

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Mesa 3 * 20M-18:00 h.

Reg	Apellidos y Nombre	Título de la Comunicación
103	BARA MACHIN, GLORIA	PACIENTES GERIÁTRICOS: CALIDAD Y CUIDADOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ZARAGOZA
321	CATALAN EDO, MARIA PILAR	PROGRAMA DE MEJORA PARA LA CALIDAD DE LOS REGISTROS ENFERMEROS EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA
282	GARCIA IÑIGUEZ, JUAN PABLO	FICHA INDIVIDUALIZADA DE DOSIFICACIÓN DE DROGAS DE URGENCIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS
298	GARCIA IÑIGUEZ, JUAN PABLO	HOJAS DE INFORMACIÓN A PADRES EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET
179	HERRERA BOZZO, CAROLINA	ANCIANOS CON DISFAGIA ¿PODEMOS MEJORAR SU DETECCIÓN?
213	LARRODE LECIÑENA, ITZIAR	¿SON FRECUENTES LAS INCIDENCIAS EN EL AREA DE ENSAYOS CLÍNICOS DEL SERVICIO DE FARMACIA?
397	LORES CASANOVA, SOLEDAD	PROYECTO DE MEJORA PARA EL CORRECTO DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON EPOC
155	MALLOR BONET, TOMAS GUILLERMO	ENCUESTA DE SATISFACCION EN LA UCI
20	MODREGO AZNAR, FABIOLA	CONTROLANDO EL RIESGO CARDIOVASCULAR DEL TRATAMIENTO CON PSICOESTIMULANTES EN EL TDAH PEDIÁTRICO
310	OLIVEROS BRIZ, TERESA	MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS DEL PACIENTE CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL MEDIANTE UN PROGRAMA
269	PARDO DIEZ, MARIA JESUS	DETECCIÓN DE DISFAGIA OROFARÍNGEA CON MÉTODO DE EXPLORACIÓN CLÍNICA VOLUMEN -VISCOSIDAD MECV-V EN
241	SANZ ARTIGAS, MARIA RAFAELA	NECESIDADES DETECTADAS TRAS DIEZ AÑOS DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TUBERCULOSIS EN
142	VALDOVINOS MAHAVE, MARIA	IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGO CLÍNICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO
200	VASQUEZ MARTINEZ, MARIA ALEJANDRA	MEJORA EN EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA COLONIZACIÓN/INFECCIÓN BRONCOPULMONAR DEL PACIENTE CON FIBROSIS

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 3

Nº Reg. 103

TÍTULO. PACIENTES GERIÁTRICOS: CALIDAD Y CUIDADOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ZARAGOZA

Autores: GONZÁLEZ DE LA CUESTA D, BARRADO-NARVIÓN MJ, BARA-MACHÍN G, LÓPEZ-IBORT N, MAINAR-SAN MARTÍN MP

GONZÁLEZ DE LA CUESTA DELIA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . UNIDAD DE RECUPERACION POSTANESTESICA (gbara@unizar.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Conocer la ocupación de las UCIs de Zaragoza por pacientes mayores de 65 años.
- Conocer las principales patologías que presentan los pacientes mayores de 65 años ingresados en las UCIs, y las enfermedades crónicas que presentan al ingreso.
- Conocer las principales técnicas de cuidados intensivos que precisan y que realizan las enfermeras en estos pacientes.

METODOLOGÍA

Estudio epidemiológico realizado en las UCIs de Zaragoza (Hospital Universitario Miguel Servet, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa y Hospital Royo Villanova) en el año 2012.

RESULTADOS

En las UCIs de Zaragoza (HUMS, HCU, HRV) en el año 2012 podemos decir que la presencia de pacientes > de 65 años es de un 51,27%, un 61,9% varones y un 38,09% mujeres. Las patologías más frecuentes son las del aparato Cardiocirculatorio (33,33%) y complicaciones posquirúrgicas (23,8%). Las patologías crónicas que presentan son: HTA (40,47%), Cardiopatía Isquémica (28,47%), EPOC (23,89%), Diabetes Mellitus tipo II (11,9%) y Dislipemia (9,52%)

Precisaron la mayoría de ellos vías venosas periféricas y centrales, sondas vesicales y nasogástricas y ventilación mecánica. Los cuidados de enfermería se aplican siguiendo el modelo de Virginia Henderson de necesidades básicas, por lo tanto se suplen todas aquellas funciones que el paciente no puede realizar.

CONCLUSIONES

Sería necesario introducir la valoración geriátrica en las UCIs y, especialmente, al alta, a través de escalas validadas como: índice de Lawton, índice de Barthel, EuroQol-5D, que evalúan de forma objetiva la capacidad funcional y calidad de vida e incluso plantear unidades de cuidados intensivos geriátricos para una mejor evaluación y una mayor adecuación de los recursos necesarios.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 3

Nº Reg. 321

TÍTULO. PROGRAMA DE MEJORA PARA LA CALIDAD DE LOS REGISTROS ENFERMEROS EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

Autores: CATALÁN EDO MP, GRACIA HIGUERAS, I

CATALÁN EDO MARIA PILAR . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . CIRUGIA PEDIATRICA (mpcatalane@aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Evaluar los registros enfermeros durante el proceso de hospitalización, los cuales reflejan documentalmente la actuación de Enfermería en la atención integral del paciente y posibilitan la intercomunicación con el resto del equipo sanitario. Proporcionar un medio que sirva de base a la reflexión para la mejora constante de los cuidados y punto de partida en la implantación de nuevos métodos de registro.

