puesta en marcha del menú a la carta para los niños hospitalizados

CONCLUSIONES

El trabajo realizado por la enfermera del servicio de dietética nos permite detectar áreas de mejora.
Sólo conociendo donde existen problemas, podemos introducir mejoras que lleven a subsanarlos

Comunicación ORAL *** Mesa 13

Nº Reg. **307**

TÍTULO. **REVISION Y ACTUALIZACION DE DIAGNOSTICOS, INTERVENCIONES, ACTIVIDADES Y REGISTROS ENFERMEROS REALIZADOS EN EL INTRA-OPERATORIO DEL PROCESO QUIRURGICO**

Autores: ROSÉS-MONFORT E, VECINO-SOLER A, VALLEJO-LOPEZ A, DIEZ-ESCUSA C, SANZ-ASÍN A, FRANCO-FERNANDO MC, CATALÁ-MARTINEZ ML, SANTOLAYA-SÁNCHEZ N

ROSÉS-MONFORT ELENA . HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA . BLOQUE QUIRURGICO (eroses@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Unificar las intervenciones y actividades de enfermería que se realizan en el intra-operatorio del proceso quirúrgico en los diferentes hospitales del Salud.
Modificar el registro de enfermería intra-operatorio utilizando taxonomía enfermera.
Mejorar la calidad de cuidados

METODOLOGÍA

Constituir grupos de trabajo.
Contactar con todos los hospitales del Salud donde se realiza actividad quirúrgica, explicar el proyecto, recabar información sobre intervenciones y actividades que se realizan y solicitar su colaboración yregistros.
Contactar con hospitales de fuera de la Comunidad donde se realiza actividad quirúrgica, explicar el proyecto, recabar información sobre intervenciones y actividades que se realizan y solicitar sus registros.
Recibir formación en diagnósticos enfermeros Nanda, resultados (NOC) e intervenciones (NIC).
Revisión y consenso de las intervenciones y actividades que se realizarán y se registrarán.
Presentación y difusión de la hoja de registro a todos los hospitales del Salud con actividad quirúrgica

RESULTADOS

Mejora de la seguridad de los cuidados enfermeros perioperatorios.
Mejora del grado de satisfacción de los pacientes y familiares con los cuidados recibidos.
Unificación de registros.
Favorecer la actualización e intercambio de conocimientos basados en la evidencia de los profesionales de enfermería quirúrgica de todos los hospitales del Salud

CONCLUSIONES

La revisión y unificación de registros favorece la mejora de cuidados y el intercambio protocolos y procedimientos

Comunicación ORAL *** Mesa 13

Nº Reg. **377**

TÍTULO. **PLAN DE DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE HEMATOLOGÍA**

Autores: ROYO P, GALEGO T, BORJA P, AGUAS MJ, PALACIOS Y, DUQUE R, LOPEZ-PUENTE C, GIRALDO P

ROYO PILAR . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . HEMATOLOGIA (giraldo.p@gmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

En el desarrollo y gestión del plan de mejora de la calidad en la coordinación de la asistencia continuada al paciente hematológico en tratamiento ambulatorio en el Hospital de Día de Hematología (HDH) y como cumplimiento de las normas ISO-9001-2008 para el trabajo de esta unidad asistencial, hemos planteado como objetivo la implantación de la consulta de enfermería para las entidades que por su complejidad diagnóstica y/o terapéutica requieren la aplicación de atención personalizada, y la colaboración y coordinación de todo el equipo sanitario involucrado.

METODOLOGÍA

Consulta ubicada en la Pta 2ª del edificio de Consultas Externas del HUMS dotada con una enfermera experimentada en patología y terapia de los procesos que se atienden, conocimientos de entrevista clínica y del Plan de Cuidados de la Unidad, así como del manejo de programas informáticos específicos (gestión de pacientes, agendas electrónicas) y con habilidades en comunicación y relaciones y en comunicación constante con el resto del equipo. Mediante los protocolos de enfermería desarrollados se realizan las siguientes acciones: información sobre el tratamientos a aplicar y como lo va a percibir. Hoja de acogida y consentimiento informado. Información sobre alimentación, estilos de vida, sexualidad, cambio de imagen, efectos adversos. Evaluación de la analítica y constantes y mediante la entrevista clínica se detectan problemas y síntomas no autovalorados. Así mismo se ha establecido un programa de selección y coordinación de los pacientes ofreciendo la posibilidad de ceder muestras biológicas al Biobanco.

RESULTADOS

Durante los meses enero-mayo 2011, se ha atendido a 420 pacientes, la demora en la atención no ha superado 10’, la duración media de la entrevista ha sido de 10’, entregando: hoja de acogida, hoja de información en el primer tratamiento. Horario de extracción de muestras, calendario de visitas, plan de tratamiento en HDH y en su domicilio, medidas de soporte y como aplicarlas, solicitud de medicamentos de dispensación en Farmacia hospitalaria, solicitud de analítica informatizada, teléfonos de contacto y encuesta de satisfacción. Durante este periodo se han atendido 310 consultas telefónicas y resuelto 250 problemas de enfermería que han evitado consulta con A Primaria o atención en Urgencias.

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia y teniendo en cuenta la cronicidad de los procesos hematológicos, la creación e implementación de Consulta de Enfermería en Hematología ha constituido una excelente oportunidad para mejorar la atención en HDH, coordinar la visita médica con la aplicación del tratamiento de forma organizada, garantizar atención integral a los pacientes, reducir la ansiedad originada por la enfermedad y su tratamiento, uso racional de los recursos, evitar errores, dar soporte a los familiares, conseguir óptimos resultados terapéuticos

Comunicación ORAL *** Mesa 13

Nº Reg. **263**

TÍTULO. **DESNUTRICIÓN Y CICATRIZACIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA ¿RELACIÓN O CAUSA?**

Autores: SANCHEZ SANCHEZ E, BURILLO-FUERTES P

SANCHEZ SANCHEZ ELENA . HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA . TRAUMATOLOGIA (elenafola@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Determinar cómo influye el EN al ingreso, en la cicatrización de la HQ.
- Valorar el EN tras la osteosíntesis, comparando las proteínas de fase aguda positiva y negativa (PCR y prealbúmina respectivamente) más sensibles a los cambios fisiológicos

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional descriptivo prospectivo, con pacientes mayores de 75 años, ingresados por fractura trocantérea, para conocer cómo influye el EN en la cicatrización de la HQ. Se realizó una valoración del EN al ingreso, con el MNA y datos bioquímicos y en el postoperatorio con datos bioquímicos a las 48h y 6º día, con proteínas de fase aguda contrarias (PCR y prealbúmina), más sensibles al estado de estrés/inflamación y cambios en el estado nutricional. Observando si el mal EN retrasa la cicatrización de la HQ.

RESULTADOS

De los 46 pacientes incluidos, con edad media de 85,86 años, el 65,2% presentaba al ingreso un estado de malnutrición leve. A 28 pacientes sí se les retira los puntos al 8º día y de estos, según el MNA el 50% presentaba una malnutrición leve y según la albúmina el 71,4%.

Se compararon la PCR y prealbúmina a las 48h y 6º día, y se obtienen unos valores medios en PCR y prealbúmina significativamente diferentes entre los dos períodos, siendo la prealbúmina significativamente superior en la segunda medición

CONCLUSIONES

- Sólo el 21 % de los pacientes ingresan con un EN de normonutrición.
- Los pacientes con un EN normal o grado leve de desnutrición, pesentan una cicatrización dentro de la normalidad.
- Según la prealbúmina del postoperatorio, los pacientes no han empeorado su EN durante el ingreso.

Comunicación ORAL *** Mesa 13

Nº Reg. **392**

TÍTULO. **CÓDIGO ICTUS, ENFERMERÍA Y TRIAJE. EVALUADORES DE CALIDAD DEL S.E.T.**

Autores: SANMARTÍN ALLUÉ H, GARCÍA-LANGOYO B, PÉREZ-CAMACHO ML, MARTÍNEZ-MORERA N, ANTÓN BASALO AD, BAQUEDANO GARCÍA S, AGUILAR BERICAT M, NOGUERA FERNANDEZ V

SANMARTÍN ALLUÉ HÉCTOR . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . URGENCIAS (hector_sanallue@yahoo.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Conocer la labor realizada por las enfermeras de triaje en los pacientes con ictus tratados con fibrinólisis, evaluando la correcta derivación a las áreas de tratamiento y los tiempos de demora hasta la 1ª asistencia.

También se revisaron los registros de enfermería que exige el protocolo del código ictus en nuestro hospital

METODOLOGÍA

Realizamos un estudio descriptivo que incluye a los pacientes con motivos de consulta de probable etiología neurológica, que su llegada no fue en una unidad medicalizada de emergencias, atendidos en el área de vitales y sometidos a fibrinólisis en 2010.

Se revisó motivo de consulta y nivel de triaje, destinos inicial y final, tiempo de demora hasta asistencia por enfermería y facultativos y cumplimentación de registros de enfermería (constantes y vía periférica)

Los datos se analizaron por medio del programa SPSS v.17

RESULTADOS

De los 227 pacientes seleccionados en un principio, tan sólo 25 reunían todos los requisitos para el estudio, de los cuales el 36 % fueron triados con nivel I, el 60 % con nivel II y el 4 % con nivel III. Siendo el motivo de consulta del Sistema Español de Triaje (S.E.T.) el de focalidad neurológica sin especificar.

Al 84 % se le derivó al área de vitales desde la primera asistencia (con niveles I y II) y al restante 16 % a Boxes de medicina general (con niveles II y III). Los tiempos máximos de demora para enfermería y medicina fueron de 18 y 27 minutos. Respecto a los estándares de calidad que recomienda el S.E.T., se alcanzaron los percentiles de cumplimiento y cumplimiento marginal en los niveles I y III, quedando muy cerca en el nivel II.

El 88 % de los pacientes fue diagnosticado de Accidente Cerebral Vascular y el 12 % de Trombosis Cerebral quedando ingresados todos excepto uno en la Unidad de Ictus.

Se registraron las 5 constantes que exige el protocolo en el 32 % de los pacientes, faltando de anotar 1 en un 40 % y 2 en 28 %. El correcto registro de la vía periférica se consignó en el 56 % de los casos

CONCLUSIONES

Consideramos como satisfactoria la labor realizada por las enfermeras de triaje, logrando bajos niveles de demora en este tipo de pacientes, gracias a la rápida identificación de los signos y síntomas con los que debuta ésta patología.

Apreciamos una simplificación de los motivos de consulta del triaje, abusando de la entrada focalidad neurológica sin especificar y recomendamos afinar más en la elección del síntoma guía del web e-P.A.T.

Por otra parte, creemos necesario, mejorar en el registro de las actuaciones enfermeras, empleando sólo la historia clínica informatizada

Comunicación ORAL *** Mesa 13

Nº Reg. **264**

TÍTULO. **MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS EN HOSPITAL DE DÍA: IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE SEGURIDAD**

Autores: SERRANO VICENTE MC, AMADOR RODRIGUEZ MP, VIÑUALES ARMENGOL MC, MARTINEZ CRESPO A, ORTAS BUIL L

SERRANO VICENTE MARIA CARMEN . HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA . SERVICIO DE FARMACIA (marisevi@gmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Implantar un sistema de validación electrónica y control en la administración de fármacos mediante códigos de barras y lectores ópticos

METODOLOGÍA

Hemos utilizado pulseras con códigos de barras para la identificación de los pacientes y como lectores ópticos adquirimos PDAs conectadas al programa de prescripción electrónica mediante la WIFI del hospital.

El circuito de administración en el hospital de día tras la recepción de la medicación enviada desde el Servicio de Farmacia consiste en: enfermera lee código de barras impreso en pulsera del paciente con la PDA, automáticamente se carga en la pantalla de la PDA información sobre los medicamentos a administrar (datos paciente, vía, velocidad y tiempo de administración, orden de la secuencia, componentes y número de administraciones). Tras leer la pulsera del paciente se van leyendo con la PDA los códigos de barras de las etiquetas de las preparaciones enviadas por Farmacia según se van administrando

RESULTADOS

Durante los primeros 2,5 meses desde su implantación, este sistema se ha utilizado en 363 pacientes de onco-hematología y reumatología (25,1% pacientes hematológicos, 47,1% oncológicos, 27,8% de reumatología), con un total de 967 prescripciones (25,9% hematología, 59,5% oncología, 14,6% reumatología) y 2695 mezclas identificadas (13,9% hematología, 80,8% oncología, 5,3% reumatología).

Las PDAs proporcionan las órdenes de administración de los fármacos capturados directamente de la prescripción médica informatizada validada electrónicamente por el farmacéutico, así se evita la transcripción por Enfermería.

Variables validadas por la PDA: paciente, fármaco, secuencia de administración, horario de inicio y fin. Posibles errores que se pueden detectar: orden de administración incorrecto, medicamento ya administrado y medicamento seleccionado no pertenece al paciente. En el periodo de estudio el sistema detectó 4 casos de orden de administración incorrecto, 1 de medicamento ya administrado y 8 de medicamento seleccionado que no pertenece al paciente. Hay que considerar que el periodo de estudio coincide con el comienzo de la implantación de este sistema, por lo que los resultados no reflejan la tasa real de errores que disminuirá con el tiempo, cuando todo el personal esté habituado a la utilización del sistema.

CONCLUSIONES

La utilización de códigos de barras y lectores ópticos para la administración de fármacos en hospital de día contribuye a garantizar la seguridad de los pacientes, mejorar la eficiencia del tratamiento y conseguir una mayor integración interprofesional.

IX JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD EN SALUD

Zaragoza, 21 y 22 de junio de 2011

Mesa 14 * 22 Miércoles-15:45 h.

Reg	Apellidos y Nombre	Título de la Comunicación
454	ALONSO TRIANA, YARA MARIA	INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS: OPTIMIZACIÓN DE SU USO EN EL HOSPITAL
467	ESCUSA ANADON, CORINA	IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SECTOR TERUEL:
55	SAEZ LAVILLA, CARMEN	USO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y DEL CONOCIMIENTO (TIC) EN LA MEJORA DE LA RELACIÓN
188	SOLANO ARAMENDIA, MARIA DOLORES	IMPLANTACION DEL SISTEMA KANBAN EN UNA UNIDAD DE ENFERMERÍA. UN COMIENZO EN LA APLICACIÓN DE LEAN EN EL
87	SOLANO ARAMENDIA, MARIA DOLORES	APLICANDO LEAN EN EL HOSPITAL. SEIKETSU. CONTROL DE CADUCIDADES POR CÓDIGO DE COLORES
328	TABUENCA ESPADA, MARIA PILAR	IMPLEMENTACIÓN DE PROTOCOLOS DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA BASADOS EN LA EVIDENCIA EN LA CA DE ARAGÓN
409	TEJADA ARTIGAS, ANTONIO	DESARROLLO, GESTIÓN Y MANTENIMIENTO DE UNA PÁGINA WEB PROPIA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA (HUMS)
326	TELLO MARTIN, MARIA REYES	ATENCIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LOS SERVICIOS DE SALUD Y LOS SERVICIOS SOCIALES EN ARAGÓN. ¿QUÉ PIENSAN LAS
168	UBIS DIEZ, ELENA	EVOLUCION FUNCIONAL Y NECESIDAD DE RECURSOS EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA
332	VALDERRAMA RODRIGUEZ, MONICA	INFORMACIÓN AL PACIENTE INGRESADO. UNA SÍNTESIS CON LO NECESARIO DURANTE SU ESTANCIA
116	VALDOVINOS MAHAVE, MARIA	IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS

Comunicación ORAL *** Mesa 14

Nº Reg. **454**

TÍTULO. **INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS: OPTIMIZACIÓN DE SU USO EN EL HOSPITAL**

Autores: ALONSO TRIANA YM, GÓMEZ-TIJERO N, LARRODÉ-LECIÑENA I, DE LA LLAMA N, PASCUAL O, URIARTE M, PALOMO P, AGUSTÍN MJ

ALONSO TRIANA YARA MARIA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . FARMACIA (hatha_04@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es analizar cualitativamente la utilización de IgIV en el hospital, para identificar las indicaciones no aprobadas más frecuentemente utilizadas de cara a poder establecer protocolos de utilización de las mismas y minimizar así las solicitudes individualizadas de autorización de uso fuera de indicación.

METODOLOGÍA

Revisión retrospectiva de todas las prescripciones de IgIV enviadas al Servicio de Farmacia (SF) durante los dos últimos años. Se utilizó para ello un registro disponible en el SF que incluía como variables: paciente, servicio clínico, indicación, peso (kg), posología y fecha de administración. Se analizaron los datos cualitativamente por servicio y por indicación.

RESULTADOS

Durante el período de estudio, fueron tratados con IgIV 357 pacientes. Los servicios clínicos más implicados fueron hematología (45%) y neurología (19.8%).
Dentro de los pacientes con indicación autorizada (70.8%), la patología más tratada fue la púrpura trombocitopénica idiopática (32%), seguida de inmunodeficiencia combinada variable (18.6%), inmunodeficiencia secundaria a leucemia linfoide crónica (15%), síndrome de Guillain- Barré (13.4%) y síndrome de Kawasaki (7.9%).
Los pacientes a los que se les administró IgIV con una indicación no aprobada, representaron un total del 29.4 % (42,6% en 2009 y 57,4% en 2010). El servicio mayoritariamente implicado fue neurología con un 41.9 % de los pacientes, seguido de hematología con un 16.2% y nefrología con un 13.3%. La indicación significativamente más frecuente fue la miastenia gravis (21.6%); otros usos fuera de indicación fueron rechazo agudo humoral (15.7%), polineuropatía desmielinizante idiopática crónica (8.8%), granulomatosis de Wegener (7.8%), encefalopatía (6,8%) y linfoma no Hodking (6,8 %)

CONCLUSIONES

Dado el aumento del número de prescripciones de IgIv fuera de indicación en el 2010 con respecto al 2009, se podría considerar apropiado establecer protocolos, con la colaboración de los servicios más prescriptores(neurología, hematología, nefrología), para la utilización de IgIV en aquellas indicaciones no reconocidas en la ficha técnica (miastenia gravis, rechazo agudo humoral y polineuropatía desmielinizante idiopática crónica…) pero ampliamente avaladas por la bibliografía científica, con el fin de agilizar la tramitación de las mismas en el hospital.

Comunicación ORAL *** Mesa 14

Nº Reg. **467**

TÍTULO. **IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SECTOR TERUEL: "MANTENIMIENTO DE LA HIDRATACIÓN ORAL EN PERSONAS MAYORES"**

Autores: ESCUSA ANADÓN C, ALBIÑANA-PUERTO M, CAROD-BENEDICO E, GOMEZ-CADENAS C, HERRERO-VICENTE J, MARTIN-CLEMENTE M, MONREAL-ALIAGA I, POR EL GRUPO DE ENFERMERIA BASADA EN LA EVIDENCIA (EBE) DE ARAGON

ESCUSA ANADÓN CORINA . CS MONREAL DEL CAMPO . OJOS NEGROS (coriescusa@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Identificar en la población mayor de 60 años los factores de riesgo de deshidratación.
- Mantener una adecuada hidratación oral en aquellos pacientes en los que se ha detectado algún factor de riesgo

METODOLOGÍA

Se consensuó mediante grupos de trabajo un documento metodológico para la elaboración de protocolos de Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) común en todo Aragón. Con este documento metodológico se elaboró el protocolo "Mantenimiento de la Hidratación Oral en Personas Mayores" utilizando las Revisiones Sistemáticas del Instituto de EBE "Joanna Briggs" de Australia. Se llevó a cabo un Estudio Descriptivo Transversal en enero de 2008 para valorar la situación basal de partida. Posteriormente se implementó el protocolo a la población >=60 años que acudía a consulta de enfermería en Mora de Rubielos, Noguera, Villafranca del Campo y Ojos Negros y se realizaron 3 evaluaciones (Abril 2008, Mayo 2008 y noviembre 2009). Las estrategias de implementación utilizadas fueron: difusión del protocolo, formación a los profesionales sanitarios de los centros de salud implicados en la implementación, detección de barreras, y elaboración de material informativo para pacientes y cuidadores.

RESULTADOS

El protocolo se implementó a "n" = 132 personas. Del total de la muestra, un 87.90% era >=70 años, el 94.00% tenía un Indice de Barthel (IB) >=60, el 88.60% un Pfeifer de 0-2, un 20.00% sufría incontinencia urinaria (IU), el 56.90% una ingesta líquida diaria (ILD) < 1600 cc , el 43.10% mostraba Signos Clínicos de Deshidratación (SCD), y el 53.10% una Densidad de Orina (DO) >1020.

CONCLUSIONES

En la consulta diaria se constata que las personas mayores no creen necesario tener que ingerir líquidos si no tienen sed y no toman la ILD Recomendada (>=1600 cc). Las personas que tenían una ILD <1600cc estaban menos hidratadas, con más SCD, con una DO >1020, eran muy longevos y con un IB >=60 en un % elevado de la muestra frente a las personas que tenían una ILD >=1600cc que tenían menos SCD.

De los SCD el más predominante ha sido el pliegue, seguido de mucosas secas, sin embargo, hay consenso entre los autores en la subjetividad y confusión para valorar el signo del pliegue y los ojos hundidos, frente a otros SCD. También se ha observado que el consejo concreto, específico y personalizado mejora la ILD.