METODOLOGÍA

Estudio analítico retrospectivo de las historias clínicas de 54 lactantes hospitalizados a través del servicio de urgencias e intervenidos de Estenosis Hipertrófica de Píloro entre 2009 y 2011. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, peso, tipo de lactancia, historias en las que se registra: 1) tipo y lugar de canalización de acceso venoso, 2) tipo y lugar de colocación de sonda nasogástrica, 3) extracción sanguínea, 4) constantes vitales, 5) educación sanitaria al cuidador principal, 6) Actividades de la vida diaria relacionada con la alimentación, volumen tomas y vómitos. Se estableció una reunión informativa y otra de trabajo con el personal implicado en el cuidado en la planta para la implantación del protocolo específico y nuevos métodos de registro.

RESULTADOS

En el 66% de las historias se han registrado correctamente todas las variables a estudio, en el resto, se ha encontrado omisión en el registro de; constantes vitales en un 44% de historias, nº de vía venosa y SNG en 37% de las historias y tipo de lactancia en un 16%. La edad media de es de 36 días ($\pm 4,4$), con un peso medio de 3,87 kilos ($\pm 0,64$). El 86,8% son hombres. Sólo el 28,3% toma lactancia materna exclusiva. El 15% de vías venosas y 58,5% SNG son colocadas en planta de cirugía pediátrica. Se ha registrado el 100% de las analíticas extraídas y el 43,4% de niños presenta ionograma alterado. La deshidratación está relacionada con el número de días con vómitos ($p=0,03$). El 26,4% presentó vómitos tras la ingesta alimenticia, pero, no se encontró relación entre vómitos y volumen de primeras tomas ($p>0,05$). Sólo un 2% de las historias registró la educación sanitaria a los padres. Se inició el proyecto de mejora con la implantación de un protocolo y la fijación de estándares de calidad y se fijó la necesidad de someterlo a evaluación continua.

CONCLUSIONES

La protocolización e implantación de nuevos métodos informáticos evitará la omisión en los registros de enfermería. El proceso enfermero debe centrarse en la respuesta del paciente-familia a los problemas de salud. Se hace necesaria la evaluación de la intervención realizada.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 3

Nº Reg. **282**

TÍTULO. FICHA INDIVIDUALIZADA DE DOSIFICACIÓN DE DROGAS DE URGENCIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Autores: García Iñiguez JP, Madurga-Revilla P, Palanca-Arias D, Murillo-Peruga O, Gutiérrez-Lizarraga C, Royo-Pascual LA, Viñado-Coca MC, Gastón-Molina MI

GARCÍA IÑIGUEZ JUAN PABLO . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . UCIP (jgarcia@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Objetivos: Una de las particularidades de la Pediatría es el cálculo continuo de dosis de medicación ajustada al peso del paciente. En situaciones de urgencia, los nervios y las prisas pueden hacer cometer errores de cálculo y, por tanto, en la dosificación de fármacos. Para minimizar estos errores, se ha creado una ficha de dosis de medicación de urgencia para los pacientes que ingresan en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

METODOLOGÍA

Métodos: A todo paciente que ingresa en la Unidad, independientemente de patología o gravedad, se le adjunta una ficha en la que se recogen las dosis, ajustadas según el peso del paciente, de los principales fármacos utilizados en situación de urgencia. Están recogidos los fármacos involucrados en reanimación cardio-pulmonar, secuencia rápida de intubación y los antidotos para revertir el efecto de éstos. Incluye una tabla que relaciona el tamaño de los tubos endotraqueales con la edad y peso de los pacientes. También se recoge una tabla con los percentiles de tensión arterial por edad del paciente, ya que la tensión arterial es otro de los parámetros que difieren mucho según la edad del paciente pediátrico.

Inicialmente es un residente el que realiza el cálculo y rellena la ficha. Inmediatamente después, un adjunto realiza una comprobación de los datos calculados por el residente. De este modo, el residente se familiariza con el cálculo de estos fármacos y se realiza un doble checking de las dosis.

RESULTADOS

Resultados: Se ha comprobado como desde que se instauró esta medida, en el 100% de los pacientes se ha rellenado la ficha de fármacos de urgencia. Los residentes saben que cuando hay un ingreso, debe rellenarse dicha ficha además del resto de documentos de la historia clínica, lo que hace que se de este alto grado de cumplimiento. No puede cuantificarse objetivamente la efectividad de este procedimiento, pero subjetivamente puede afirmarse que todo el personal de la Unidad utiliza las dosis que se recogen en la ficha a la hora de administrar fármacos en situación de urgencia.