Al hacer un seguimiento de las personas con una ILD <1600cc y con una DO >1020, se observó que si ofrecemos consejo "personalizado", los valores de la DO son más bajos, siendo éste un dato objetivo de que la ILD ha mejorado. Como reflexión de los autores, en la consulta diaria de Atención Primaria es necesario ofrecer consejo personalizado de la ILD Recomendada y plantea la posibilidad de que la implementación de este protocolo sea más necesaria y efectiva en personas mayores institucionalizadas

Comunicación ORAL *** Mesa 14 Nº Reg. **55**

TÍTULO. **USO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y DEL CONOCIMIENTO (TIC) EN LA MEJORA DE LA RELACIÓN PRIMARIA-ESPECIALIZADA. CONSULTA NO PRESENCIAL ENTRE A.P. Y ESPECIALIZADA EN EL SECTOR ZIII**

Autores: SÁEZ LAVILLA C, FLORDELIS-MARCO F, SENOSIAIN-IBAÑEZ I, CALERO-FUERTES MARTA, CORDOVILLA-ESTEBAN AM, LALLANA-ÁLVAREZ MJ, AZA-PASCUAL M

SÁEZ LAVILLA CARMEN . DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA . SUBDIRECCION ATENCION PRIMARIA Z3 (csaezl@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El principal objetivo es valorar, desde el punto de vista de Atención Primaria, lo que hasta ahora se ha hecho sobre la mejora de la relación Primaria-Especializada en el Sector III.
Además describimos como la aplicación de las TIC están permitiendo consultas no presenciales con diferentes Servicios.
Por último planteamos posibles indicadores que nos permitan cuantificar los resultados obtenidos

METODOLOGÍA

Creación con clave de acceso de todos los profesionales del sector Zaragoza III a la Intranet clínica que permite la consulta tanto desde Atención Primaria como de Especializada de la información fundamental del paciente: informes de alta clínica, exploraciones complementarias, resultados analíticos.
Desarrollo de Intranet del Sector donde figuran guías de consenso entre Atención Primaria y Especializada y en muchos casos con acceso telefónico, FAX o dirección de correo e-mail para que el profesional de Atención Primaria pueda realizar CONSULTAS NO PRESENCIALES sobre pacientes concretos

RESULTADOS

1-Servicio de Digestivo: Elaboración de protocolos conjuntos, puesta en marcha de correo electrónico, teléfono y FAX que permite una consulta no presencial sobre pacientes concretos.
2-Servicio de Endocrinología: protocolo conjunto de actuación entre Primaria y Especializada para el diagnóstico y seguimiento de la diabetes. En este proceso se encuentra incluido el subproceso de retinografia con informe del fondo de ojo por parte del especialista sin pasar el paciente por el segundo nivel.
3-Servicio de Medicina Interna: Videoconferencia, correo electrónico de comunicación entre ambos niveles asistenciales, Internista de referencia para cada Equipo de Atención Primaria.
4-Servicio de Reumatología: consulta de alta resolución, reumatólogo de referencia en cada equipo de Atención Primaria, visitas a centros de Salud para identificar problemas más prevalentes y metodología a seguir. Correo electrónico de consulta. Videoconferencia.
5-Servicio de Urología: Consulta virtual a través de correo electrónico.
Servicio de oftalmología: telemedicina en la realización de lectura y derivación de retinografía en los pacientes diabéticos

CONCLUSIONES

Tras las iniciativas surgidas en el Sector III encaminadas a mejorar la relación Primaria-Especializada y el uso de las TIC para facilitar este objetivo, es necesario comenzar a medir los indicadores previamente propuestos. En los caso que estos indicadores no se hayan propuesto, es el momento de definirlos.
Esto nos permitirá contar con datos objetivos, necesarios por otra parte a la hora de hacer una valoración real

Comunicación ORAL *** Mesa 14

Nº Reg. **188**

TÍTULO. **IMPLANTACION DEL SISTEMA KANBAN EN UNA UNIDAD DE ENFERMERÍA. UN COMIENZO EN LA APLICACIÓN DE LEAN EN EL HOSPITAL**

Autores: SOLANO ARAMENDIA MD, RODRIGUEZ-MEDINA J, CANSADO-SORIANO J, ALCONCHEL GIMENO M

SOLANO ARAMENDIA MARIA DOLORES . MUTUA DE ACCIDENTES DE ZARAGOZA (M.A.Z.) . FARMACIA (mdsolano@maz.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Implantar un método de almacenamiento y reposición de material sanitario tipo kanban en una unidad de enfermería, con el fin de mejorar la eficiencia en la reposición de los sub-almacenes de planta, mejorar el control del stock, disminuir el coste del producto almacenado, reducir las pérdidas de material por caducidades, mermas y obsolescencias, y ahorrar tiempo al personal de enfermería para poder dedicarlo a la actividad asistencial y por tanto al cuidado del paciente.

METODOLOGÍA

Se diseñó un almacén kanban con doble cajón y cajón para lectura de radiofrecuencia. Se etiquetó cada cajón con la tarjeta en la que consta la descripción del producto, código, ubicación, código de barras y cantidad pactada. Cada producto se coloca en igual cantidad en dos cajones el primero con etiqueta blanca y el segundo con roja. El personal de enfermería retira el material del primer cajón (etiqueta blanca) hasta que se agota el stock del mismo, coge la etiqueta y la coloca en el cajón para la lectura de las tarjetas, a partir de este momento el almacén recibe la información sobre la necesidad de reposición de esa referencia. En planta seguirán retirando material del cajón etiquetado con la etiqueta roja. El personal del almacén tras la descarga de la lectura de los datos de la tarjeta, prepara el pedido de reposición, sube al almacén de planta y coloca cada producto en su lugar, coge las existencias del cajón etiquetado rojo y las pone en el lugar de la etiqueta blanca para que sean consumidas antes que las nuevas y coloca las nuevas en el cajón con etiqueta roja.

RESULTADOS

Se ha conseguido disminuir el espacio de almacenamiento en planta y aumentar la rotación del material. El personal de almacén organiza su trabajo al no trabajar contra peticiones y esto permite optimizar el tiempo de trabajo. El personal de enfermería y auxiliar de planta ha dejado de dedicar tiempo en realizar peticiones, controlar, recoger y ordenar material. Se han estandarizado 33 lotes de productos asociados a los diferentes protocolos de actuación de enfermería que permiten facturar el material a los pacientes y nos permite avanzar en el tema de contabilidad analítica en el Hospital.

CONCLUSIONES

El sistema kanban aplicado en el Hospital consigue igual o mayores beneficios que en los sectores industriales donde está ampliamente implantado. Los resultados conseguidos no son solo de eficiencia en la gestión sino de calidad y seguridad de paciente al disponer del material ordenado, identificado y sin roturas de stock.

Comunicación ORAL *** Mesa 14 Nº Reg. **87**

TÍTULO. **APLICANDO LEAN EN EL HOSPITAL. SEIKETSU. CONTROL DE CADUCIDADES POR CÓDIGO DE COLORES**

Autores: SOLANO ARAMENDIA MD, CANSADO-SORIANO J

SOLANO ARAMENDIA MARIA DOLORES . MUTUA DE ACCIDENTES DE ZARAGOZA (M.A.Z.) . FARMACIA (mdsolano@maz.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Mejorar el procedimiento de control de caducidades en el Servicio de Farmacia para evitar la aparición de productos caducados en el stock que pudieran llegar a dispensarse fuera del plazo de validez de los mismos

METODOLOGÍA

El Servicio de Farmacia tenía establecido un procedimiento de control de caducidades que tras ser sometido a auditoría interna presentó fallos, al detectarse medicamentos que habían escapado al control y que no tenían completamente controlada su caducidad. Para mejorar el procedimiento, inspirándonos en la herramienta de lean 5S, metodología aplicada en la industria para mantener una ambiente seguro y de alto rendimiento, y haciendo una adaptación personal del método de la cuarta S Seiketsu (Estandarización), que consiste en detectar situaciones irregulares o anómalas mediante normas sencillas y visibles para todos; se procedió a implantar un método de control de caducidades por código de colores, de forma que cada color corresponde a un año concreto. Se colocaron etiquetas en todas las referencias de la farmacia, ante la imposibilidad de etiquetar todas las dosis unitarias la etiqueta se colocó en el compartimento donde se ubicaba el medicamento, al mismo tiempo se estableció en el procedimiento de entradas el etiquetado de los medicamentos recibidos.

RESULTADOS

Se compararon los resultados obtenidos en la auditoría interna del procedimiento en el que se habían detectado los fallos y se compararon con los datos de la auditoría realizada después de la implantación de la medida. En la primera auditoría se encontraron 10 especialidades farmacéuticas cuya caducidad no estaba registrada en el listado que sirve para las revisiones mensuales con lo que se consideraron fuera de control, tras la segunda auditoría no se detectó ningún medicamento fuera del control de caducidades.

CONCLUSIONES

La puesta en marcha de esta iniciativa de mejora ha mejorado notablemente el control de las caducidades, ningún medicamento se escapa al control. Se ha simplificado el control al descartar visualmente los medicamentos que no se encuentran en zona crítica de caducidad. La implementación de las 5S puede ser uno de los primeros pasos del cambio hacia la mejora continua. El resultado se mide tanto en mejoras de los procedimientos como en satisfacciones del personal respecto a los esfuerzos que han realizado para mejorar las condiciones de trabajo. Involucra al personal auxiliar del servicio de Farmacia en el proceso de mejora

Comunicación ORAL *** Mesa 14

Nº Reg. **328**

TÍTULO. **IMPLEMENTACIÓN DE PROTOCOLOS DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA BASADOS EN LA EVIDENCIA EN LA CA DE ARAGÓN**

Autores: TABUENCA ESPADA MP, VICENTE-EDO MJ, COMET-CORTES P, PARA EL GRUPO DE ENFERMERIA BASADA EN LA EVIDENCIA DE ARAGON

TABUENCA ESPADA Mª PILAR . DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA . ENFERMERA DE ENLACE (mptabuenca@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Promover el uso de la mejor evidencia científica disponible.
Disminuir la variabilidad de la práctica clínica para mejorar la calidad de los cuidados de enfermería.

METODOLOGÍA

El proyecto se estructuró en tres niveles y participan alrededor de 200 profesionales de enfermería de los ocho sectores sanitarios de la CA de Aragón.
En un primer nivel, se constituyó un grupo coordinador, en las distintas áreas de Atención Especializada y de Atención Primaria, con el objetivo de impulsar y realizar el seguimiento del proyecto de trabajo en su ámbito geográfico.
En un segundo nivel, se constituyeron los grupos de trabajo designados por la coordinadora de cada sector para la elaboración de los protocolos y diseñar, planificar y realizar su implementación en sus centros de trabajo.
En el tercer nivel se ha procedido a la implementación de estos protocolos en los centros y sectores donde se han elaborado.
A lo largo de este proceso se han ido realizando distintos cursos de formación relacionados con los cuidados de enfermería basada en la evidencia

RESULTADOS

En la 1ª fase, el grupo coordinador realizó una «Guía Metodológica para la Elaboración de Protocolos de Cuidados Basados en la Evidencia (GMEPBE)».
En la 2ª fase, el grupo de trabajo elaboró nueve protocolos utilizando la GMEPBE.
En la 3ª fase, se procedió a la implementación de los protocolos.
Entre 2008 y 2010 se implementaron en 28 centros (18 CS, 6 Hospitales y 4 residencias geriátricas), y en 2011 en base a los resultados obtenidos, y con la colaboración del Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS) se ha procedido a extender la implementación en un total de 36 centros (10 CS, 9 Hospitales, 14 residencias geriátricas, 2 residencias para discapacitados psíquicos y 1 centro de rehabilitación psiquiátrica)

CONCLUSIONES

Para mejorar la calidad de los cuidados de enfermería y reducir la variabilidad en la práctica clínica se requiere, inevitablemente, poner a disposición de los profesionales de enfermería herramientas adecuadas como los protocolos basados en la evidencia que faciliten el desempeño de sus funciones.
La mera publicación y difusión de un protocolo no conlleva necesariamente su utilización en la práctica, por lo que es necesario diseñar planes y estrategias de implementación que faciliten este proceso con el objetivo final de mejorar la salud de la población.

Comunicación ORAL *** Mesa 14

Nº Reg. **409**

TÍTULO. **DESARROLLO, GESTIÓN Y MANTENIMIENTO DE UNA PÁGINA WEB PROPIA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA (HUMS)**

Autores: TEJADA ARTIGAS A, OJUEL T, UTANDE A, CLARACO LM, BARRA F, GUTIERREZ P, JIMENEZ M, VICENTE L

TEJADA ARTIGAS ANTONIO . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA (atbb1@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

a) gestión de la información de relevancia; b) medio de comunicación dentro del grupo, y de este con el resto del sector ello conlleva una mejora en la imagen corporativa del Servicio; c) servir de vínculo de unión, de elemento coordinador y de motor de cambios dentro del ámbito donde se aplica.

METODOLOGÍA

Creación de la página web con la herramienta (gratuita) de Google-sites: http://sites.google.com/site/ucidelservet/ . Esta página se creó en el año 2009 y es remodelada y ampliada continuamente. Intenta aunar un contenido profesional adecuado y serio, con una apariencia simpática “amena”, sin olvidar sus objetivos fundamentales.

RESULTADOS

Tiene esta página tres secciones fundamentales: 1/ páginas dedicadas a formación médica, en especial de los médicos residentes; 2/ grandes líneas de desarrollo del servicio y planes de Calidad y 3/ página dedicada a enfermeria.

CONCLUSIONES

La creación y mantenimiento de una página Web propia de nuestro servicio permite una mejora en la gestión de la información, una mayor comunicación entre los miembros, lo que conlleva una mayor y mejor cohesión y desarrollo con calidad.

Comunicación ORAL *** Mesa 14

Nº Reg. **326**

TÍTULO. **ATENCIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LOS SERVICIOS DE SALUD Y LOS SERVICIOS SOCIALES EN ARAGÓN. ¿QUÉ PIENSAN LAS MUJERES?**

Autores: TELLO MARTÍN MR, CARRASCO JM, CISNEROS A, LOU ML, ARIÑO D, AMORIN MJ

TELLO MARTÍN MARIA REYES . Departamento de Salud y Consumo . Area de Salud Mental (mrtello@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Identificar los itinerarios que siguen las mujeres víctimas de violencia de género (VG), tanto de entrada como de seguimiento en su atención en Aragón, así como explorar sus demandas, necesidades y expectativas referentes al sistema de salud (SSa) y de servicios sociales (SSo).

METODOLOGÍA

Se diseñó un estudio cualitativo, asumiendo la triangulación metodológica (utilización de distintas técnicas de recogida de datos y perspectivas de análisis) como criterio de calidad.
La captación de víctimas de VG se hizo por profesionales de las casas de acogida y de atención primaria (AP). Se desarrollaron 4 grupos de discusión y 23 entrevistas semiestructuradas atendiendo a criterios de territorialidad, participando en total 44 mujeres. Se realizó un análisis social del discurso de los datos obtenidos, considerándose como categorías: a) el acceso y uso de servicios b) prácticas y figuras profesionales c) tipos de recursos mencionados y d) acceso a la información

RESULTADOS

Se detectaron 8 itinerarios de acceso a los recursos, que van desde la detección en SSa hasta la intervención de ONGs, pudiendo ser iniciados por detección, intervención de las Fuerzas de Seguridad o por iniciativa de la víctima, en función de los diferentes perfiles de las mujeres (inmigrantes/autóctonas, grupos etarios, etc.).
Los SSa, principalmente AP, son valorados positivamente por su cercanía, fácil acceso y por la confianza que genera una relación médico-paciente prolongada, aumentándose las posibilidades de detección de casos de VG. La falta de sensibilización y habilidades relacionadas para la atención a la VG por parte de algunos/as profesionales son una barrera en las relaciones entre éstas y los profesionales.
Los SSo presentan barreras de acceso en la zona rural y entre mujeres de edad avanzada, debido a la estigmatización de dichos servicios. Los recursos mejor percibidos son aquellos que presentan una mayor integralidad y que ofrecen recursos de emergencia.
Los trabajadores sociales se perciben como un recurso clave en la coordinación entre SSa y SSo al ser una importante fuente de información, atención y orientación

CONCLUSIONES

Es necesario reforzar la difusión del papel de los SSa y SSo en la atención a estas mujeres, entre la población general y los profesionales, con el objeto de visibilizar y reforzar la necesidad de coordinación entre los diferentes agentes. Las percepciones y necesidades de las mujeres varían entre los diferentes perfiles y una atención estándar y no flexible puede llevar al fracaso del proceso de atención.

Comunicación ORAL *** Mesa 14

Nº Reg. **168**

TÍTULO. **EVOLUCION FUNCIONAL Y NECESIDAD DE RECURSOS EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA**

Autores: UBIS DIEZ E, ABAD A, PALACIN C

UBIS DIEZ ELENA . CSS HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA . GERIATRIA (eubis@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El Proyecto de Mejora pretende conseguir como objetivo general, la detección de los factores de riesgo de escasa recuperación funcional y la necesidad de recursos socio-sanitarios al alta en el paciente ingresado por fractura de cadera, en función de la dependencia existente en ese momento, favoreciendo el mejor pronóstico funcional a corto y medio plazo

METODOLOGÍA

tras una revisión bibliográfica sobre este tema, se elaboró una Hoja de Registro (Anexo 1), donde se recogían entre otros datos: factores demográficos, clínicos, funcionales, cognitivos, sociales y asistenciales que se consideraban de riesgo para la recuperación funcional. Además se incluyeron otros datos obtenidos en la valoración realizada por parte del EVSS (compuesto por geriatra, enfermera de valoración y trabajadora social), en las primeras 48 horas del ingreso del paciente con fractura de cadera en Servicio de Traumatología del Hospital de Barbastro. Posteriormente se realizó un seguimiento telefónico de cada paciente al mes, a los tres meses y a los seis meses, mediante una entrevista estructurada, valorando la situación funcional, cognitiva, complicaciones y utilización de recursos sociales durante este tiempo

RESULTADOS

Durante este periodo se han recogido datos de 65 pacientes, afecto en gran parte por fractura trocanterea (63,1%). La edad media de estos ha sido elevada 85,5 años y el 85,7% eran mujeres. De ellos el 46, 9% eran independientes para las actividades de la vida diaria (AVDBS) y el 86,2% no deterioro cognitivo al ingreso. La comorbilidad medida mediante el Indice de Charson indica que el 66,2% de ellos presentaban escasa comorbilidad.

La estancia media en hospital de Barbastro ha sido de 9,51 días, y la media de espera para intervención de 2,78 días. Esta espera es corta y se puede explicar por la no toma de los pacientes ingresados durante este tiempo de antiagregantes tipo clopidogrel.

Entre las complicaciones más frecuentes se encuentra la anemia (63,1%), lo que justifica el elevado porcentaje de pacientes ingresados que han precisado transfusión. También destaca el sd confusional agudo (43,1%) y la malnutrición (35,4%), que han demostrado, en los estudios realizados en otras poblaciones de similares características, empeorar la evolución de este proceso. A pesar de ello el 26,2% de los pacientes al alta se asoció suplementación nutricional.

Durante el periodo de recogida de datos se ha objetivado el fallecimiento de 13 pacientes (20%). Se ha encontrado relación estadísticamente significativa entre mortalidad y la existencia de deterioro funcional moderado-severo previo al ingreso (i. Barthel <60), deterioro cognitivo previo, y domicilio habitual residencia. La neumonía en periodo perioperatoria, desnutrición y sd confusional agudo durante el ingreso han demostrado ser factores de riesgo. También se objetiva aumento de mortalidad en aquellos pacientes que no han podido cargar sobre extremidad afecta al alta debiendo permanecer en descarga por unas semanas.

El 43,5% han realizado RHB durante el ingreso, y algunos de ellos de forma ambulatoria. Únicamente el 10,3% se trasladaron al Hospital Sagrado Corazón de Jesús (HSCJ), para RHB, si bien hay que puntualizar que el porcentaje de pacientes candidatos al traslado era mayor pero rechazaron este por diferentes motivos.

Respecto a los factores relacionados con escaso pronóstico funcional se ha encontrado relación estadística con la situación funcional previa (I.Barthel<60) que justifica que además vivieran en residencia; también la elevada comorbilidad y la presencia durante el ingreso de ITU o RAO se ha relacionado con evolución favorable. Además el antecedente de Enfermedad de Parkinson, se ha relacionado con escasa recuperación funcional.

En cuanto a la evolución funcional se objetiva un declive de la situación en los primeros meses mejorando esta al finalizar el proceso, sin embargo al final se produce una pérdida funcional. Así a los 6 meses de la fractura solo un 25,5% mantenían independencia funcional, sin embargo, el hecho de que un 44,7% presentase

TÍTULO. **EVOLUCION FUNCIONAL Y NECESIDAD DE RECURSOS EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA**

Autores: UBIS DIEZ E, ABAD A, PALACIN C

UBIS DIEZ ELENA . CSS HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA . GERIATRIA (eubis@salud.aragon.es)

dependencia leve al finalizar este proceso (frente al 85,2% que presentaban deterioro moderado-severo al alta hospitalaria), debe ser interpretado como una evolución favorable.
Respecto a los recursos sociosanitarios utilizados destaca, el aumento de institucionalización (en residencias privadas), no tan llamativa como en la literatura revisada. Tras analizar los datos cabe destacar, que de los pacientes fallecidos, casi el 50% vivían previamente en residencia. Además se objetiva un aumento de la utilización de los recursos públicos (SAD pública, Ayuda a la dependencia) y sobretodo privados (Servicio de Ayuda Domiciliario (SAD) privado, interna en domicilio y Centro de día privado); sin tener en cuenta que hasta el 47% de los pacientes a los 6 meses de la fractura reciben ayuda de familia de manera informal

CONCLUSIONES

La fractura de cadera conlleva un aumento en la dependencia funcional, institucionalización y mortalidad a medio plazo. Esta patología conlleva un aumento de los recursos sociosanitarios necesarios para atender a estos pacientes, y una sobrecarga tanto económica como personal de la familia, por lo que la detección de los factores de riesgo de escasa recuperación funcional, nos ayuda a intervenir en ellos de forma precoz para mejorar la situación al alta del anciano

Comunicación ORAL *** Mesa 14

Nº Reg. **332**

TÍTULO. **INFORMACIÓN AL PACIENTE INGRESADO. UNA SÍNTESIS CON LO NECESARIO DURANTE SU ESTANCIA**

Autores: VALDERRAMA RODRIGUEZ M, GIMENEZ-JULVEZ MT, JIMENEZ-BEA L, MARTIN-VALENCIANO M, MARTINEZ-CASAMAYOR MC, ESCRIBANO-CATALAN MT, GRUPO DE TRABAJO DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE DEL SERVICIO

VALDERRAMA RODRIGUEZ MONICA . HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA . MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA (movalro@gmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Diseñar un documento síntesis con la información que necesita conocer el paciente a lo largo de su ingreso.
Difundir esta información a toda la red del Servicio Aragonés de Salud (SALUD)

METODOLOGÍA

Estudio cualitativo de la información que precisa conocer un paciente durante su ingreso mediante brainstorming y análisis de sugerencias de los pacientes. El equipo de trabajo contó con diversos profesionales que posteriormente diseñaron un documento sintetizando toda la información. Se realizó el estudio piloto en el Hospital Universitario Miguel Servet valorando su comprensión entre varios pacientes. Posteriormente el Grupo de Trabajo de Identificación del Paciente del SALUD valoró esta iniciativa como un área de mejora a desarrollar en los centros pertenecientes al SALUD y contó con el apoyo para su desarrollo de la Unidad Funcional de Seguridad del Paciente y la Dirección General de Atención al Usuario.