CONCLUSIONES

Conclusiones: La ficha de dosificación de drogas de urgencia es una herramienta útil para disminuir los errores en la administración de fármacos en estas situaciones, donde el cálculo de dosis bajo estrés puede inducir al error. El cálculo por parte del adjunto y del residente tiene dos ventajas, la familiarización de éste con estos cálculos y el doble control en el cálculo de dosis.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 3

Nº Reg. 298

TÍTULO. HOJAS DE INFORMACIÓN A PADRES EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET

Autores: García Iñiguez JP, García-Jiménez MC, López-Pisón FJ, Campos-Calleja C, Sancho-Gracia E, Romero-Salas Y, Pérez-Delgado R, Gómez-Barrena V

GARCÍA IÑIGUEZ JUAN PABLO . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . UCIP (jpgarcia@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La asistencia en Urgencias pediátricas precisa estrategias diagnóstico-terapéuticas claramente establecidas, ágiles y operativas. La información a las familias es de vital importancia para la comprensión de los problemas, su control evolutivo y, en su caso, medidas a tomar, que incluyen la visita de su pediatra o la vuelta a Urgencias. En un intento de mejorar dichos procesos entregamos Hojas de Información.

METODOLOGÍA

Método: Las Hojas de Información son documentos de breve extensión, elaborados en lenguaje sencillo y bien estructurados en sus apartados que recogen una explicación de la patología en sí, de su tratamiento, de los controles a seguir y de los signos de alerta, elaborados a partir del protocolo correspondiente. Son entregadas al alta, junto con el informe de asistencia, complementando nuestra información verbal. Para facilitar su entrega, están incluidas en el sistema informático del servicio de urgencias (PCH).

RESULTADOS

Resultados: Se dispone de un total de 20 hojas. Trece están asociadas a un protocolo de actuación clínica. En 9 de ellas, la constancia de entrega es un criterio de calidad cuyo cumplimiento se evalúa en la revisión del protocolo. Las 7 restantes están relacionadas con técnicas, como cuidados de férulas, o con entidades que no disponen de protocolo pero que precisan información para los padres como el cólico del lactante.

Las Hojas de Información de las que se dispone actualmente son: Apoyadas en protocolo: Bronquiolitis, Crisis febriles, GEA, Crisis asmática, Laringitis, Miositis, Neumonía, Otitis media aguda, Parálisis facial a frigore, Síndrome febril sin foco, Traumatismo craneal, Urticaria y Vómitos. El resto son: Cólico del lactante, Dolor abdominal, Cuidado de heridas, Catarro de vías altas, Varicela, Cuidado de vendajes y Síndrome gripal.

CONCLUSIONES

Discusión: 1) Estamos abiertos a todo tipo de sugerencias de familiares y profesionales para su mejora. 2) El paso siguiente en la evaluación de la calidad será la valoración de las hojas de información por parte de los padres y de los pediatras. 3) Las hojas de información constituyen una ayuda esencial para la adecuada comprensión por parte de familiares y para la vigilancia domiciliaria, estableciendo un nexo de unión entre la atención en urgencias y la de su pediatra. Su implementación en el protocolo en el que están basadas favorece el continuum asistencial en un proceso de mejora que no tiene punto final.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 3

Nº Reg. 179

TÍTULO. ANCIANOS CON DISFAGIA ¿PODEMOS MEJORAR SU DETECCIÓN?

Autores: Herrera Bozzo C, Castro ME, Bonafonte JL, Quilez RM, Canovas C

HERRERA BOZZO CAROLINA . HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA . GERIATRIA (caro_herr@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Identificar factores de riesgo de disfagia en ancianos.

Mejorar la detección de los pacientes con disfagia mediante instrumentos de cribado.

Evaluar las complicaciones en estos pacientes.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, prospectivo. Se estudiaron pacientes ingresados en un Servicio de Geriátrica durante enero-febrero 2012. Se evaluaron variables sociodemográficas, clínicas, bioquímicas, diagnóstico de ingreso, comorbilidad (Charlson), situación funcional (Barthel), valoración nutricional (Mini-MNA), antecedentes de disfagia, broncoaspiración durante hospitalización. A todos los pacientes se les aplicó como instrumento de cribado de disfagia, el Eating Assessment Tool (EAT-10). A quienes tenían antecedentes de disfagia y/o EAT-10 mayor o igual a 3 se les realizó el Método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V).

RESULTADOS

: 121 pacientes. 72% mujeres. 41% vivían en residencia. Edad media: 87 años. Presentaban el antecedente de disfagia el 39.7%, se detecta según EAT-10 58.7%, según MECV-V 43% (al 14.8% fue irrealizable). Desnutrición según MNA el 53%.

Los pacientes con disfagia son más longevos ($p<0,001$), tienen un mayor I. Charlson ($p<0,001$) y dependencia funcional global severa ($B <20$), ($p<0,001$ OR de 7,6) y en la ingesta ($p<0,001$). Hay mayor prevalencia de desnutrición según Mini-MNA ($p<0,001$) y riesgo de desnutrición ($p=0,01$). El motivo de ingreso fue con mayor frecuencia la infección respiratoria ($p<0,05$) y la deshidratación ($p<0,001$). Tienen una mayor prevalencia de antecedente de infección respiratoria de repetición y de broncoaspiración ($p<0,001$). Como factores de riesgo encontramos la demencia ($p<0,001$), ACV previo ($p=0,038$), cáncer ($p=0,02$), uso de neurolépticos ($p=0,018$) y antidepresivos diurnos ($p=0,036$). No se encontraron diferencias significativas entre sexos, procedencia, destino ni mortalidad.

CONCLUSIONES

El paciente tipo con disfagia es un “anciano-anciano” con importante comorbilidad, dependencia severa, demencia y mal estado nutricional.

Al igual que en otros estudios se evidencia la demencia, el ACV y el cáncer como factores de riesgo para la presencia de disfagia.

Se ha observado que los pacientes con dependencia severa tienen 7,6 veces más riesgo de disfagia.

La elevada prevalencia de disfagia, la importancia de la broncoaspiración y la infección respiratoria en nuestro medio obliga a elaborar estrategias para el manejo de la disfagia en el entorno hospitalario y tanto el EAT-10 como el MECV-V pueden ser instrumentos útiles para su temprana detección y manejo.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 3

Nº Reg. 213

TÍTULO. ¿SON FRECUENTES LAS INCIDENCIAS EN EL AREA DE ENSAYOS CLÍNICOS DEL SERVICIO DE FARMACIA?

Autores: LARRODE I, IDOPE A, BERNABE S, ALONSO YM, URIARTE M, PASCUAL O, REAL JM, PALOMO P

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

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Analizar las incidencias registradas durante 2009-2011 para identificar y resolver problemas de calidad y poder establecer acciones correctoras dentro de un proceso de mejora continua.

METODOLOGÍA

El registro de las desviaciones en el área de ensayos clínicos (EC) se realiza en un formato que incluye: fecha, persona que notifica, ensayo, fase del proceso, servicio clínico, profesional implicado, descripción de la incidencia y medidas aplicadas. Se revisaron todas las incidencias analizándolas por profesional y fase del proceso implicado. Se analizaron las causas más frecuentes que las motivaron y las medidas tomadas. La evolución de las incidencias se analizó mediante chi cuadrado.

RESULTADOS

Se registraron 186 incidencias en 331 EC. Las incidencias ocurrieron principalmente en las fases de prescripción (49.0%), dispensación (22.1%), registro (9.6%) y recepción de muestras (8.6%). La evolución de las incidencias más frecuentes fue: en la prescripción, 2.01% (n=1932) en 2009, 1.64% (n=2012) en 2010 y 0.92% (n=2050) en 2011; en la dispensación, 0.10% (n=1932), 1.04% (n=2012) y 0.87% (n=2050), y en la recepción, 1.55% (n=321), 1.21% (n=328) y 1.79% (n=391). Las incidencias en la prescripción han disminuido de forma significativa en el 2011. Las causas más habituales en la prescripción fueron: no se especifica que la prescripción corresponde a un EC (48.3%), no ajuste a protocolo (26.4%) y prescripción incompleta (18.7%). La intervención inmediata fue la comunicación directa con el investigador. En dispensación los errores más frecuentes fueron: lugar de dispensación erróneo (24.4%), no ajuste a protocolo (21.9%) y dispensación de medicación comercial en lugar de muestras para EC (17.1%). En recepción: discrepancias en el albarán de envío (46.7%) e incumplimiento de requisitos administrativos (40.0%).

CONCLUSIONES

Las medidas de mejora aplicadas tras el análisis de incidencias fueron: ampliar la prescripción electrónica, difundir las normas de dispensación al personal implicado resaltando adecuadamente los requisitos de dispensación e indicando gráficamente el lugar 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, confirmándose que el registro y análisis sistemático de incidencias es una herramienta útil para paliar los problemas.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 3

Nº Reg. **397**

TÍTULO. **PROYECTO DE MEJORA PARA EL CORRECTO DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON EPOC**

Autores: LORES CASANOVA S, CASTILLON FANTOVA A, FRANCO SANAGUSTIN T, PELEGRINA GOMEZ V, RIVERA FUERTES A, ESCAR RIVERA MI

LORES CASANOVA SOLEDAD . CS PIRINEOS . ATENCION PRIMARIA (slorescasanova@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

En pacientes diagnosticados de EPOC, analizar los posibles factores relacionados como la edad, sexo, consumo de tabaco y su correcto diagnóstico y seguimiento.

METODOLOGÍA

Hemos realizado dos sesiones formativas. La primera de ellas con el fin de informar a los profesionales acerca del contenido del proyecto de calidad. En la segunda se expusieron los resultados preliminares que se obtuvieron tras realizar el estudio de una muestra piloto de 35 pacientes EPOC.

RESULTADOS

En nuestra muestra piloto: 22.85% son fumadores, se registra la gravedad de la enfermedad en la historia clínica en 5.7% de los casos

Objetivos esperados: a) La mayoría de los pacientes tuvieran una espirometría realizada.

b) En torno a un 30-40% de los pacientes figurara la gravedad de la enfermedad en su historia.c) Se registren en un 80-90% de los pacientes sus hábitos tóxicos

Valor de indicadores:

1) % de espirometrías realizadas a pacientes diagnosticados de EPOC: 59%:

2) % de pacientes con EPOC que tienen anotado el establecimiento del grado de gravedad en el diagnóstico: 21%.