RESULTADOS

Se ha desarrollado un documento denominado “Información al paciente ingresado”, que se ha difundido a 9 centros del SALUD. Este documento tiene varias formas de presentación: un panel para cada una de las habitaciones, folletos, material audiovisual y además está presente en la intranet de los centros.
Los contenidos se han dividido en 5 apartados. El primer apartado, ingreso incide en la importancia de la identificación del paciente a través de la pulsera de identificación, informa sobre alergias y medicación y el alta hospitalaria. El segundo, estancia trata de la dieta alimenticia, aseo personal, limpieza de la habitación, uso del timbre, reposo y movilidad. En el tercero, asistencia se refiere a la visita médica e intervención quirúrgica, y además presenta a diversos profesionales como la supervisora, la secretaría, el Servicio de Atención al Paciente, el trabajador social y la enfermera de valoración. Por último, otros servicios (televisión y telefonía, intérpretes, servicios religiosos, cajeros automáticos, prensa, cafetería, dispensadores de bebidas y snacks) y visitas (llamadas telefónicas, acompañantes, niños menores de 12 años)

CONCLUSIONES

El desarrollo del documento “Información al paciente ingresado” ha permitido sintetizar toda la información necesaria para el paciente durante su estancia, homogeneizando dicha información en todos los centros del SALUD. Con ello, se pretende conseguir un paciente mejor informado durante su estancia en el centro hospitalario.

Comunicación ORAL *** Mesa 14 Nº Reg. **116**

TÍTULO. **IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL**

Autores: VALDOVINOS MAHAVE MC, MONTON JM, TORRALBA JC, SANTED MJ, LUZ J, SARAY J

VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION . HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL . UCI (mcvaldovinos@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

-Mejorar la comunicación entre el personal de la UCI para evitar los fallos de seguridad que se generan.
-Unificar criterios de actuación de todos los trabajadores de la Unidad y disminuir la variabilidad en la práctica clínica; al estandarizar el manejo de los pacientes, incrementar la claridad de los objetivos diarios a seguir en los planes de cuidados y dar una continuidad a la línea asistencial en todos los turnos de trabajo.
-Integrar un sistema de trabajo que permite incorporar elementos de mejora continua.
-Favorecer el trabajo en equipo y la implicación en las decisiones de todo el personal.
-Incrementar la satisfacción de todos los trabajadores, del paciente y su familia.
-Reforzar la cultura de preocupación por la seguridad en nuestra UCI.
-Realizar sesiones clínicas conjuntas diarias donde se identifiquen oportunidades de mejora de la seguridad, implantando una metodología de: identificación de incidentes y eventos adversos, aprender de los errores y establecer en común medidas de prevención.
-Reducir y optimizar el gasto económico y asistencial derivado de los fallos de comunicación.
-Ayudar a profesionales de nueva incorporación

METODOLOGÍA

-Elaborar y difundir entre el personal un Check-list de objetivos diarios que contempla aspectos relacionados con la situación neurológica, sedación y dolor, cardiovascular, respiratoria, nutricional, renal, infecciosa, seguridad, social, pruebas complementarias, cambios realizados en pauta de actuación y finalmente establecer el plan a seguir con el paciente.
-Realizar una sesión diaria con todo el personal médico y de enfermeria de puesta en común de cumplimentación de los objetivos diarios y de discusión sobre el paciente.
-Reflejar diariamente el Plan a seguir en la historia clínica.
-Monitorización de los indicadores.
-Elaboración y cumplimentación por el personal de una encuesta de opinión respecto a si el Check-list de objetivos diarios al año de su implantación ha supuesto una mejora en la comunicación y en la seguridad

RESULTADOS

-Se realizan sesiones diarias conjuntas con todo el personal de la UCI cumplimentándose el Check-list de objetivos diarios y el Plan de cuidados a seguir.
-Según los resultados de la Encuesta de opinión sobre la utilidad del Check-list, el 100% del personal cree que: ha servido para mejorar la comunicación entre los profesionales al aclarar los objetivos y el plan a seguir con el paciente, dando una continuidad en la línea asistencial en todos los turnos de trabajo. Y que se ha incrementado la seguridad del paciente.
-Este sistema de trabajo nos permite identificar oportunidades para mejorar la seguridad al facilitar la identificación de incidentes y eventos adversos y su prevención. Todo ello ha reforzado la cultura de preocupación por la seguridad en nuestra UCI.
-Se ha favorecido el trabajo en equipo y la implicación en las decisiones de todo el personal.
-Este plan ha ayudado a la integración en el sistema de trabajo a los profesionales de nueva incorporación.

TÍTULO. **IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL**

Autores: VALDOVINOS MAHAVE MC, MONTON JM, TORRALBA JC, SANTED MJ, LUZ J, SARAY J

VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION . HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL . UCI (mcvaldovinos@salud.aragon.es)

-Se han monitorizado los indicadores de proceso: cumplimentándose diariamente el 100% del Check-list de objetivos diarios y realizándose diariamente una sesión conjunta

CONCLUSIONES

El Check-list de Objetivos diarios ha demostrado ser una herramienta muy útil para mejorar la seguridad del paciente al facilitar la comunicación entre los profesionales que integran la UCI

IX JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD EN SALUD

Zaragoza, 21 y 22 de junio de 2011

Mesa 15 * 22 Miércoles-15:45 h.

Reg	Apellidos y Nombre	Título de la Comunicación
412	BELKEBIR, SOUAD	¿ESTAMOS AUMENTANDO LA EFICIENCIA EN LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN ARAGÓN?
64	HERRERO LOPEZ, MARIA	ESTUDIO COMPARATIVO DE ESTANCIAS INADECUADAS ENTRE SERVICIOS MEDICOS Y CIRUGIA GENERAL
362	VELAZQUEZ LUPIAÑEZ, LORENA	TABAQUISMO EN LA ADOLESCENCIA: "UNA ETAPA COMPLICADA PARA TODOS"
422	VIDAL PERACHO, CONCEPCION	PROGRAMA PILOTO DE COORDINACION ENTRE ENDOCRINOLOGIA Y ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR 1 DE ZARAGOZA MEDIANTE
232	VILLABONA RESANO, JULIA	ANALISIS DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ARAGONESES TRASPLANTADOS DE CORAZÓN ENTRE 1990 Y 2011, CON
257	VILLANUEVA ORBAIZ, MARIA TERESA	LA LECHE MATERNA: UN CUIDADO DE VIDA EN LOS GRANDES PREMATUROS
41	VILLAR ARNAL, MARIA TERESA	IMPLANTACIÓN DE LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA GASTROSCOPIA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL
211	VILLAVERDE ROYO, MARIA VICTORIA	CONCURSO “MANOS LIMPIAS SALVAN VIDAS”: IMPLICANDO A LOS PROFESIONALES
339	ZABAU FERMOSELLE, JARA	ESTADO ACTUAL DE LOS INDICADORES DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PARTO NORMAL EN EL HOSPITAL S. JORGE DE HUESCA
308	ZAMORA ELSON, MONICA	PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN UCI: REDUCCIÓN DE BACTERIEMIA ASOCIADA A CATÉTER
209	ZAMORA MOLINER, ANA CRISTINA	CONOCIMIENTO Y DIFUSION DEL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS ENTRE PROFESIONALES DE CENTROS SANITARIOS

Comunicación ORAL *** Mesa 15

Nº Reg. **412**

TÍTULO. **¿ESTAMOS AUMENTANDO LA EFICIENCIA EN LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN ARAGÓN?**

Autores: BELKEBIR S, ESTUPIÑÁN-ROMERO FR, CASTAÑO-LASAOSA JI, MISIEGO-PERAL A, AGUILAR-PALACIO I, GARCÍA-LATORRE F, FÉLEZ-MINGUILLÓN D, ARRIBAS-MONZÓN F

BELKEBIR SOUAD . UDMPYSP ARAGON . MEDICINA PREVENTIVA (moimeme_443@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

En el año 2007 el Servicio Aragonés de Salud (SALUD) definió los procedimientos susceptibles de intervención mediante Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).
Se describe la evolución de la CMA en hospitales y servicios de Aragón, a lo largo del periodo 2008-2010

METODOLOGÍA

El índice de sustitución (IS) se define como la proporción de los procesos subsidiarios de CMA respecto al total de cirugías realizadas.
Se analizan los IS de cada hospital y cada servicio a lo largo de los años 2008, 2009 y 2010

RESULTADOS

En Aragón, el IS ha tenido una tendencia positiva a lo largo de los años 2008, 2009 y 2010: 43.38%, 45.45% y 47,27% respectivamente.
En los 9 hospitales estudiados se ha evidenciado una tendencia positiva en el H. San Jorge (36,34 % 2010 vs. 32.4% en 2008), H. Barbastro (54.90% 2010 vs. 45.71% en 2008), H. Obispo Polanco (50.64 % 2010 vs. 37.22% en 2008), H Alcañiz (47.54 % 2010 vs. 33.79% en 2008), HUMS (45.63 % 2010 vs. 39.53% en 2008) y H. Calatayud (59.72 % 2010 vs. 46.13% en 2008).
Se han mantenido estables el H. Clínico (37.68 % 2010 vs. 37.07% en 2008) y H. Royo Villanova (71.23 % 2010 vs. 70.68% en 2008)
En el análisis por especialidades, se muestran los IS máximos y mínimos: Oftalmología (80,95 % 2010 vs. 77,93% en 2008), Cirugía general (10,21 % 2010 vs. 6,01% en 2008), Cirugía Vascular (22,58% 2010 vs. 18,46% en 2009), ORL (12,13% 2009 vs. 5,97% en 2008), Traumatología y Cirugía Ortopédica (24,87 % 2010 vs. 23,74% en 2008), Ginecología (36,88 % 2010 vs. 30,60 % en 2009) y Cirugía Plástica (23,91% 2008 vs. 11,11% en 2009)

CONCLUSIONES

La tendencia positiva se ha mantenido a lo largo de todo el periodo de estudio tanto a nivel de hospitales como de especialidades con alguna excepción.
Debido a las obras en H. Nuestra Señora de Gracia, la interpretación de sus resultados es complicada por lo que se han obviado en este análisis.
La CMA ofrece una asistencia eficiente y satisfactoria para profesionales y usuarios por lo que es necesario seguir fomentando su implantación dada la variabilidad observada en la misma entre los diferentes hospitales y servicios

Comunicación ORAL *** Mesa 15 Nº Reg. **64**

TÍTULO. **ESTUDIO COMPARATIVO DE ESTANCIAS INADECUADAS ENTRE SERVICIOS MEDICOS Y CIRUGIA GENERAL**

Autores: HERRERO LOPEZ M, LAZARO-RIOS M, GAVIN-BLANCO O, MARTINEZ-BERNARD J, GRACIA-ROCHE C, GASCON-FERRER I, SANCHEZ-FUENTES N, ESARTE-MUNIAIN JM

HERRERO LOPEZ MARIA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO (mariaherrerolopez@gmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Se pretende valorar la magnitud y determinar las causas de las estancias inadecuadas en Servicios de tipo médico, para compararlas con los resultados de un Servicio de Cirugía General. De esta manera, tratar de reducirlas para aumentar la efectividad, la eficiencia y la calidad de la asistencia prestada.

METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo y retrospectivo de Febrero a Diciembre 2010 en una muestra de 200 pacientes pertenecientes a los Servicios de Medicina Interna y Aparato Digestivo. La fuente de datos ha sido la revisión de las historias clínicas de los pacientes con todos sus documentos correspondientes. La definición de caso y la recogida de los datos se ajustaron al protocolo Appropiateness Evaluation Protocol (AEP).

RESULTADOS

Se ha revisado un total de 200 pacientes entre los Servicios de Medicina Interna y Aparato Digestivo, siendo el 50% hombres y el 50% mujeres con una edad media de 72 años.
El 26.5% de las estancias registradas fueron de tipo inadecuado.
Del total de estancias inadecuadas el 8% llevaban de 20 a 29 días ingresados, el 38% de 10 a 19 días, el 30% de 5 a 9 días y el 25% menos de 5 días.
Las causas de estancias inadecuadas según orden de frecuencia han sido las siguientes: 29% estaban pendientes de la realización de pruebas, el 19% recibían tratamiento que se podía haber realizado de forma ambulatoria, 17% espera de la interconsulta de otros especialistas, 10% estaban en estudio por presentar una neoplasia, 8% pendientes de la unidad sociosanitaria, 6% pendiente de la regulación de sintrom, 12% otras causas.
Si comparamos los datos con los obtenidos el año anterior en nuestro servicio (14% de estancias inadecuadas) obtenemos la siguiente tabla:

SERVICIOS MEDICOS		CIRUGIA GENERAL	
Espera realización pruebas	29%	Espera especialista	21%
Tratamiento ambulatorio	19%	Espera realización pruebas	18%
Espera especialista	17%	Pendiente Unidad Sociosanitaria	11%
Estudio neoplasia	10%	Pendiente IQ	11%

CONCLUSIONES

Si comparamos los datos obtenidos durante el año anterior en el servicio de cirugía general que fue de un 14% el porcentaje es mayor en servicios de tipo médico, lo que concuerda con la literatura revisada.
Sin embargo, si comparamos las causas más frecuentes de estancia inadecuada en servicios médicos y cirugía general observamos que los resultados son similares:
Con los resultados obtenidos podemos concluir que las causas de estancia inadecuada son similares en los distintos servicios del hospital y que estas son consecuencia de la estructura organizativa del mismo.

Comunicación ORAL *** Mesa 15

Nº Reg. **362**

TÍTULO. **TABAQUISMO EN LA ADOLESCENCIA: "UNA ETAPA COMPLICADA PARA TODOS"**

Autores: VELÁZQUEZ LUPIÁÑEZ L, ROYO-VILLA A, LLORIS-MORALEJA A, HERRAIZ-GASTESI G, PEREZ-ARAMENDIA MJ, TORRES F, MARTINEZ-RAPOSO C, ATANCE E

VELÁZQUEZ LUPIÁÑEZ LORENA . CS VALDEFIERRO . CENTRO DE SALUD (lorena.velazquez@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Evidenciar la eficacia del consejo antitabaco en la revisión pediátrica y describir el perfil de fumador y registro

METODOLOGÍA

Revisión retrospectiva de las historias clínicas de 337 adolescentes (15 y 18 años). Se encuestó por teléfono a dicha población, previo consentimiento paterno en menores de 18 años, recogiéndose los siguientes datos: hábito tabáquico, edad de inicio, cigarrillos/día y motivación para deshabituarse (Test de Richmond). Se establecieron a su vez 2 grupos, los que recibieron consejo antitabaco y los que no

RESULTADOS

Respondieron a la encuesta telefónica el 65,5% de los adolescentes. Fumadores un 26,7%. En 15% había registro en su historia.

La edad media de inicio fueron 14,28 años (rango 12-17 años) sin hallarse diferencias entre sexos. El promedio de cigarrillos/día es de 10,76 (rango de 2-30 cigarrillos/día) sin diferencias significativas entre sexos. El 27,1% de los fumadores manifestaron motivación media-alta para deshabituación (Richmond >ó=7). El 22,2% recibieron consejo antitabaco y el 42,8% no recibieron consejo antitabaco previo.

El grupo con Richmond >ó=7 fumaba 7,31 cigarrillos/día, y el grupo con motivación baja 12 cigarrillos/día.

Se había realizado la revisión de los 14 años al 74,6% de la población a estudio. Los encuestados con revisión pediátrica realizada (172) fuman el 26,16% y los que no tenían dicha revisión (49) fumaban el 28,57%, lo que constituye una diferencia significativa ($p<0.05$)

CONCLUSIONES

Alta asistencia a la última revisión pediátrica (74,6%).

Existe infradiagnóstico: el 15% de los fumadores tenían registro previo, probablemente por la escasa frecuentación al médico de familia.

El consejo mínimo antitabaco es efectivo ya que el porcentaje de fumadores es mayor en el grupo que no lo recibió ($p=0.002$).

Tan sólo un 27% de adolescentes fumadores desean deshabituarse, este % es mayor en los que no recibieron consejo antitabaco.

El consejo de salud breve y repetitivo en las consultas de pediatría/medicina de familia son eficaces en la prevención del consumo de tabaco. Se deberían fomentar campañas activas desde los consejos de salud, asociaciones y en colaboración con centros escolares para mejorar estos resultados ya que el adolescente es un usuario poco frecuentador del sistema sanitario.

Comunicación ORAL *** Mesa 15

Nº Reg. **422**

TÍTULO. **PROGRAMA PILOTO DE COORDINACION ENTRE ENDOCRINOLOGIA Y ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR 1 DE ZARAGOZA MEDIANTE TELEMEDICINA**

Autores: VIDAL PERACHO C, GRACIA P, BARRAGAN A, TRICAS JM, BANDRES O, FERNANDO E, CORRUCHAGA D, CASABONA E

VIDAL PERACHO CONCEPCION . HOSPITAL ROYO VILLANOVA . ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION (cvidal@unizar.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

OBJETIVOS: El desarrollo de nuevas tecnologías ha incrementado la posibilidad de intercambio de información en materia de salud y, desde 1997(OMS), la telemedicina es considerada como el suministro de servicios sanitarios en los que la distancia es un factor crítico. El objetivo es el intercambio de datos, tanto para el diagnostico como para el tratamiento de los pacientes. La utilización de formas no presenciales en la visita médica ha objetivado una mejora de la satisfacción en los pacientes, por el sentimiento de cuidados continuados. Entre los profesionales de distintos sectores de la sanidad, Primaria-Hospitales se han desarrollado diferentes modelos de telemedicina aplicada a las urgencias o a la radiología, telemonitorización, telepresencia y teleconsulta. El objeto del proyecto sería la puesta en marcha de una consulta de este tipo, teleconsulta, que permitiera, en tiempo real, en horarios acordados con los diferentes centros de salud , la consulta vía telefónica, por parte de Atención Primaria a Endocrinología de nuestro sector, para solucionar problemas clínicos entre los médicos de los diferentes niveles asistenciales.

METODOLOGÍA

METODO: El proyecto comenzó en octubre del 2010. Se comunicó a todos los centros de salud de nuestra área la disponibilidad para comentarnos cualquier situación clínica, los lunes de 12 a 13.30 horas y los jueves de 12 a 14 horas, en el Hospital Royo Villanova, vía telefónica, llamando a un número de teléfono asignado. Se elaboró una encuesta de recogida de datos , en la que se informaba del lugar de procedencia de la llamada, el nombre del facultativo y del paciente (opcional), si era ordinaria o urgente, motivo de consulta (patología tiroidea -hipertiroidismo o hipotiroidismo-, diabetes melitus-descompensación crónica, aguda, debut, ingreso hospitalario-, tratamientos farmacológicos, modificar citaciones u otras causas), así como si la consulta era o no procedente.

RESULTADOS

RESULTADOS: De las 32 llamadas recibidas de Atención Primaria, un 31% son urgentes y dos tercios (69%) son consultas ordinarias .Los motivos de consulta más frecuentes fueron la diabetes -descompensación hiperglucémica crónica- (37%), el hipotiroidismo primario (25%), el hipertiroidismo (16%) y la patología nodular tiroidea (9%).Las consultas eran procedentes en el 100% de los casos. -El Centro se Salud que más utilizó este servicio es La Jota (44%) seguido de Arrabal (16%), Actur Sur (6%), Alfajarín (6%) y Luna (6%). La mitad de la consultas tuvo relación con problemas tiroideos (50%) seguida de las consultas por Diabetes (44%) y en particular la evaluación de cambios de tratamiento en pacientes ya previamente tratados, con empeoramiento del control metabólico crónico (38%). La patología urgente por la que consultaron con más frecuencia fue el hipertiroidismo (50%), seguida del nódulo tiroideo (30%)y la descompensación aguda de la diabetes (20%).

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES:1. El programa nos permitió atender por esta vía consultas sobre problemas asistenciales urgentes, que constituyeron un tercio de las llamadas, contribuyendo a la mejora de la presión asistencial.2.Todas las llamadas fueron consideradas procedentes por los miembros del equipo que las atendieron, lo cual avalaría la utilidad clínica del programa.3.Tenemos constancia de la satisfacción por parte de muchos profesionales de Atención primaria de nuestro sector por poder acceder de forma rápida y efectiva a sus endocrinólogos de referencia.4 Los problemas de la consulta telefónica tienen relación con problemas técnicos de cobertura de la zona del Hospital Royo Villanova y la implantación lenta de nuevas formas de asistencia.