3) % de pacientes EPOC que fuman y si han recibido al menos consejo breve: 41% de pacientes fumadores, de ellos el 90% han recibido al menos consejo breve

CONCLUSIONES

Seguir trabajando y potenciando la mejora del registro de los datos de los pacientes con EPOC para continuar mejorando su seguimiento y realizar mayor número de espirometrías para el diagnóstico y adecuada evaluación de la enfermedad

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 3

Nº Reg. 155

TÍTULO. ENCUESTA DE SATISFACCION EN LA UCI

Autores: MALLOR BONET TG, ZAMORA-ELSON M, SANZ-CARDIEL A, LOPEZ-CLAVER JC, LABARTA-MONZON L, ESCOS-ORTA J, LANDER-AZCONA A, SERON-ARBELOA C

MALLOR BONET TOMAS GUILLERMO . HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA . UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (tomas.mallor@gmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Implantar un sistema de valoración objetivo y aplicarlo sobre la calidad de nuestra asistencia, desde el punto de vista del nivel de satisfacción de los pacientes ingresados en nuestra unidad y sus familiares.

METODOLOGÍA

Estudio prospectivo descriptivo durante un periodo de 18 meses. Realizado en la UCI del Hospital “San Jorge” de Huesca. Los sujetos de estudio fueron los pacientes y familiares de ingresados durante más de 24 horas. Fueron incluidos 703 pacientes y sus familiares.

Intervención: Se diseñó una encuesta basada en cuestionarios establecidos para valorar la calidad como el CCFNI (Molter et al. 1979) y la Family Assesment modificadas a nuestro medio. La encuesta se entregó al alta a los pacientes y sus familiares, excluyendo los casos de ingreso o fallecimiento en < 24 horas. Las encuestas se respondieron de forma anónima.

Variables de interés: Datos demográficos de los pacientes y de los familiares encuestados, valoración de la información, cuidados, instalaciones, relación con el personal así como trato recibido por su parte, duración y número de visitas así como lo referente a la comodidad del paciente y su familia. Se establecieron criterios cualitativos y cuantitativos de valoración, según apartados.

RESULTADOS

De 853 ingresos se incluyeron 703 pacientes y familiares. Encuestas entregadas a pacientes 529, respondidas 146 (27,69%). Encuestas entregadas a familiares 570, respondidas 179 (31,40%). El 76% de los pacientes consideró haber recibido adecuadamente información al ingreso y el 96% en el caso de familiares. La puntuación media del apartado de condiciones medioambientales (escala 1 a 10) fue 8,85 en el grupo de pacientes y el sentimiento negativo referido como más importante fue el dolor e insomnio (28,5%), falta de intimidad (17%), soledad (12%), miedo y disconfort (5%) y ansiedad (1%).

CONCLUSIONES

El grado de satisfacción de pacientes y familiares ha sido muy alto, si bien, el porcentaje de respuesta fue proporcionalmente bajo. Los sentimientos negativos que con mayor frecuencia percibieron los pacientes fueron el dolor y el insomnio.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 3

Nº Reg. 20

TÍTULO. CONTROLANDO EL RIESGO CARDIOVASCULAR DEL TRATAMIENTO CON PSICOESTIMULANTES EN EL TDAH PEDIÁTRICO

Autores: MODREGO AZNAR MF, ZAPATA-USABEL M, VELILLA-PICAZO M, RUIZ-LÁZARO P, CORTINA-LACAMBRA M

MODREGO AZNAR MARIA FABIOLA . HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA . PSIQUIATRIA/CONSULTAS (fmodrego2@gmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) está en torno al 5% de los niños en edad escolar y representa entre 20-40% de las consultas en los Servicios de Salud Mental Infantil.

Los psicoestimulantes son los fármacos más eficaces en mejorar las alteraciones del comportamiento, la integración social y el rendimiento académico. Como todos los fármacos, los psicoestimulantes no están exentos de efectos secundarios que debemos supervisar y controlar.

Nuestro objetivo es la detección precoz de los efectos secundarios asociados al uso de psicoestimulantes: cefalea, insomnio, taquicardia y aumento de la presión arterial

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica y se solicitó gráficas de percentiles de t. arterial, peso y altura al Servicio de Pediatría, según edades.

Se realizó una reunión del equipo asistencial de Consultas de Psiquiatría Infanto-Juvenil, 4 psiquiatras y 1 enfermera, para unificar criterios.

Se diseñó una hoja específica para anotar los resultados del control de los parámetros a medir, peso, talla, tensión arterial (TA) y frecuencia cardiaca (FC), previo al inicio del tratamiento, al mes, a los 3 meses, a los 6 meses y al año.

Si aparecen cifras elevadas de TA o FC, según edad del paciente y percentiles recomendados por el Servicio de Pediatría, se modifica el tratamiento farmacológico por parte del psiquiatra responsable y se incrementan los controles, derivando al paciente a A. Primaria, si es preciso

RESULTADOS

Desde enero a mayo de 2012, ambos incluidos, han sido revisados 67 niños y 22 niñas.

Tres niños presentaron cifras elevadas de TA y dos niños y una niña FC elevada. Tres niñas habían disminuido de peso y dos niños habían mantenido el mismo peso pero incrementado la talla. Dos niños han precisado reducción de dosis de psicoestimulante y control de TA y FC quincenal en nuestras consultas.

A un niño se ha suspendido el tratamiento de psicoestimulantes y dos niños han sido derivados a A. Primaria

CONCLUSIONES

A la vista de los resultados, parece necesario monitorizar los parámetros cardiovasculares en los pacientes pediátricos que utilizan psicoestimulantes

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 3

Nº Reg. 310

TÍTULO. MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS DEL PACIENTE CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL MEDIANTE UN PROGRAMA EDUCATIVO EN CS OLIVER

□

Autores: Oliveros Briz T, Benedé Azagra B, López Granada M, Sanchez Ibañez A, Rodriguez Sanchez-Bretaño R, Roy Perez C, Garcia Lanzuela MF, Cartagena Remacha E

OLIVEROS BRIZ TERESA . CS OLIVER . ADULTOS (tereoliveros1@gmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La aparición de nuevas técnicas que permiten el control de tratamiento anticoagulante oral (TAO) en sangre capilar ha hecho que una serie de pacientes puedan ser atendidos en atención primaria. Esto implica la necesidad de que tanto el/la paciente como médico y enfermero de atención primaria mejoren sus conocimientos respecto a los posibles riesgos de estos pacientes anticoagulados.

Se pretende motivar a los profesionales para captar nuevos pacientes candidatos a anticoagulación oral capilar, venciendo las resistencias que se puedan encontrar. Así mismo evaluar los conocimientos de los pacientes y sus cuidadores respecto a su enfermedad mejorando las carencias que se puedan encontrar.

METODOLOGÍA

Se elaboraron y consensaron entre los integrantes del equipo una serie de hojas informativas destinados a pacientes con TAO capilar con consejos sobre conceptos generales (hoja 1), hemorragias y trombosis (hoja 2), alimentación, alcohol y tabaco (hoja 3) y medicación y cirugía (hoja 4). Así mismo se elaboraron 3 hojas especiales para usar sólo en caso de necesidad sobre viajes, salud de la mujer y personas jóvenes.

A los pacientes que acudían para control capilar de TAO se les ofrecía participar en el programa y se les realizaba un pre-test para evaluar sus conocimientos sobre TAO. Mensualmente se les entregaba una de las hojas informativas y se les explicaba el contenido de la misma para realizar el post-test un mes después de entregar la 4ª hoja.

RESULTADOS

Han participado 6 cupos de medicina de familia del CS Oliver. Se incluyen 72 pacientes habiéndose completado el programa en 53. Faltan por completar 12 y ha habido 7 pérdidas (éxitus, cambio de domicilio, ingreso o abandono).

La edad media de los pacientes fue 75,75 y 19 de ellos eran mayores de 80 años (26,38 %)

La nota media del pre-test de los pacientes fue de 2,09 (sobre un total de 4 puntos) mejorando a 3,39 en el post-test. Todos los pacientes menos uno mejoraron en mayor o menor medida tras su participación en el programa.

CONCLUSIONES

La realización del proyecto ha servido para unificar criterios y llenar de contenido intervenciones de educación para la salud en el control capilar del TAO.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 3

Nº Reg. **310**

TÍTULO. **MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS DEL PACIENTE CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL MEDIANTE UN PROGRAMA EDUCATIVO EN CS**

Autores: Oliveros Briz T, Benedé Azagra B, López Granada M, Sanchez Ibañez A, Rodríguez Sanchez-Bretaño R, Roy Perez C, Garcia Lanzuela MF, Cartagena Remacha E

[OLIVEROS BRIZ TERESA . CS OLIVER . ADULTOS \(tereoliveros1@gmail.com\)](mailto:OLIVEROS BRIZ TERESA . CS OLIVER . ADULTOS (tereoliveros1@gmail.com))

Ayuda a valorar la capacidad de autocuidado del paciente y valorar su red de apoyo familiar.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 3

Nº Reg. 269

TÍTULO. DETECCIÓN DE DISFAGIA OROFARÍNGEA CON MÉTODO DE EXPLORACIÓN CLÍNICA VOLUMEN –VISCOSIDAD MECV-V EN HOSPITALIZACIÓN

Autores: PARDO DIEZ MJ, ALFONSO CORTÉS MI, BOLINAGA MORAL MI

PARDO DIEZ MARIA JESUS . HOSPITAL ROYO VILLANOVA . ENFERMERA VALORACION (mjpardod@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Identificación temprana de las personas con disminución de la seguridad y/o eficacia de la deglución para identificar la textura y volumen más seguros

METODOLOGÍA

Es un método sensible y sencillo para la identificar personas con disfagia durante su ingreso y a pie de cama, que presentan riesgo de complicaciones respiratorias por aspiración y riesgo de desnutrición y/o deshidratación por déficit en ingesta.

Es una prueba de esfuerzo que utiliza tres volúmenes: 5ml, 10ml, 20ml y diferentes texturas: líquido, néctar, pudding. Detecta signos de deterioro de la seguridad y eficacia en la deglución.

Puesta en Marcha:

- Consentimiento previo por parte de la institución para realización de la prueba MECV-V en el centro hospitalario
- Dar a conocer entre profesionales de las diferentes unidades hospitalarias
- Derivación de pacientes con sospecha de disfagia por los profesionales sanitarios y dietista

Realización de la prueba:

- Recogida de datos y valoración de los pacientes derivados
- Información al paciente y familiar del desarrollo de la prueba y resultados de la misma
- Soporte escrito sobre recomendaciones dietéticas en disfagia
- Comunicación informada del resultado al profesional solicitante y a centro de salud de referencia en Atención Primaria

RESULTADOS

Edad media: 81 años

Nº pruebas realizadas año 2011: 125

Resultados de los MECV-V: positivo:80% negativo:11.2% no realizado:8.8%

Síntomas previos de disfagia: 96%

Patologías prevalentes: Afección neurológica previa:74%

Diagnóstico de ingreso: Enfermedad neurológica: 31%, Enfermedad respiratoria: 36%

Procedencia: 74% domicilio, 26% residencia

Exitus: 7%

CONCLUSIONES

La detección precoz puede mejorar la deglución mediante la modificación de texturas y volúmenes y prevenir las posibles complicaciones y establecer un plan terapéutico adecuado para asegurar que el paciente esté bien nutrido e hidratado.