Comunicación ORAL *** Mesa 15

Nº Reg. **232**

TÍTULO. **ANALISIS DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ARAGONESES TRASPLANTADOS DE CORAZÓN ENTRE 1990 Y 2011, CON SEGUIMIENTO EN EL H.U. MIGUEL SERVET**

Autores: VILLABONA RESANO J

VILLABONA RESANO JULIA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . UCI POSTOPERATORIO CARDIACO (jvillabona@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

EL OBJETIVO DE ESTE TRABAJO ES EVALUAR EL IMPACTO DEL TRASPLANTE CARDIACO EN EL MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) DE LOS PACIENTES ARAGONESES TRASPLANTADOS DE CORAZÓN ENTRE 1990-2011, CONTROLADOS EN EL HOSPITAL UNIVERISTARIO MIGUEL SERVET, Y SU RELACIÓN CON LA EDAD, EL SEXO Y CON EL PERIODO POST-TRASPALNTE

METODOLOGÍA

SE TRATA DE UN ESTUDIO OBSERVACIONAL, DESCRIPTIVO Y TRANSVERSAL EN PACIENTES ARAGONESES RECEPTORES DE TRASPLANTE CARDIACO DURANTE EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A FEBRERO DEL AÑO 2011, CONTROLADOS O CON SEGUIMIENTO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. EN DICHO ESTUDIO SE PRETENDE REALIZAR UN ANÁLISIS DE LA INFLUENCIA DE LAS VARIABLES: EDAD ACTUAL, SEXO Y PERIODO DE TIEMPO QUE LLEVA TRASPLANTADO, EN LA CALIDAD DE VIDA DE ESTOS PACIENTES.

A LA MUESTRA REFERIDA QUE CUMPLIA LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN SE LE APLICARON LOS CUESTIONARIOS VALIDADOS SF-36 Y MLHFQ, AMBOS AUTOADMINISTRADOS, REALIZANDO A SU VEZ UNA REVISIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA TRAS LA AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL.

RESULTADOS

EL TOTAL DE TRASPLANTADOS VIVOS EN ARAGON DURANTE EL PERIODO DE RECOGIDA DE DATOS ES DE 83 PACIENTES, DE LOS CUALES 3 DE ELLOS NO QUISIERON PARTICIPAR EN EL ESTUDIO Y UNO NO CUMPLIA LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN. POR LO QUE EN NUESTRO ESTUDIO PARTICIPARON UN TOTAL DE 79 PACIENTES, LO QUE SUPONE UNA FRECUENCIA GLOBAL DE RESPUESTA DEL 96,34%. EL GRUPO DE EDAD PREDOMINANTE ERA DE 60 AÑOS O MÁS, REPRESENTANDO AL 55,7% DE PACIENTES. LA MUESTRA ESTÁ CONSTITUIDA EN SU MAYORIA POR HOMBRES, UN 75,9% DE LA MUESTRA ERA VARONES Y EL 24,1% RESTANTE MUJERES. EL GRUPO DE AÑOS TRASPLANTADO PREDOMINANTE ERA EL DE 4 A 8 AÑOS TRASPLANTADO, CON UNA FRECUENCIA DEL 34,2% SOBRE EL TOTAL.

AUNQUE NO EXISTE ASOCIACIÓN ESDÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVA, PODEMOS REFLEJAR QUE EN TODOS LAS DIMENSIONES DEL TEST SF36 LA MAYOR PUNTUACIÓN LA HA OBTENIDO EL GRUPO DE EDAD MÁS JOVEN, EXCEPTO EN DOS DE LAS SUBESCALAS: SF8 Y SF9 EN LA QUE CORRESPONDE A LOS GRUPOS DE MÁS EDAD.CON RELACIÓN A LOS AÑOS QUE LLEVAN TRASPLANTADOS LOS MEJORES RESULTADOS LO HAN OBTENIDO EL GRUPO DE PACIENTES QUE LLEVAN MENOS TIEMPO.

CONCLUSIONES

EL TRASPLANTE CARDIACO MEJORA LA CALIDAD DE VIDA DE SUS RECEPTORES. LA EDAD ACTUAL DEL PACIENTE PRASPLANTADO NO INFLUYE EN SU CV. EL SEXO SÍ INFLUYE EN LA PERCEPCIÓN DE SU FUNCIÓN SOCIAL Y SALUD MENTAL, EN TANTO EN CUANTO QUE EL GRUPO DE LOS HOMBRES TIENE UN MENOR GRADO DE INTERFERENCIA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD FÍSICA Y TAMBIÉN TIENE UNA MEJOR SALUD MENTAL GENERAL. ESTA MEJORIA SE OBSERBA SOBRETODO EN LA PERCEPCIÓN DE AQUELLOS PACIENTES EN LOS QUE LA TERAPÉUTICA SE HA REALIZADO HACE UN PERIODO DE TIEMPO MENOR.

Comunicación ORAL *** Mesa 15

Nº Reg. **257**

TÍTULO. **LA LECHE MATERNA: UN CUIDADO DE VIDA EN LOS GRANDES PREMATUROS**

Autores: VILLANUEVA ORBAIZ MT, ABADIA JUANA

VILLANUEVA ORBAIZ MARIA TERESA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . UCI NEONATAL (mtvillanueva05@gmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Conocer la evidencia científica existente en cuanto a la prevención de enteritis necrotizante

Explorar la incidencia de enteritis necrotizantes en la UCI neonatal del HUMS

Extraer enseñanzas de las experiencias de las familias para nuevas líneas de mejora en promoción de lactancia materna

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica en la búsqueda de evidencia de los efectos de la leche materna en la prevención de enteritis necrotizante en recién nacidos prematuros.

Se extrajeron los casos de enteritis necrotizante de la base de datos Neosoft.

Se mantuvieron conversaciones con 8 familias, madres y padres cuyos bebés estuvieron ingresados en nuestra unidad y cuyas experiencias en cuanto a lactancia y secuelas fueron muy diferentes

RESULTADOS

La revisión bibliográfica aportó datos que demuestran que el uso de alimentación con leche de fórmula comparada con la leche materna de donante se asocia con un mayor riesgo de desarrollar enteritis necrotizante en el recién nacido prematuro y cómo, el uso de leche de madre, reduce de un 3 a un 13 % la aparición de este grave problema para la supervivencia y calidad de vida de nuestros prematuros.

Los casos con diagnóstico de enteritis necrotizante en nuestra Unidad desde marzo de 2006 hasta mayo de 2011 ha sido de 39, de los cuales nueve precisaron de cirugía para su resolución y el resto lo superó con trataiento farmacológico.

Los testimonios de nuestras madres reiteran la gran importancia que ellas dan a la lactancia materna y la necesidad que desde los servicios sanitarios sepamos cuidarlas, relajarlas y enseñarlas sobre cómo poder producir, recoger y ofrecer a sus bebés esta leche. Las familias agradecen la posibilidad de poder hacer uso de leche de donantes que permita disminuir riesgos en la vida de sus hijos

CONCLUSIONES

Podemos y debemos poner en marcha mecanismos para prevenir algunas complicaciones graves en los prematuros. Promocionar y apoyar la lactancia materna en el grupo de madres de prematuros precisa de formación especializada y de algunos recursos de los que todavía carecemos (para meter tus morcillitas, jeje). La formación, actualización e implicación de todos los agentes de salud es indispensable para ofrecer cuidados de calidad al significativo binomio madre-prematuro y al resto de la familia. Contar con la leche de donante es una inversión coste-eficacia pequeña para los grandes beneficios que vamos a conseguir. No cabe duda de la generosidad de nuestras madres. Los agentes de salud no debemos quedarnos atrás en sensibilización y colaboración

Comunicación ORAL *** Mesa 15 Nº Reg. **41**

TÍTULO. **IMPLANTACIÓN DE LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA GASTROSCOPIA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNIDAD DE ENDOSCOPIAS DEL CME RAMÓN Y CAJAL DE ZARAGOZA**

Autores: VILLAR ARNAL MT, RODRIGUEZ R

VILLAR ARNAL MARIA TERESA . CME RAMON Y CAJAL . ENDOSCOPIAS DIGESTIVO (mtvillar@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Se realizan endoscopias digestivas altas diagnósticas a pacientes procedentes de los centros de Atención Primaria del Sector, las consultas de Digestivo del CME San José y las del CME RyC. También es referente del Sector II y Hospital de la Defensa para la realización del Test del Aliento para detección del Helicobacter Pylori en adultos. Nuestra actividad diaria comprende: una media de 12 gastroscopias, test del aliento y dos consultas de Digestivo encadenados en un mismo espacio temporo-espacial. Esta variedad de tareas y rotación de pacientes favorece la aparición de errores y posibles efectos adversos.

Problema: En una ocasión se hizo un gastroscopia a una paciente rumana que venía a realizarse un test del aliento que es una prueba no invasiva y completamente inocua. Afortunadamente el incidente no tuvo ninguna consecuencia negativa para la paciente ni para el personal, sin embargo este suceso nos hizo replantear los procedimientos habituales. Objetivos generales:

- Implementar y sistematizar prácticas de seguridad.
- Fomentar la comunicación y el trabajo en equipo

METODOLOGÍA

Se realizó un AMFE tomando como modo de fallo la identificacìón del paciente y el efecto ocasionado que fue la prueba errónea. Las posibles causas que identificamos:

- Dificultad de comprensión de la paciente por desconocimiento del idioma.
- Falta de información sobre la prueba que venía a realizarse.
- Sala de espera común a endoscopias y consulta de Digestivo.
- Variedad y rotación rápida de pacientes por breve intervalo de tiempo de cita.
- Confusión de nombres parecidos entre pacientes de misma nacionalidad.
- Falta comunicación óptima entre los mienbros del equipo.

El NPR inicial (Indice de importancia del riesgo) salió 120 = G (gravedad) 5 X O (probabilidad de que ocurra) 6 X D (detección) 4 .

Desplegamos tres actividades:

- Mejorar el equipamiento de la unidad incorporando un pulsioxímetro.
- Confeccionar e implementar una Lista de Verificación de Gastroscopia(LVG), en la práctica diaria, según modelo del Checklist quirúrgico editado por la OMS .
- Realizar una encuesta de satisfacción a los pacientes

RESULTADOS

La LVG comenzó a utilizarse en abril de 2010.

Con el AMFE al mes de su implantación se consiguió una reducción del riesgo (NPR) relativo al modo de fallo identificado de 120 a 5.

Se evaluaron también dos indicadores en dos grupos de pacientes durante tres meses:

- 566 (enero a marzo de 2010) antes de la implantación de la LVG.
- 600 (abril a junio de 2010) con la LVG.

Los indicadores fueron:

- La suspensión de procedimientos que fue del 11% antes y 7% después ($p<0,001$) - La derivación de pacientes al Hospital por complicaciones (sangrado excesivo

Autores: VILLAR ARNAL MT, RODRIGUEZ R

VILLAR ARNAL MARIA TERESA . CME RAMON Y CAJAL . ENDOSCOPIAS DIGESTIVO (mtvillar@salud.aragon.es)

tras biopsia) 1,5% antes y 0,8% después (p=0,003).