El informe resultante y las recomendaciones facilitadas dan conocimiento de la situación al profesional, al paciente y la familia para adoptar las medidas oportunas.

El alcance de la prueba es limitado, en determinadas situaciones se tendrán que realizar otros métodos o pruebas que tengan mayor exactitud diagnóstica.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 3

Nº Reg. **241**

TÍTULO. **NECESIDADES DETECTADAS TRAS DIEZ AÑOS DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TUBERCULOSIS EN ZARAGOZA**

Autores: SANZ ARTIGAS MR, GARCIA-VAZQUEZ M

SANZ ARTIGAS MARIA RAFAELA . SERVICIO PROVINCIAL DE SANIDAD . SECCIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD (rsanzar@aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

DAR A CONOCER LA NECESIDAD DE INTERVENCIÓN PARA LA MEJORA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS TRAS DIEZ AÑOS DE SEGUIMIENTO DE LOS CASOS DIAGNOSTICADOS EN ZARAGOZA

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo. La población estudiada son los enfermos de tuberculosis a los que se realizó seguimiento de tratamiento desde la Sección de Programas de Salud del Servicio Provincial de Sanidad de Zaragoza durante los años 2001 al 2010, y que son todos los declarados al sistema de vigilancia EDO, más algunos procedentes de traslados desde otras Comunidades Autónomas.

Los datos proceden de la revisión de las historias clínicas de los hospitales y centros médicos de especialidades de la provincia de Zaragoza.

Se evaluaron los resultados del tratamiento en estos pacientes y se incluyeron en 8 categorías según las definiciones de la Guía de Práctica Clínica del sistema Nacional de Salud: Curado, Finalizado, Muerte, Fracaso, Abandono, Traslado, En tratamiento, Desconocido.

Se calculó el número de resultados desconocidos más el número de abandonos, considerando esa cifra como número de resultados desfavorables

RESULTADOS

Se encontró que el porcentaje de resultados desfavorables (abandonos más desconocidos) variaba entre un 22'53% (48 /213) en el año 2002 y un 10% (22/220) en el año 2008 en los años estudiados.

El porcentaje de resultados desfavorables fue de 16.16%(32/198) en 2001, 22.53%(48/213) en 2002, 22.09%(38/172) en 2003, 12.56%(26/207) en 2004, 15.73%(31/197) en 2005, 11.04%(19/172) en 2006, 12.21%(27/221) en 2007, 10%(22/220) en 2008, 11.76%(19/170) en 2009 y un 10.65%(21/197) en 2010.

CONCLUSIONES

El control de la tuberculosis se basa en un alto índice de cumplimiento de los tratamientos prescritos.

Es necesario poner en marcha intervenciones para mejorar los índices de cumplimiento del tratamiento y detectar barreras para la adherencia al tratamiento en los pacientes diagnosticados de tuberculosis, lo que permitirá disminuir el porcentaje de resultados de tratamiento desfavorables obtenido. Esto permitirá disminuir el número de reingresos y disminuirá la transmisión de la enfermedad.

Las recomendaciones del Consejo Internacional de Enfermeras destacan la importancia de establecer un plan de cuidados centrado en el paciente como estrategia para mejorar la adhesión al tratamiento.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 3

Nº Reg. 142

TÍTULO. **IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGO CLÍNICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL**

Autores: VALDOVINOS MAHAVE MC, MONTÓN JM, SANTED MJ, TORRALBA JC, LUZ J

VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCIÓN . HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL . UCI (mcvaldovinos@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La gestión del riesgo clínico mejora la calidad asistencial mediante el incremento de los niveles de seguridad en la atención a los enfermos, intentando suprimir los errores evitables. En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) la complejidad y gravedad de los enfermos, las múltiples interacciones entre el enfermo y los profesionales, la frecuencia de procedimientos diagnósticos y terapéuticos nuevos e invasivos, la utilización de múltiples fármacos, el estrés y la fatiga de los profesionales y la necesidad de una comunicación estrecha entre los diferentes profesionales, hacen que los enfermos críticos se encuentren en un ambiente de alto riesgo para que ocurran incidentes (incidentes sin daño o incidentes con daño). El objetivo de este estudio fue implementar un Sistema de Gestión de riesgo clínico en nuestra UCI e incrementar la seguridad del paciente.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio prospectivo y observacional. Durante un año (Enero 10- Enero 11) implementamos un Sistema de gestión de riesgo clínico en nuestra UCI que consistió en: Sesiones de formación inicial y continuada a todo el personal de la UCI a cerca de la Cultura de la Seguridad. Creación de un Equipo de seguridad. Implementación de una hoja de objetivos diarios y reuniones de pase de enfermos con todo el equipo médico y de enfermería diarias. Elaboración de un Sistema de notificación de incidentes. El informe incluye datos del paciente (demográficos, APACHE II, motivo de ingreso, duración de la estancia en UCI) y del incidente (tipo, consecuencias, factores contribuyentes). Los informes se introducen en una base de datos informatizada. Identificamos el tipo de incidente y evaluamos la gravedad y evitabilidad trimestralmente. Identificamos y analizamos los factores de riesgo potenciales de acuerdo con la Clasificación de la National Patient Safety Agency-National Health Service (NPSA-NHS). Los resultados del análisis se transmiten regularmente a todo el personal de la UCI. Se discuten estrategias de prevención e indicadores de evaluación y seguimiento. Y se implementan acciones de mejora.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 300 pacientes. Se notificaron 108 incidentes en 63 pacientes. La edad media fue de 66 años. La mediana de APACHE II 20 ± 8 . El motivo de ingreso en un 87,4% fue médico. La duración de la estancia en UCI 17,4 días. La mayoría de los incidentes ocurrieron durante el día. Los principales tipos de incidentes se relacionaron con: errores con la medicación (25%), fallos de aparatos o equipos (17%), infecciones nosocomiales (14%), tubos, catéteres y drenajes (11%), fallo en el manejo de la vía aérea (11%), errores diagnósticos (11%), procedimientos invasivos (6,5%) y de cuidado de los pacientes (4,5%). El 19,5% de los incidentes fueron incidentes sin daño y un 80,5% incidentes con daño o eventos adversos (EA). La severidad de los EA: 11,5% menores (mínimo daño, no requirieron tratamiento), 54% moderados (daño que requirió tratamiento) y 34,5% severos (daño a largo plazo), ninguno causó la muerte. El 86% se consideraron evitables o potencialmente evitables. Los principales factores contribuyentes estuvieron relacionados con: la comunicación, el trabajo en equipo, la educación y el entrenamiento, los profesionales y las condiciones de trabajo. Se introdujeron una serie de estrategias de mejora: Revisión, elaboración e implementación de guías clínicas y check lists. Introducción de estrategias de prevención como reuniones programadas de entrenamiento con el aparataje. Promoción del trabajo en equipo y la comunicación para optimizar el cuidado de los pacientes. Adecuación de las cargas de trabajo. Todo ello con el objetivo de reducir el riesgo para el paciente y estandarizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos y cuidados del paciente.

CONCLUSIONES

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 3

Nº Reg. **142**

TÍTULO. **IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGO CLÍNICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE**

Autores: VALDOVINOS MAHAVE MC, MONTÓN JM, SANTED MJ, TORRALBA JC, LUZ J

VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCIÓN . HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL . UCI (mcvaldovinos@salud.aragon.es)

La implementación de un Sistema de Gestión de riesgo clínico ha mejorado la calidad asistencial en nuestra UCI. La continua monitorización y evaluación de los incidentes ha introducido estrategias de prevención, ha cambiado tareas y procedimientos, y se ha conseguido un clima de trabajo más seguro.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 3

Nº Reg. 200

TÍTULO. MEJORA EN EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA COLONIZACIÓN/INFECCIÓN BRONCOPULMONAR DEL PACIENTE CON FIBROSIS QUÍSTICA

Autores: VASQUEZ MARTINEZ MA, PALACIAN RUIZ MP, VASQUEZ MA, MOLES B, AISA ML, HEREDIA MS, HERRERO I, REVILLO MJ

VASQUEZ MARTINEZ MARIA ALEJANDRA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . MICROBIOLOGIA (mavas08@yahoo.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Detección de cepas hipermutadoras de *Pseudomonas aeruginosa* ya que estas cepas son capaces de desarrollar resistencia de forma rápida a los antibióticos antipseudomónicos cuando se utilizan en monoterapia y en las que habría que utilizar una terapia combinada para su tratamiento.

METODOLOGÍA

Puesta a punto de un método de detección de cepas hipermutadoras siguiendo el procedimiento elaborado por la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología clínica (SEIMC) durante el periodo comprendido entre 01-05-2010 y 30-05-2012.

Elaboración de una ficha clínico-microbiológica de las cepas estudiadas y los pacientes a los que pertenecen.

Para detectar la presencia de cepas hipermutadoras, se utilizan cinco antibióticos de tiras de E test (ceftazidima, imipenem, meropenem, ciprofloxacino y tobramicina) como marcadores. Son cepas hipermutadoras si hay crecimiento bacteriano en el interior del halo de inhibición en al menos tres de estos antibióticos

RESULTADOS

La detección de cepas hipermutadoras se ha realizado 189 cepas de *Pseudomonas aeruginosa*, correspondientes a 39 pacientes, de las que 10 han sido positivas (5.3%)

Comunicación al médico responsable de la cepa hipermutadora para adecuación del tratamiento antibiótico.

CONCLUSIONES

Se han detectado cepas hipermutadoras de *Pseudomonas aeruginosa* a través de la presencia de mutantes resistentes en 3 o más antibióticos realizados por E-test.

Cuando se detectan estas cepas, se informa de su aislamiento y añadir en las observaciones del informe una llamada a la necesidad de utilizar combinaciones de antibióticos para su tratamiento debido al elevado riesgo de desarrollo de resistencia.

El porcentaje de cepas hipermutadoras detectadas se encuentra por debajo de lo descrito en la literatura.