También entregamos una encuesta de satisfacción a 246 pacientes de julio a septiembre de 2010, ambos inclusive, con los siguientes resultados:

- El 82% de encuestados (200) opinan que el personal transmite mucha confianza y seguridad.
- El 66% (162) recomendaria mucho hacerse la prueba en el RyC en las mismas condiciones.
- El 57% (139) opina que las explicaciones recibidas han sido muy adecuadas y le han ayudado a superar la prueba.
- En las Observaciones destaca el agradecimiento y la satisfacción por la buena atención recibida y subrayan la profesionalidad del personal como valor para ayudar a superar esta “prueba desagradable sin incidentes”

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos avalan la utilización de la LVG como un instrumento que ayuda a:

- Minimizar los riesgos y la posibilidad de errores.
- Incrementar la comunicación entre los miembros del equipo.
- Mejorar la tolerancia a la prueba y la satisfacción del paciente.
- Aumentar la seguridad del paciente en un entorno ambulatorio

Comunicación ORAL *** Mesa 15

Nº Reg. **211**

TÍTULO. **CONCURSO "MANOS LIMPIAS SALVAN VIDAS": IMPLICANDO A LOS PROFESIONALES**

Autores: VILLAVERDE ROYO MV, LÓPEZ-CANALES C, SANJUÁN-DOMINGO R, MORALES-FERRUZ R, SÁNCHEZ-GALÁN P, MARECA-DOÑATE R, VELA-CONDON P, VERÓN-ROY P

VILLAVERDE ROYO MARIA VICTORIA . UNIDAD DOCENTE SECTOR III CALATAYUD . UNIDAD DOCENTE SECTOR III CALATAYUD (vickyvillaverde@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Disminuir las infecciones asociadas a cuidados. Implementar la estrategia de la OMS sobre higiene de manos implicando a profesionales de centros sanitarios.

METODOLOGÍA

Ensayo comunitario de intervención. Ámbito: dos Áreas de Salud de Aragón, Zaragoza III y Calatayud. Muestreo por conglomerados (11 Cetros de Salud y 5 Servicios Hospitalarios).
Intervención Comunitaria: realización de un taller en el que se difundieron las recomendaciones "5 pasos para una adecuada higiene de manos" con mediciones antes-después.
Para la puesta en marcha de este proyecto, la Unidad Docente (UD) de Medicina Familiar y Comunitaria del Sector III-Calatayud, realizó la convocatoria del Concurso "Manos limpias salvan vidas 2011" que contó con la inscripción y participación voluntaria de 12 residentes.
El ganador era el residente que consiguiese difundir las recomendaciones a un mayor número de asistentes a sus talleres y el premio una beca para asistir a un Congreso donde presentara trabajos. Se entregó a todos los participantes certificados por docencia impartida y diploma de la UD como formador de formadores en higiene de manos
En el taller de formador de formadores se estandarizó la intervención educativa y la toma de datos (medición zonas de error mediante producto de base alcohólica marcado y lámpara ultravioleta)

RESULTADOS

La formación se impartió a 248 personas: 44% médicos, 34% enfermeras, 11% técnicos-auxiliares de enfermería y 11% familiares de pacientes. Pre-intervención: Las recomendaciones eran conocidas en el 80% de servicios hospitalarios y en el 27% de centros de salud. Antes del taller, sólo un 11% de los asistentes pasaron la prueba de manos correctamente limpias (100% enfermeras). Las zonas más frecuentes de error en la higiene fueron: espacios interdigitales (88%), dorso de manos (11%) y presencia de anillos (5%). Tras la intervención 94, 4% de los participantes superaron la prueba

CONCLUSIONES

La implicación de los profesionales asistenciales en la difusión de medidas preventivas tiene una gran aceptación y seguimiento. Las Unidades Docentes a través de los residentes que trabajan en centros y servicios son una herramienta eficiente para la implementación de estrategias en el sistema sanitario.

Comunicación ORAL *** Mesa 15

Nº Reg. **339**

TÍTULO. **ESTADO ACTUAL DE LOS INDICADORES DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PARTO NORMAL EN EL HOSPITAL S. JORGE DE HUESCA**

Autores: ZABAU FERMOSELLE J, ZAMORA-SIERRA V, PUIG-COMAS N

ZABAU FERMOSELLE JARA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . PARITORIOS (jarazabau@yahoo.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Nos proponemos como objetivos valorar en qué medida las diversas prácticas incluidas en la EAPN están recogidas en el protocolo de HGSJ y determinar el grado de cumplimiento de estas prácticas.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Llevado a cabo en el Hospital San Jorge. Sujetos de estudio: Mujeres de bajo riesgo con inicio espontáneo de parto atendidas en dicho Hospital desde el 1/1/2010 al 31/12/2010. Criterios de inclusión: Gestantes a término (37-42sg), de bajo riesgo con inicio espontáneo de parto. Recogida de datos: Registro informatizado de partos y revisión de historias clínicas.

RESULTADOS

El total de partos de bajo riesgo atendidos fue de 261. De ellos el 55.6% fueron nulíparas. Un 8% terminaron en cesárea, 17% fueron partos instrumentados y el 75% fueron partos eutócicos.

Resultados neonatales: en el peso de los recién nacidos encontramos un 50% entre 3000 y 3500gr, sólo un 1.5% menor de 2500 y un 4.2% mayor de 4000gr. En el test de Apgar un 1.7% tuvieron un Apgar menor de 7 al minuto. Un 78.2% no precisó de ningún tipo de reanimación.

No se encuentra registro en la historia clínica sobre: métodos alternativos para el alivio del dolor, deambulación de la mujer, ingestión de líquidos, postura del expulsivo, cohabitación de la madre y el recién nacido.

Realización de prácticas clínicas: el enema (15.7%), la rotura artificial de membranas (84.4%), la perfusión de oxitocina (80.5%), el uso de analgesia epidural (70.8%), episiotomía en nulíparas (86.9%), canalización de vía venosa (100%), monitorización 97.7% en forma de registro continuo, piel con piel 22%, acompañamiento 71.3%, lactancia materna precoz 45%

CONCLUSIONES

Seguimos realizando prácticas clínicas rutinarias que la evidencia científica ha demostrado que son innecesarias y que incluso pueden interferir en la evolución fisiológica del parto. No existe registro en la historia de numerosas prácticas clínicas.

Comunicación ORAL *** Mesa 15

Nº Reg. **308**

TÍTULO. **PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN UCI: REDUCCIÓN DE BACTERIEMIA ASOCIADA A CATÉTER**

Autores: ZAMORA ELSON M, GARRIDO-RAMIREZ DE ARRELLANO I, MARQUINA-LACUEVA MI, LANDEZ-AZCONA A, ESCOS-ORTA J, LABARTA-MONZÓN L, LÓPEZ CLAVER JC, SERÓN ARBELOA C

ZAMORA ELSON MONICA . HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA . MEDICINA INTENSIVA (monica_z_elson@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN:

La bacteriemia asociada a catéter venoso central (CVC) es una de las infecciones relacionadas con dispositivos más frecuentes en las UCI. El Dr. Peter Pronovost en Michigan realizó un estudio con el objetivo de reducir la BRC (Bacteriemia relacionada con catéter) basado en 5 puntos de mejora clínica (Higiene de manos adecuada. Medidas de barrera máximas. Desinfección piel con clorhexidina. Evitar femorales. Retirar vías innecesarias) consiguiendo eliminar casi en su totalidad este tipo de infecciones.

Este programa fue adoptado por la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente de la OMS para su extensión por todo el mundo. España fue el primer país dónde se ha realizado la implantación del proyecto bacteriemia zero gracias al apoyo del Ministerio de Sanidad y Consumo a través de la Agencia de Calidad, la SEMICYUC y con el asesoramiento del grupo de Pronovost; con el objetivo de disminuir las tasas de bacteriemia relacionadas con catéter.

OBJETIVOS:

El objetivo principal fue reducir la densidad de incidencia de BRC a menos de 4 episodios por 1000 días de CVC. Como objetivo secundario documentar todos los episodios de bacteriemia y la etiología de las mismas.

METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio observacional prospectivo comparando los datos de infección asociada a catéter previos y posteriores a la implantación del proyecto bacteriemia zero.

Se procedió a la creación de un grupo de trabajo compuesto por médicos, enfermeras y auxiliares y a la implantación del protocolo en la Unidad mediante un curso de formación. Se diseño un cuestionario de recogida de datos.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos muestran una importante reducción de la tasa global (por mil días de estancia)de infecciones en nuestra UCI respecto a los años anteriores a la implantación del programa: 19,79 y 15,96 en años 2009 y 2010, en comparación a tasas de 42 o 28,7 en los años 2007 y 2008 respectivamente. Los resultados obtenidos en las bacteriemias primarias asociadas a catéter muestran que la densidad de incidencia (por mil días de catéter) en el año 2009 fue 2 y en 2010 de 2, menores que el año 2007: 5 y el año 2008: 10.

El número bacteriemias y de microorganismos aislados fueron 4 en el año 2007, 10 en el año 2008, 2 en el año 2009 y 2 en el año 2010

CONCLUSIONES

La implantación del programa Bacteriemia zero ha tenido un impacto positivo en la reducción de la BRC, logrando una significativa disminución de las mismas y ha repercutido favorablemente en otras infecciones asociadas.

Comunicación ORAL *** Mesa 15

Nº Reg. **209**

TÍTULO. **CONOCIMIENTO Y DIFUSION DEL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS ENTRE PROFESIONALES DE CENTROS SANITARIOS**

Autores: ZAMORA MOLINER AC, BESCOS OROS, M

ZAMORA MOLINER ANA CRISTINA . CS PIRINEOS . ESAD (aczamora@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Explorar el grado de conocimiento del Documento Voluntades Anticipadas (DVA) en una población compuesta por personal que trabaja en centros de salud de un determinado sector sanitario y hacer una segunda evaluación después de haber realizado una sesión informativa sobre el DVA, con objeto de valorar si había habido una mejora del conocimiento y de actitud.

METODOLOGÍA

Se administra una encuesta a 108 profesionales trabajadores de varios centros de salud,pertenecientes a un mismo sector sanitario, médicos y enfermeros en su mayoría, posteriormente se imparte una sesión informativa y se repite la encuesta a los 4 meses.
Solo la mitad aproximadamente de los encuestados responden a la encuesta de repetición

RESULTADOS

Los que responden a la primera encuestas fueron 108 personas siendo solo 48 las que lo hacen a la encuestas de repetición.
Se detecta un alto grado de desconocimiento sobre el DVA, y aunque se conoce su existencia y el objeto del mismo, una gran mayoría desconocen dónde y cómo obtenerlo o las condiciones para ser otorgado.
Tras la sesión informativa, este conocimiento mejora de forma significativa en más de la mitad de los items de la encuesta, aunque no se traduce, por el momento en un cambio de actitud hacia la misma.

CONCLUSIONES

Aunque un alto porcentaje de sanitarios conocían las existencia y fución del DVA, solo un 50% sabían quién puede otorgarlo, cómo se había de cumplimentar y ante quién y dónde había de entregarse, siendo menor el porcentaje sabían cómo consultarlo y sólo una minoría, como conseguir el documento, siendo estos porcentajes todavía menores en el caso de la enfermería.
Esto contrasta con que la mayoria de los consultados, opinaban que dicho documento es de utilidad tanto para el paciente como para el médico.
Del análisis estadístico se deduce que la intervención ha sido claramente efectiva, viéndose como ha habido mejora en los porcentajes totales de casi todos los criterios y mas de la mitad han alcanzado diferencias significativas según se observa en los datos del Chi cuadrado para 7 de los items. Los valores en los que apenas ha habido diferencias es porque ya manifestaban un alto nivel de respuestas positivas y son aquellos que hacen referencia a la utilidad del documento, contrastando con el hecho de no conocerlo a fondo.
Podemos concluir que los profesionales han manifestado la utilidad del DVA pero que hay barreras culturales o de otro tipo que limitan la efectividad del mismo.